

ПРОЕКТ



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ГОДИШЕН ДОКЛАД

за състоянието на здравето на гражданите
и изпълнението на Националната
здравна стратегия
за 2018 година

София, 2019

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	1
1. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ.....	2
1.1. Брой и структура на населението.....	2
1.2. Естествен и механичен прираст на населението.....	3
1.3. Вътрешна и външна миграция.....	3
1.4. Бракове.....	3
1.5. Раждаемост.....	3
1.6. Смъртност.....	5
1.7. Детска смъртност.....	6
1.8. Естествен прираст.....	7
1.9. Средна продължителност на живота.....	7
1.10. Заболеваемост и болестност.....	8
1.11. Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане.....	21
1.12. Оценка на здравното състояние на децата и учениците.....	23
1.13. Психично здраве.....	30
1.14. Сексуално и репродуктивно здраве.....	31
2. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА.....	32
2.1. Структура и организация.....	32
2.2. Нормативна база.....	33
2.3. Финансиране.....	37
2.4. Човешки ресурси.....	63
2.5. Лечебни заведения.....	66
2.5.1. Първична извънболнична медицинска помощ.....	66
2.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ.....	71
2.5.3. Извънболнична дентална помощ.....	79
2.5.4. Специализирана извънболнична дентална помощ.....	81
2.5.5. Болнична медицинска помощ.....	81
2.5.6. Лечебни заведения за лечение на пациенти с опиева зависимост.....	95
2.5.7. Спешна медицинска помощ.....	97
2.5.8. Качество и ефективност на медицинската помощ и безопасност на пациента.....	99
2.6. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика.....	101
3. ДЕЙНОСТИ ПО ОПАЗВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ.....	127
3.1. Рискови фактори.....	127
3.1.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда (социални детерминанти на здравето).....	127
3.1.2. Рискови фактори, свързани с околната и трудовата среда.....	138
3.1.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот.....	169
3.2. Държавен здравен контрол.....	177
3.3. Програми, проекти и планове в областта на общественото здраве.....	180
3.4. Изпълнение на имунизационния календар.....	193
4. ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ.....	196
5. ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПРОЕКТИ, ФИНАНСИРАНИ С ЕВРОПЕЙСКИ ФОНДОВЕ И ДРУГИ МЕЖДУНАРОДНИ ФИНАНСОВИ ИЗТОЧНИЦИ.....	200
6. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ.....	206
7. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2018 ГОДИНА.....	215
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	257

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. Тази ос на развитие е ориентирана и към отделния индивид и повишаването на качеството му на живот. Същевременно, политиката адресира по-висшите духовни потребности на индивида и се стреми да осигури предпоставки за превръщането му в творческа и пълноценна личност. Основен фокус се поставя върху подобряването на здравния статус на населението, освен като ключов детерминант на качеството на живот, но също и като необходимо условие за включването му в заетост и социална активност. Основното послание 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 поглъщаш пари сектор, в голямо обществено благо, което носи ползи на икономиката и сигурността и преследва ключови социални цели.

Настоящият годишен доклад е изготвен във връзка 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 2018 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, нездравословно 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 социално-икономически детерминанти, които имат непосредствено влияние върху здравното благополучие на населението. В доклада е описано функционирането на здравната система, структурата, функциите, финансирането, нормативната база, лекарствената политика и нейните възможности за задоволяване на здравните потребности на населението и намаляване на неравенствата, свързани със здравето. Съществена част от доклада включва описание на основните дейностите по опазване на общественото здраве, организирани от държавата. Анализирано е влиянието на европейските политики и са оценени рисковете в сравнителен план с предходните години.

В доклада е направен и анализ на изпълнението през 2018 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).

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.

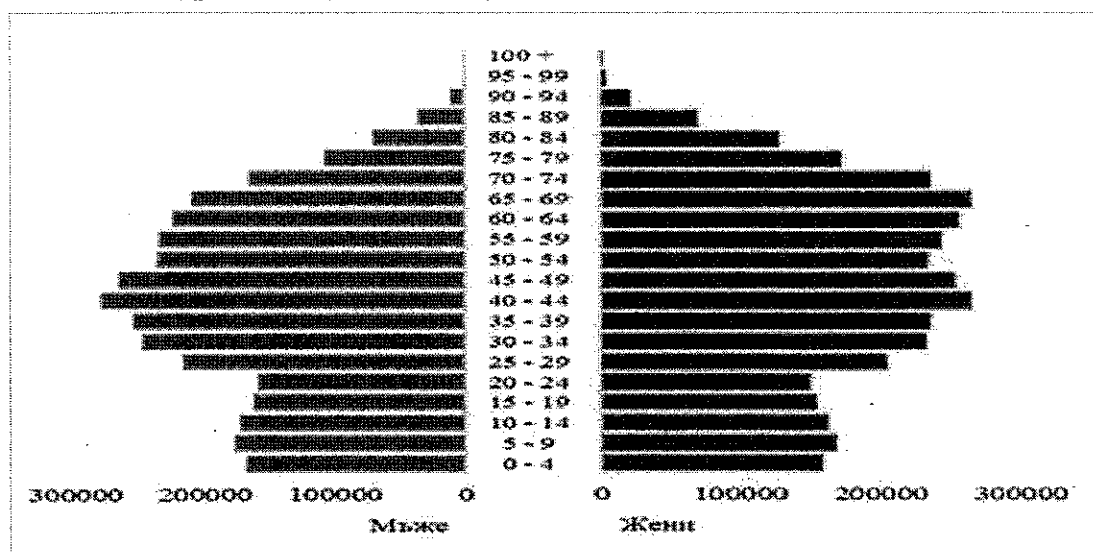
1.1. Брой и структура на населението

Към 31.12.2018 г. населението в България е 7 000 039 души, като в сравнение с предходната година, то е намаляло с 49 995 души (0.7%) и представлява 1.4% от населението на Европейския съюз. Броят на жените е 3 604 338, а на мъжете - 3 395 701. 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 5 159 129 души (73.7%), което е приблизително 3/4 от населението на страната, а в селата – 1 840 910 души (26.3%). 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 2018 г. е 14.4% от общия брой на населението (1

004 845 деца), но продължава да бъде по-нисък от същия за ЕС (15.6%). Паралелно с това, нараства относителният дял на лицата над 65-годишна възраст, който през 2018 г. достига 21.3% при 21.0% за предходната година. В сравнение със средния показател за Европейския съюз (19.7%), той остава, макар и незначително, по-висок¹. В 24 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 2018 г. е -6.5%о какъвто е и за предходната година, но абсолютната му стойност незначително се е увеличила -46 329 души през 2018 г., спрямо -45 836 за 2017 г. Това намаление се дължи основно на негативните демографски тенденции в селата, където естественият прираст е близо 3 пъти по-голям по абсолютна стойност (-13.5%о) от този в градовете (-4.1%о). През 2018 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст.

Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) също е отрицателен – минус 3 666 души, като намалението е в резултат на външна миграция.

1.3. Вътрешна и външна миграция

През 2018 г. преселванията между отделните населени места в страната са били най-често по направление „град-град“ (42.7%), следвано от направлението „село – град“ (24.7%) и „град-село“ – (21.5%). Общо в преселванията са участвали 109 810 души.

Във външната миграция участват предимно лица от младите, активни възрасти, като най-голям е броят и делът на тези във възрастовата група 25-29 г., следвана от 20-24 г., 30-34 г., 35-39 г., 40-49 г., общо обуславящи повече от половината от всички изселвания от страната (66.1%). Броят на изселените от страната през 2018 г. е 33 225, в т.ч. 17 071 мъже и 16 154 жени. България продължават да напускат млади и образовани хора, които се адаптират по-лесно към изискванията на пазара на труда. Мотивите за емиграция се свързват със стремеж за образователна и професионална реализация и осигуряване на трудова заетост, с по-високи доходи и по-висок жизнен стандарт. Този процес има сериозни икономически и социални последици за бъдещото развитие на страната. Емиграцията оказва силен негативен ефект и върху възпроизводството на населението, тъй като страната напускат жени в детеродна възраст, с което се понижава равнището на потенциалната бъдеща раждаемост за много по-дълъг период от време – 40-50 години.

1.4. Бракове

През 2018 г. броят на регистрираните юридически бракове нараства на 28 961, което е с 368 повече от предходната година. От тях 21 463 (74.1%) са сред градското население.

1.5. Раждаемост

Броят на родените през 2018 г. е 62 576. Живородените деца са 62 197 (99.4%), а мъртвородените - 379 (0.6%)². Броят на живородените деца намалява с 1 758 в сравнение с предходната година.

¹ Евростат

² Национален статистически институт

Броят на живородените момчета е 32 144 и е по-голям с 2 091 от този на момичетата – 30 053. На 1 000 момчета се падат 935 момичета. В градовете живородените са 46 877 (с 1 128 по-малко от предходната година), а в селата - 15 320 (с 630 по-малко от 2017 г.).

Наблюдава се незначително увеличение по отношение на средната възраст на жените при раждане на първо дете (27.2 години) спрямо предходната година (27,1).

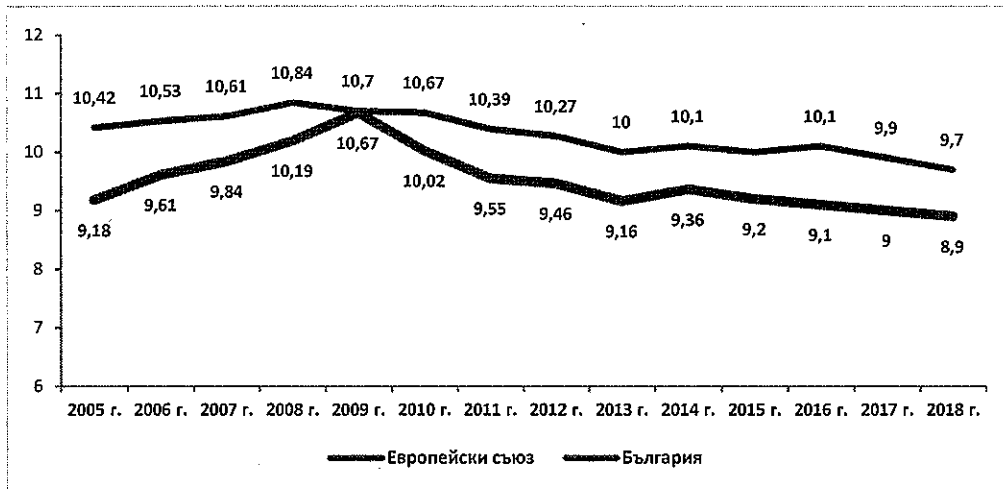
Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта (Фиг. 2). През 2018 г. броят на ражданията в страната е намалял и коефициентът на общата раждаемост е 8.9‰ (9.0‰ за 2017 г.), като остава по-нисък от този за ЕС (9.7‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Раждаемостта и в градовете, и в селата намалява и през 2018 г. е 9.1‰ в градовете и 8.3‰ в селата-. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението. През 2018 г. остава относително висок броят на живородените от майки на възраст до 20 г. - 6 191, при 6 038 за 2017 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., през 2018 г. - 1.56, достига стойността на ЕС – 1.59.

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 1000 души)



Източник: НСИ, Евростат

В териториален аспект съществуващите и в предходните години различия се запазват. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.0‰), София столица и Ямбол (9.8‰) и Пловдив (9.5‰), а най-ниска в областите Смолян(6.3‰) и Видин и Габрово (6.8‰). Свързани с раждаемостта са и проблемите за безплодието и абортите.

Съществува изразена тенденция за намаляване броя на абортите (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378). При 62 576 раждания за 2018 г. броят на абортите е 23 437. На 1 000 жени на възраст 15-49 години се падат 41 раждания и 15 аборта. Най-голям е броят и делът на абортите във възрастовата група 25-29 г. – 5 710 (24,4%) и 30-34 години – 5 632 (24,0%). На лица до 15 годишна възраст са извършени 117 аборта (0,5%), а от 15 до 19-годишна възраст – 2 003 (8,5%).

Броят на абортите на 1 000 живородени в България през 2018 г. е 376.8 и е почти 2 пъти по-висок от средния за ЕС (203.0‰). От всички извършени аборти 1 739 са по медицински показания (7.4%), 7 034 са спонтанни (30.0%), по желание – 14 655 (62.5%).

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 2018 г. е 108 526, а коефициентът на смъртност – 15.4‰ (15.5‰ за 2017 г.). Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС (10.4‰). Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (16.5‰), отколкото при жените (14.4‰) и в селата (21.8‰), отколкото в градовете (13.2‰).

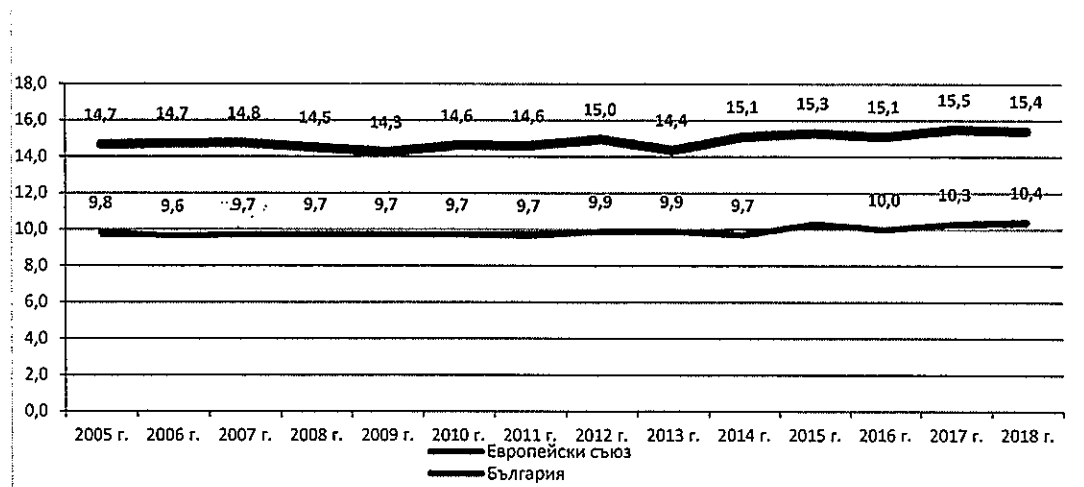
Запазват се и териториалните различия по области. Най-високо е нивото на общата смъртност в областите Видин (23.2‰), Монтана (21.7‰) и Кюстендил (20.3‰), а най-ниска в София-столица (11.7‰), Кърджали (12.8‰) и Варна (13.1‰).

Една от основните причини е демографското застаряване на населението и високата смъртност е за сметка на умирацията на 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 умирацията) се увеличава с 0,1% за последната година. През 2018 г. е 21.0% при 20.9% през 2017 г. При мъжете (27.6%) преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените (13.8%).

България остава страна с висок *стандартизиран коефициент за обща смъртност* (1 601.81 ‰) 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 (1002.25‰).

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



Източник: НСИ, Евростат

Запазва се структурата на *смъртността по причини* в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.0%) и новообразуванията (16.1%) (Фиг. 4).

Фигура 4. Структура на умираянията по причини в България през 2018 г.

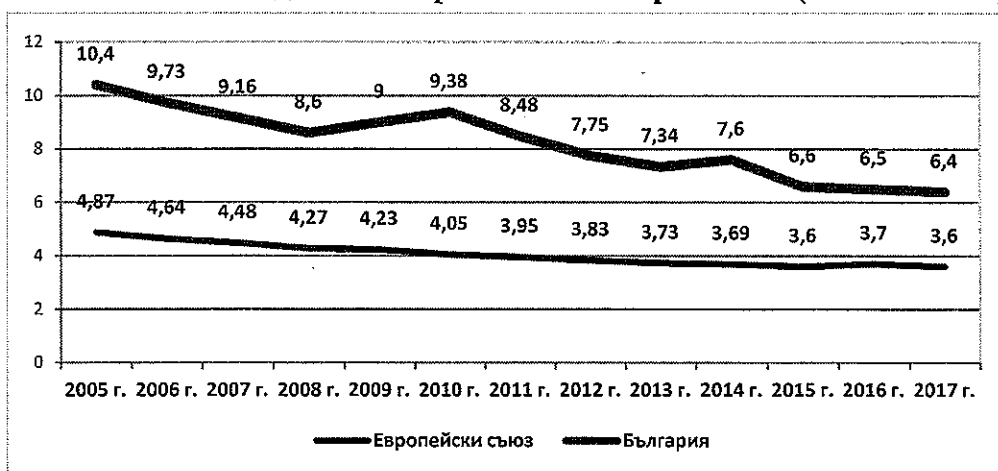


Източник: НЦОЗА

1.7. Детска смъртност

През 2018 г. намалява сериозно коефициентът на детската смъртност, който е 5.8‰, при 6.4‰ през 2017 г. В абсолютна стойност това са 358 починали деца на възраст до 1 г., при 408 за 2017 г. Достигнатото равнище на детската смъртност е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (Фиг. 5), но все още остава по-висока отколкото е в ЕС (3.6‰). 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 8.1‰ и 5.0‰).

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



Източник: НСИ, Евростат

Перинаталната детска смъртност намалява през 2018 г. - 8.5 на 1 000 родени деца, при 8.9‰ спрямо предходната година и при среден показател за ЕС (6.5‰).

Показателят за **мъртвораждаемостта** намалява спрямо предходната година - 6.1‰, но все още е по-висок от средната стойност за ЕС (4.7‰).

Благоприятни тенденции се установяват и по отношение на другите повъзрастови показатели за детска смъртност: неонатална и постнеонатална, въпреки че все още не достигат средните стойности за ЕС.

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва трайна тенденция за намаляване и през 2018 г. достига 3.6%. Средната стойност в ЕС на този показател (2.5%) и непрекъснато намалява.

Постнеонаталната детска смъртност също трайно намалява и през 2018 г. е 2.1 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден, при средна стойност за ЕС от 1.1%.

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 – 173 (48.3%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 75 (20.9%), болести на дихателната система (9.2%) и болести на органите на кръвообращението (7.0%). Тези 4 класа обуславят 85.5% от всички умирания на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиранията до 1 година по пол.

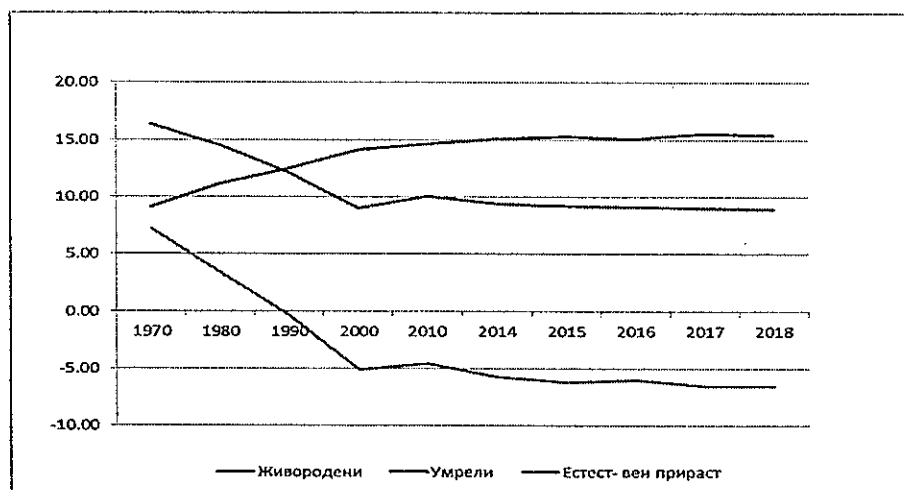
През 2018 г. броят на **недоносените живи новородени** е 6 369, което представлява 11.1% от живородените. Недоносените мъртвородени са 239, което представлява 65.0% от мъртвородените. Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност.

Майчината смъртност (умрели по причини от класа „Бременност, раждане и послеродов период“ на 100 000 живородени) намалява спрямо предходната година и през 2018 г. е 6.4 (7.8 за 2017 г.). 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 2018 г. коефициентът на естествен прираст запазва нивото си от 2017 г. и е -6.5%, като в селата той е съществено по-голям от този в градовете (съответно -13.5% и -4.1%). В Европа с висок отрицателен естествен прираст на населението са и Латвия, Хърватия, Литва. Четиринадесет страни имат положителен естествен прираст, като най-висок е в Ирландия - 6.1%.

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



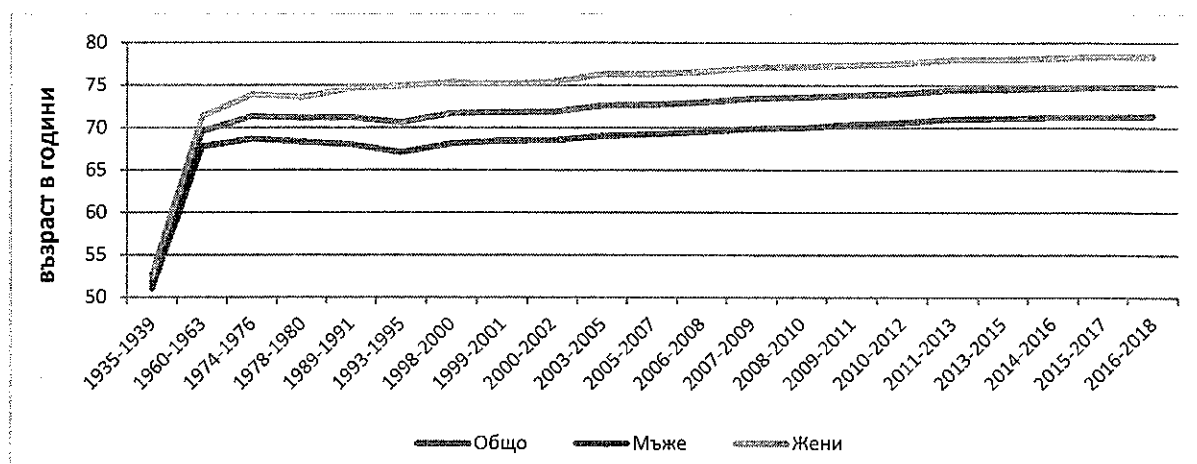
Източник: НСИ

1.9. Средна продължителност на живота

Средната продължителност на живота у нас през периода 2016-2018 г. достига 74.83 години. Показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените - съответно

71.37 и 78.39 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 2018 г. в България са регистрирани общо 48 092 случая на остри заразни заболявания (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 4 301 случая по-малко в сравнение с 2017 г., когато са регистрирани 52 393 случая (заболеваемост 682,15‰ през 2018 г., съответно 737,74‰ през 2017 г.) – Табл. 1. По-ниският брой заболявания се дължи предимно на намаляване на заболеваемостта от варицела (23 877 случая през 2018 г., съответно 25 007 през 2017 г.), от гастроентерити/ентероколити (13 704 случая през 2018 г., съответно 14 650 през 2017 г.), от вирусен хепатит А (1 347 случая през 2018 г., съответно 2 510 през 2017 г.) и ротавирусен гастроентерит (1 806 случая през 2018 г., съответно 2 878 през 2017 г.).

Таблица 1. Заболеваемост, смъртност и леталитет от остри инфекциозни болести* в България през 2000-2018 г.

Година	Брой заболявали	Заболеваемост на 100 000 (%‰)	Брой умрели	Смъртност на 100 000 (%‰)	Леталитет (%)
2000	80 167	978,74	105	1,28	0,13
2001	51 333	629,89	131	1,61	0,26
2002	51 229	649,20	124	1,57	0,24
2003	50 913	648,92	116	1,48	0,23
2004	68 954	883,88	133	1,70	0,19
2005	59 913	771,97	108	1,39	0,18
2006	67 462	874,00	122	1,58	0,18
2007	70 277	915,15	121	1,58	0,17
2008	57 916	758,04	88	1,15	0,15
2009	63 474	834,46	97	1,28	0,15
2010	68 839	910,12	110	1,45	0,16
2011	58 259	791,07	64	0,87	0,11

³ НСИ, Евростат

2012	60 998	832,48	84	1,15	0,14
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
2018	48 092	682,15	90	1,28	0,19

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

През годината са регистрирани 90 смъртни случая, смъртност 1,28‰ (през 2017 г. - 93 смъртни случая, смъртност 1,31‰). Леталитетът от ОЗБ през 2018 г. е 0,19% (през 2017 г. е 0,18%). И през тази година основна причина за летален изход от ОЗБ са невроинфекциите (менингит и/ или менингоенцефалит и менингококова инфекция) – общо 36 починали, с относителен дял 40,00% от всички смъртни случаи – табл. 2.

Таблица 2. Заболеваемост, смъртност и леталитет от остри заразни болести* в България през 2018 г.

№	Нозологични единици	Заболели (брой)	Заболеваемост (на 100 000)	Умрели (брой)	Смъртност (на 100 000)	Леталитет (%)
1	Антракс	0	0,00	0	0,00	0,00
2	БММЕ хемофилус инфлуенце	1	0,01	0	0,00	0,00
3	БММЕ пневмококов	25	0,35	5	0,07	20,00
4	БММЕ стрептококов	7	0,10	1	0,01	14,29
5	БММЕ други	64	0,91	17	0,24	26,56
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	1	0,01	0	0,00	0,00
10	Вариола	0	0,00	0	0,00	0,00
11	Варицела	23877	338,68	2	0,03	0,01
12	Вирусни менингити и менингоенцефалити	159	2,26	13	0,18	8,18
13	ВХТ Кримска-Конго хеморагична треска	6	0,09	1	0,01	16,67
14	ВХТ Хеморагична треска с бъбречен синдром	7	0,10	3	0,04	42,86
15	Вирусен хепатит тип А	1347	19,11	3	0,04	0,22
16	Вирусен хепатит тип В	215	3,05	7	0,10	3,26
17	Вирусен хепатит тип С	83	1,18	0	0,00	0,00
18	Вирусен хепатит тип D	2	0,03	0	0,00	0,00
19	Вирусен хепатит неопределен	321	4,55	5	0,07	1,56
20	Гастроентерит, ентероколит	13704	194,38	22	0,31	0,16
21	Дизентерия (шигелоза)	235	3,33	0	0,00	0,00
22	Дифтерия	0	0,00	0	0,00	0,00
23	Епидемичен паротит	27	0,38	0	0,00	0,00
24	Жълта треска	0	0,00	0	0,00	0,00
25	Западнонилска треска	15	0,21	3	0,04	20,00

№	Нозологични единици	Заболели (брой)	Заболеваемост (на 100 000)	Умрели (брой)	Смъртност (на 100 000)	Леталитет (%)
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	9	0,13	0	0,00	0,00
29	Кампилобактериоза	192	2,72	0	0,00	0,00
30	Коклюш	114	1,62	0	0,00	0,00
31	Колиентерити (ешерихиози)	307	4,35	0	0,00	0,00
32	Инфекция, предизвикана от <i>E. coli</i> , продуциращи Shiga/Vero токсини (STEC/VTEC)	0	0,00	0	0,00	0,00
33	Кореман тиф/Паратиф	1	0,01	0	0,00	0,00
34	Ку треска	47	0,67	0	0,00	0,00
35	Кърлежов енцефалит	0	0,00	0	0,00	0,00
36	Лаймска борелиоза	599	8,50	0	0,00	0,00
37	Легионерска болест	11	0,16	1	0,01	9,09
38	Лептоспирози	15	0,21	0	0,00	0,00
39	Листериоза	9	0,13	1	0,01	11,11
40	Марсилска треска	229	3,25	4	0,06	1,75
41	Менингококова инфекция (менингококов менингит и сепсис)	5	0,07	0	0,00	0,00
42	Морбили	13	0,18	0	0,00	0,00
43	Орнитоза	1	0,01	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	219	3,11		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	1806	25,62	0	0,00	0,00
49	Рубеола	1	0,01	0	0,00	0,00
50	Вродена рубеола	0	0,00	0	0,00	0,00
51	Салмонелоза	586	8,31	2	0,03	0,34
52	Скарлатина	3828	54,30	0	0,00	0,00
53	Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	0	0,00	0	0,00	0,00
54	Тетанус	1	0,01	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		48092	682,15	90	1,28	0,19

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2018 г.

* Без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции.

** 1 потвърден случай на БММЕ пневмококов от София е съобщен погрешно в НЦОЗА като БММЕ стрептококов и е преместен като случай на БММЕ пневмококов.

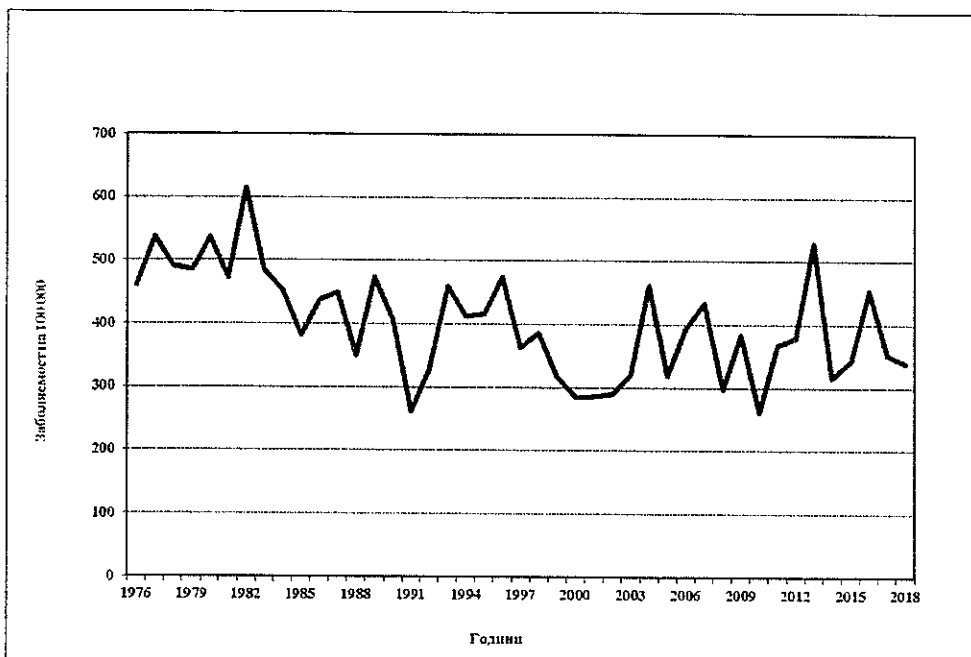
*** 1 възможен случай на епидемичен паротит от Бургас е отхвърлен, но съобщен погрешно в НЦОЗА.

**** 1 възможен случай на рубеола от София област е отхвърлен, но е съобщен погрешно в НЦОЗА.

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

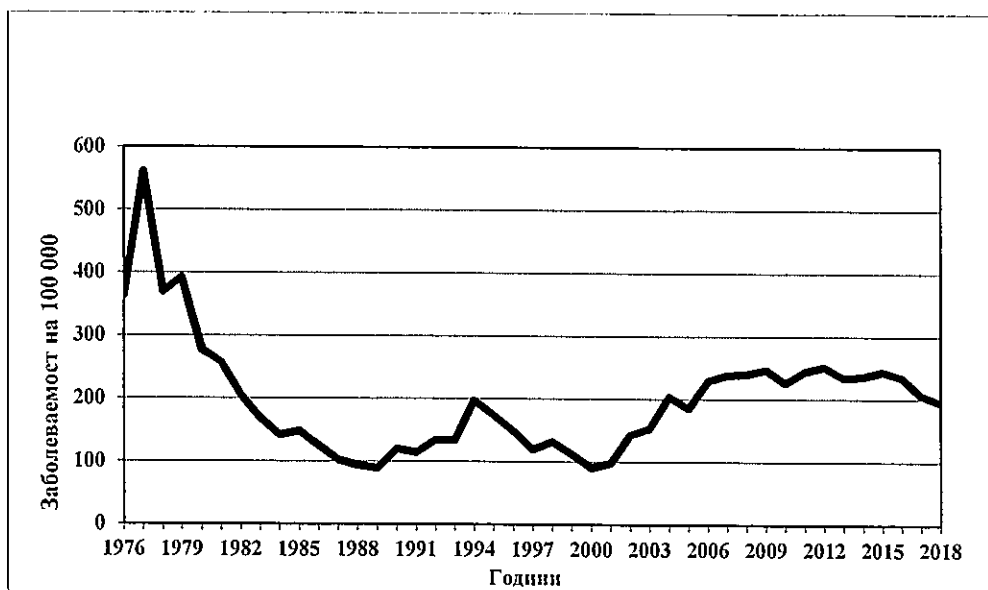
С най-висок относителен дял в структурата на инфекциозната заболеваемост и през 2018 г. са случаите на варицела (49,65%), следвани от случаите на гастроентерити и ентероколити (28,50%).

Фигура 8. Заболеваемост от варицела в България, 1976 – 2018 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2018 г.

Фигура 9. Заболеваемост от гастроентерити и ентероколити в България, 1976-2018 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2018 г.

Грип и остри респираторни заболявания (ОРЗ)

Анализът на заболеваемостта от грип и ОРЗ през 2018 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 2018 г. в сентинелната извадка са участвали общо 236 лечебни заведения за извънболнична помощ, обслужващи 381 489 души, разпределени в следните възрастови

групи: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64 и над 65 г. Средногодишният брой на наблюдаваното население и заболяемостта по възрастови групи са представени на Табл. 3.

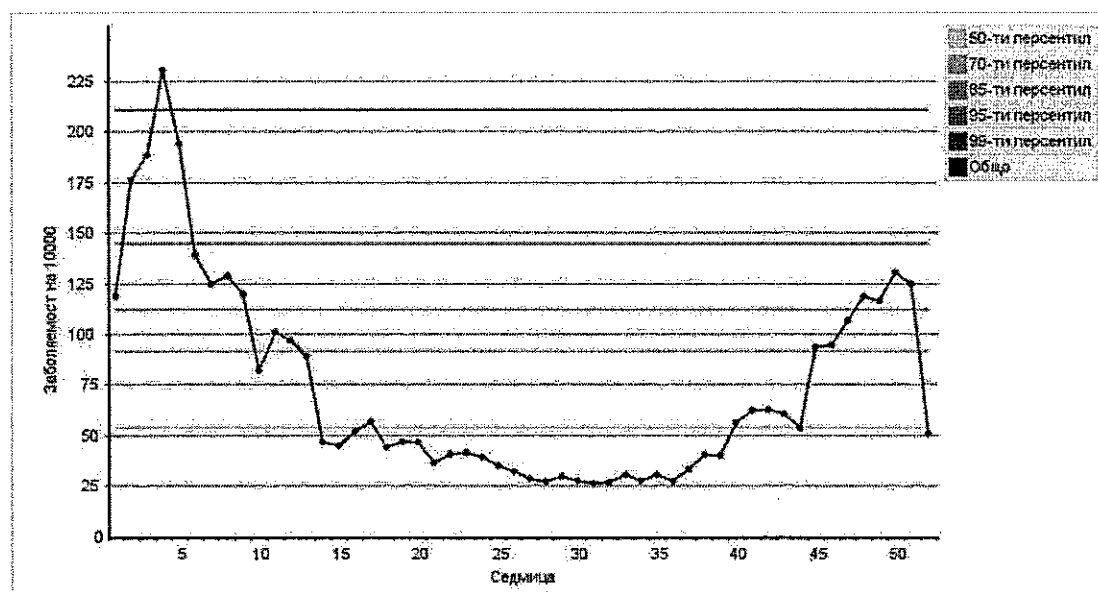
Таблица 3. Заболеваемост от грип и ОРЗ по възрастови групи в България през 2018 г.

Възрастови групи (години)	Средногодишен брой на наблюдаваното население	Брой регистрирани случаи	Заболеваемост на 10 000
0-4	18 653	30 704	16 460,62
5-14	35 447	36 380	10 263,21
15-29	65 497	34 524	5 271,08
30-64	194 607	36 598	1 880,61
65+	67 285	9 936	1 476,70
Общо	381 489	148 142	3 883,26

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2018 г.

През 2018 г. са регистрирани общо 148 142 заболявания от грип и ОРЗ и заболяемост 3 883,26 на 10 000 население. Грипната епидемия започна след Коледните и Новогодишни празници през 2 седмица на 2018 г., продължи 7 седмици и се характеризираше с умерена интензивност (оценката на интензивността на епидемичния процес е направена на основата на персентилите). Заболеваемостта започна да се покачва през 1 седмица и достигна епидемични стойности през 2-ра седмица на 2018 г. първоначално в Перник, Пловдив и София град. През 4-та седмица (22.01-28.01.2018 г.) грипната епидемия обхвана повечето областни градове и достигна своя връх с 8 806 заболели и 230,83 на 10 000 средна седмична заболяемост (Фиг. 10). След регистрираното през 4-та седмица максимално ниво на заболяемост, броят на съобщените случаи започна да се понижава, като постепенно достигна обичайните за сезона стойности.

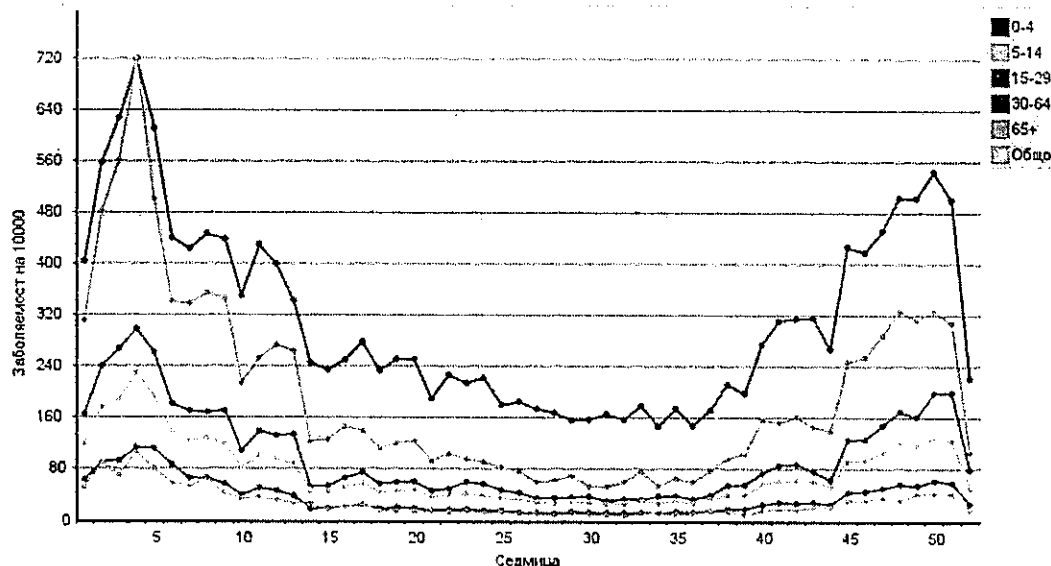
Фигура 10. Интензивност на епидемията от грип и ОРЗ в България през 2018 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2018 г.

Както през предходните години, така и през 2018 г. заболяемостта 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 заболяемост от грип и ОРЗ по възрастови групи в България през 2018 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2018 г.

През 2018 г. в НРЛ „Грип и ОРЗ” с Real Time RT-PCR са изследвани общо 1 534 проби на болни и контактни лица. Получени са общо 354 положителни резултата за грипен вирус тип В, 98 за пандемичен вирус А(Н1N1) и 26 за грипен вирус А(Н3N2).

Ваксинапредотвратими заболявания

Таблица 4. Брой заболели от ваксинапредотвратими заболявания в България през периода 2014-2018 г.

Заболяване	Брой случаи през периода 2014-2018 г.				
	2014	2015	2016	2017	2018
Дифтерия	0	0	0	0	0
Тетанус	0	0	4	0	1
Коклюш	52	35	98	116	114
Полиомиелит	0	0	0	0	0
Морбили	0	0	1	165	13
Паротит	31	18	19	15	27
Рубеола	7	5	2	0	1
Хепатит Б	235	263	219	249	215
<i>Str. pneumoniae</i> менингит	24	31	35	34	25
<i>Hib</i> менингит	1	4	3	2	1

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2018 г.

През 2018 г. не са регистрирани заболявания от дифтерия и полиомиелит. Съобщени са 114 заболели от коклюш. 31 (27,2%) от тях са неимунизирани, 7 (6,1 %) са непълно имунизирани, а за 14 случая (12,3%) не са намерени данни за проведена имунизация. Останалите 62 (54,4%) са със завършена имунизационна схема.

Регистрирани са два епидемични взрива от морбили с общо 8 заболели в две области на страната – Бургас (6 случая) и София (2 случая). Останалите 5 случая с морбили са спорадични. Всички случаи са лабораторно потвърдени. Заболелите в епидемичния взрив в региона на Бургас са от Украйна (5), временно пребиваващи в страната като сезонни работници по време на туристическия сезон на българското Черноморие. Лицата са с неизвестен имунизационен статус за морбилна ваксинация. Единственият българин (30 г.), заразил се като контактно лице е ваксиниран. Другите два случая обединени в епидемичен взрив от семеен тип са при майка и дете от ромски произход, живеещи в Италия, неимунизирани, влезли в България с разгърната клинична изява на морбилна инфекция.

Отчита се промяна в низходящата тенденция на регистрираните заболявания от епидемичен паротит през последните шест години (с регистриран през 2017 г. най-малък брой случаи - 15).

Регистриран е един възможен случай на рубеола при мъж на 29 г. с неизвестен имунизационен статус.

През 2018 г. броят на регистрираните случаи на вирусен хепатит Б (215) е близък до броя на случаите през 2016 г. (219). С най-високи стойности е заболяемостта във възрастовите групи 50-54 г. (5,6‰) и 55-59 г. (5,4‰). Единични случаи на остър вирусен хепатит Б са регистрирани в три детски възрастови групи (9 случая на вирусен хепатит Б при деца от 1 до 19 години).

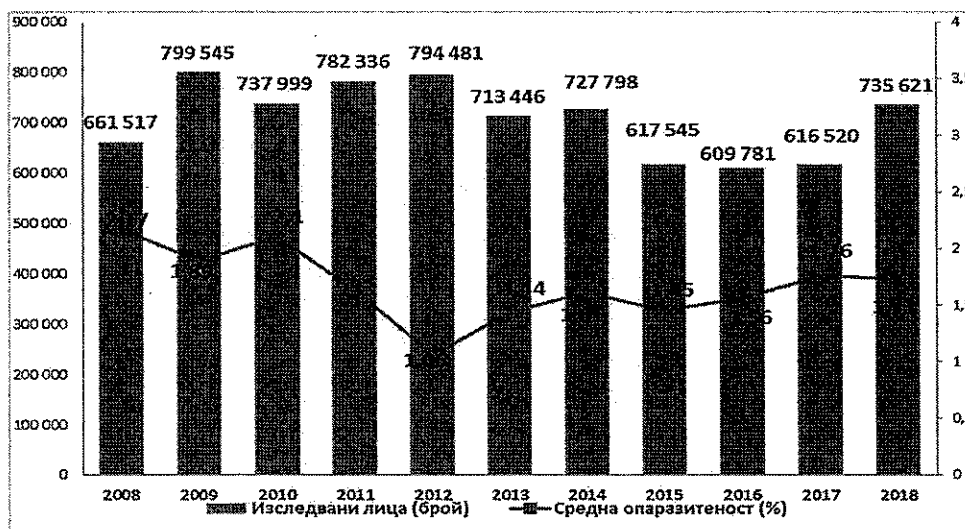
Регистрирани са 25 случая на пневмококов бактериален менингит, от които 3 са при деца на възраст 0–4 г. От тях едно е имунизирано (ваксинация с 3+ приема), едно не е имунизирано, а при третото дете имунизацията е с два приема ваксина.

Регистрираният случай на Hib менингит е във възрастовата група над 30 г., без данни за имунизация.

Състояние на паразитозите в страната

През 2018 г. за паразити са изследвани общо 735 621 лица, от които като положителни са диагностицирани 13 109 (1,73%) лица (Фиг. 12).

Фигура 12. Общ брой изследвани лица и средна опаразитеност (%) на населението в България през 2008-2018 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2018 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 2018 г. официално са регистрирани 206 лица с ехинококоза, от които 178 (86,40%) с първична ехинококоза и 28 (13,5%) - с постоперативни рецидиви. Заболелите жени са малко повече от мъжете – 117 (56%) към 89 (44%). Средната заболяемост за годината е 2,93 ‰ (фиг. 6). Най-засегнати са възрастовите групи 25-29 г. – 10,2%, 10-14 г. – 8,7%, 45-49 г. и 55-59 г. - по 8,3%. Относителният дял на децата от 0 до 19 години е 20,38 % (42 случая), който в последните години се запазва в сходни високи стойности. През 2018 г. се задържа тенденцията за значителен брой на болелите в млада възраст – до 40 г. са 105 от лицата с ехинококоза. Тези данни са обезпокояващи и са индикатор за продължаващата паразитна трансмисия, която трудно се повлиява от краткосрочни контролни мероприятия.

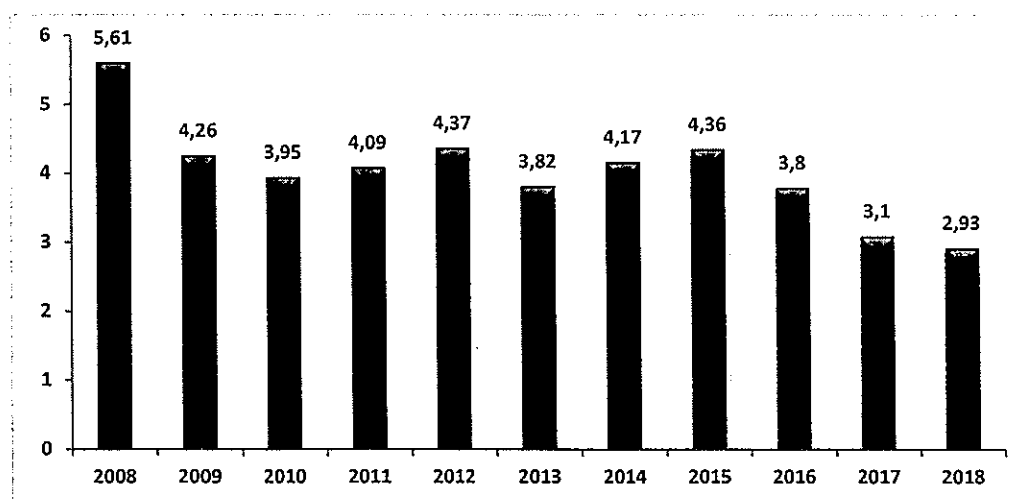
Органната локализация на ехинококовите кисти е както следва – с чернодробна локализация са 145 пациенти (70,38%), с белодробна - 35 (16,9%), с множествена ехинококоза - 10 (4,85%), бъбреци – 4 (2%), друга локализация – 12 (5,80%).

По отношение на терапията 182 от лицата с ехинококоза са оперирани, техниката ПАИР е приложена при 6, 8 са лекувани консервативно и 10 са неоперирани.

Стойностите на годишната заболяемост в отделните области на страната варират в широки граници, като териториалното разпределение на случаите е неравномерно. Най-засегнати са областите: Кърджали със заболяемост - 32 ‰, Разград – 15 ‰, Сливен с 12 ‰ и Ямбол – 11 ‰.

В няколко области няма нито един регистриран случай на ехинококоза – Видин, Монтана и Русе.

Фигура 13. Заболяемост от ехинококоза сред населението в България през 2008–2018 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2018 г.

Трихинелоза. Съобщени са общо 86 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 Русе, Варна и Смолян. При 3 от взривовете източник е дива свиня, при един - домашно прасе и при един е неизвестен. Заболелите са общо 45, в които се включват и 2 спорадични случая от областите Ямбол и София област. Мъжете с трихинелоза са 28, а жените – 17. Хоспитализирани са 11

заболели от 34 пациенти с клинични прояви. Общата заболяемост от трихинелоза през 2018 г. е 0,64‰. От болелите 10 са на възраст от 1 до 19.

За геохелминтозите аскаридоза и трихоцефалоза са изследвани общо 440 906 лица, като заболяемостта от аскаридоза е 11‰ (742 опаразитени), а от трихоцефалоза 1,8‰ (127 лица).

Региони с най-висок екстензитет за аскаридоза са: Видин – 8,57%, Кърджали – 3,31% и Благоевград – 2,47%, а за трихоцефалоза: Варна – 0,17% (68 случая); Велико Търново – 0,16% (25 случая) и Сливен – 0,13% (20 случая).

Контактни паразитози. За ентеробиоза са изследвани общо 437 817 лица, като средната екстензия за страната е 1,45% (6 331 опаразитени). С изследвания за тази паразитоза са обхванати 157 307 деца от различни видове детски заведения и при тях установеният екстензитет е 2,1% (3 357 или 51% от всички опаразитени). Анализът на данните показва, че по отношение на ентеробиозата, засягаща предимно деца от организирани детски колективи, екстензията нараства след 2012 г. и от 0,6% общо за страната се увеличава 2,5 пъти през 2018 г. По отношение на децата най-ниски стойности на екстензията също са установени през 2012 г. – 0,9%, а през 2018 г. диагностицираните са над 2% от изследваните. Най-голям брой деца с ентеробиоза са открити в областите Варна – 647 (5% от изследваните), Сливен – 332 (7,4%), Русе – 238 (4%), София-столица – 232. Ентеробиозата не подлежи на задължително съобщаване и регистрация, но продължава да бъде най-масовата паразитоза и трябва стриктно да се спазват мерките за контрол, предвидени в наредба 5/2006 г. за диагностика, профилактика и контрол на местните паразитози.

Гиардиоза (Ламблиоза) – заболяемост 15,0‰, установени позитивни 1 058 при изследвани общо 405 885 лица. При децата от организирани детски колективи са съобщени 565 (53% от общия брой) опаразитени от 139 999 деца. По-голям брой диагностицирани отчитат областите София-столица (253) и Бургас (187).

Хименолепидоза – заболяемост 1,8‰, при 132 положителни като са изследвани 356 969 лица. Най-много случаи са регистрирани в областите Сливен и Ямбол – по 44. Липсата в България на разрешени лекарствени средства за етиологична терапия на тази паразитоза е най-вероятната причина за повишаване на случаите през последните години.

Опортюнистични паразитози:

Токсоплазмоза. Изследвани са 11 648 лица, предимно по клинични показания, като положителен резултат е получен при 2 086 от тях. Средната серопозитивност за страната е 18%. Един случай на вродена токсоплазмоза е съобщен през годината в НЦОЗА.

Лайшманиози. През 2018 г. в страната е регистриран един случай на висцерална лайшманиоза.

Криптоспоридиоза - няма установени положителни от 140 лица със съмнения за тази паразитоза.

Внасяни паразитози. През 2018 година за внасяни паразитози са изследвани 3 173 лица. От тях български граждани са 227 лица и 2 946 са чужденци. Опаразитяване е установено при 38 (1,2%) – 34 чужди и 4 български граждани

Малария - През 2018 г. за малария са изследвани общо 1 721 лица в 13 области на страната и НЦЗПБ. От изследваните лица 109 са българи, а 1 612 са чужди граждани. Профилактично са изследвани 1 610 лица, а по клинични показания – 111. Регистрирани са 8 случая на внесена малария, 5 при български и 3 при чужди граждани, от които 2 са бежанци. Четири от случаите са причинени от инфекция с *P. falciparum*, три с *P. vivax* и един с *P. ovale*.

- **ХИВ инфекция**

По данни на Министерството на здравеопазването към 31.12.2018 г. в България са регистрирани общо 3 026 лица с ХИВ инфекция, През 2018 г. броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е 311 (Фиг. 14) - 276 (89%) са мъже и 35 (11 %) жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2018 г. са 57. При 19% от случаите със СПИН диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

Фигура 14. Регистрирани случаи на ХИВ инфекция, България, 1986-2018 г.

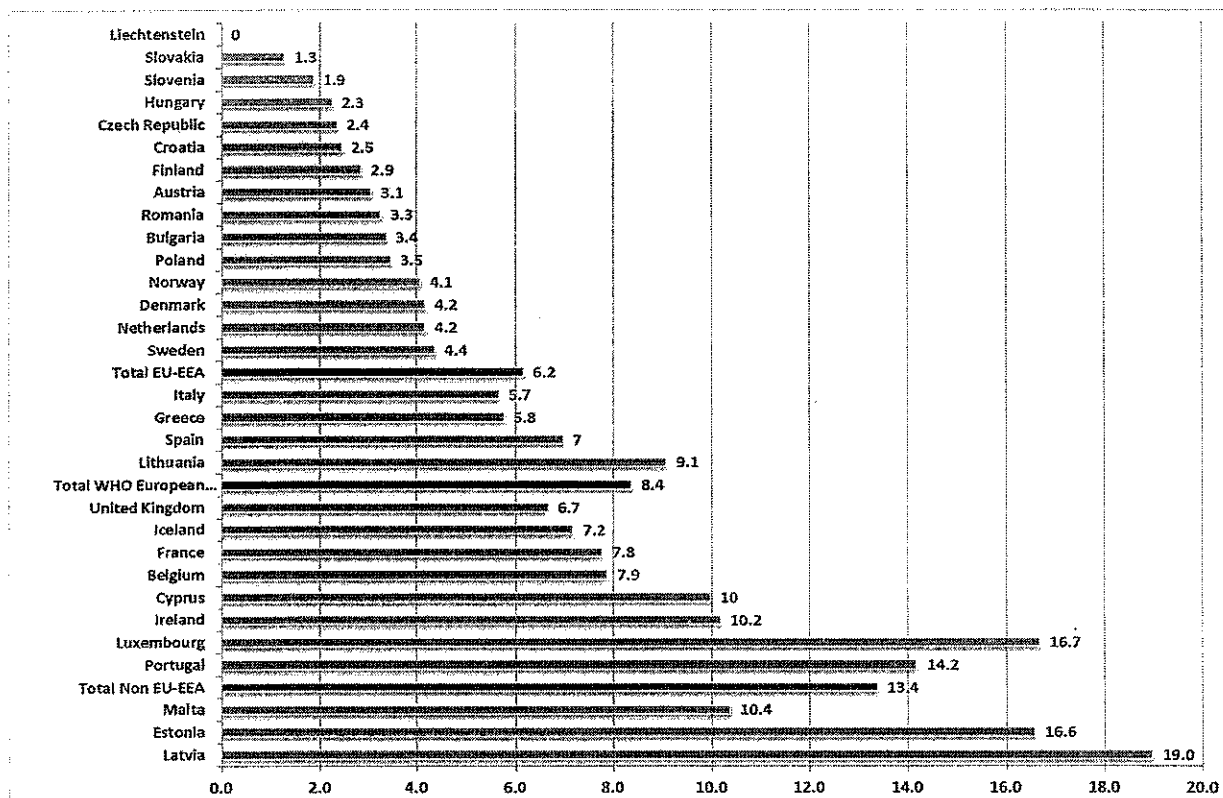


Източник: МЗ, Отдел "Промоция и профилактика", Дирекция „ПЗПБЗ“

През отчетния период регистрираните ХИВ-позитивни лица са във възрастни граници от 1 до 72 години. Най-голям брой новорегистрирани лица са във възрастовата групата 30-39 г. (40%), 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 (МСМ) – 53% и инжекционно употребяващи наркотици (ИУН) – 11%. Запазва се тенденцията от последните години за намаляване 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, Пловдив, Варна, Бургас, София област, Пазарджик, Русе, Благоевград и Стара Загора.

България през 2018 г. остава с ниско разпространение на ХИВ - инфекцията -3,4 сред страните от Европейския съюз и Европейското икономическо пространство, докато за същите този показател е 6,2.

Фигура 15. Честота на новорегистрираните случаи на ХИВ инфекция на 100 000 души население в Европейския регион за 2017 г. (2017, ECDC/WHO, HIV/AIDS Surveillance in Europe)



• **Туберкулоза**

В България през последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на заболяемостта от активна туберкулоза – от 39.1 на 100 000 през 2006 г. до 18.4 на 100 000 през 2018 г., при 19.9 на 100 000 през 2017 г. (Фиг. 16).

Фигура 16. Заболеваемост от туберкулоза в България за периода 1990-2018 г.



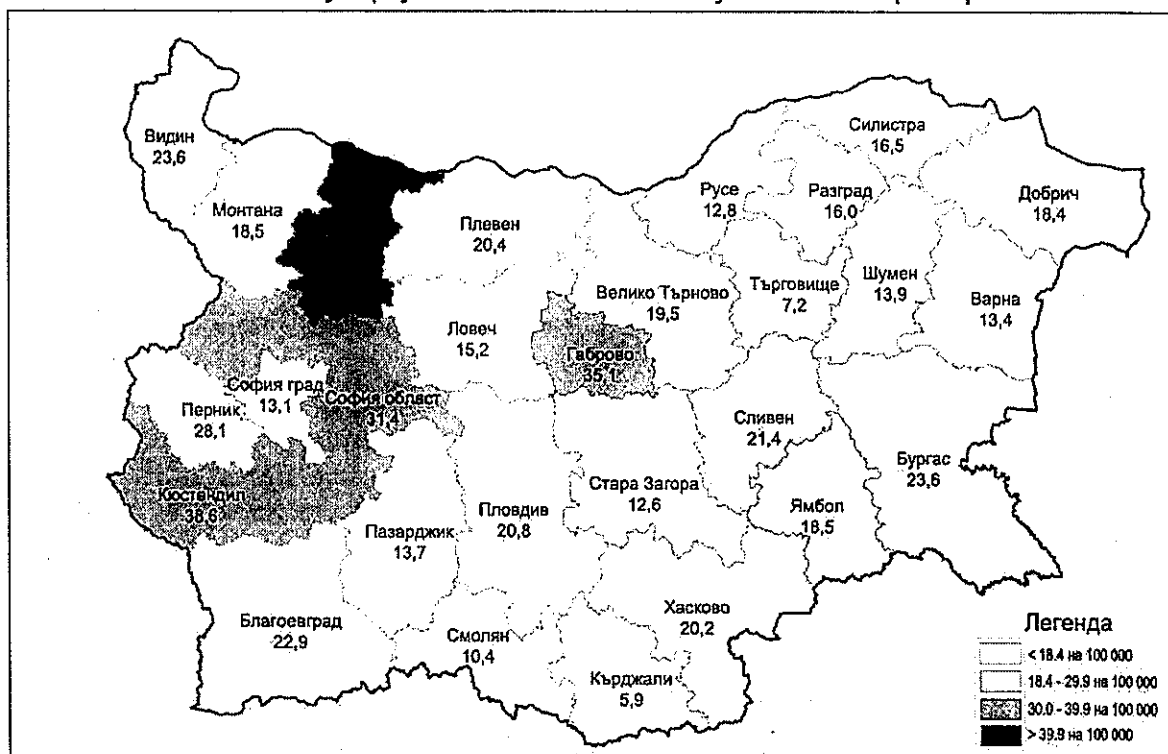
Източник: МЗ, Отдел "Промоция и профилактика", Дирекция „ПЗПБЗ“

През 2018 г. в България са регистрирани 1 358 пациенти с туберкулоза, което е с 105 пациента по-малко в сравнение с предходната 2017 г. В сравнение с 2016 г. (1 463 регистрирани случаи) се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 8%. Тенденцията за намаляване на заболяемостта 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 през последните години. От регистрираните през 2018 г. болни, с белодробна туберкулоза са 1063 (78,3%), като през 2017 г. техният брой е бил 1 101 (75,3%). През 2018 г. случаите с извънбелодробни форми на туберкулоза са 295 лица. Броят на регистрираните случаи на туберкулоза, както и заболяемостта, варират значително по региони, като в някои региони в Северозападна и Централна България заболяемостта е около два пъти над средната за страната (Фиг. 17).

Фигура 17. Заболеваемост от туберкулоза по области през 2018 г.

Заболеваемост от туберкулоза по области в Република България през 2018 г.



Средна заболеваемост за страната - 18,4 на 100 000
по данни на Програма ГУНПТ

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

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 – от 45-54 години - 294 лица или (22%), над 65 години (275 случая или 20%), следват 55-64 (248 случая или 18%), и 35-44 г. с 219 лица, което е 16% от всички новорегистрирани през 2018 г.

Регистрираните случаи с мултирезистентна (MDR-TB) и рифампицин резистентна (RIF-R) туберкулоза, потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза, през 2018 г. са 28 или 4.9%, от всички на които е направен тест за лекарствена резистентност, за сравнение през 2017 г. са 4.7%, от всички пациентите показали лекарствена резистентност. От новорегистрираните 28 случая с MDR-TB и RIF-R през 2018 г. - без предшестващо лечение са 12 (2.5 %), случаи с предшестващо лечение, са 16 (20.8%). От 2014 г. насам се наблюдава ежегодно плавно намаляване на случаите с MDR-TB – за сравнение през 2014 г. са регистрирани -37 случая на MDR-TB.

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 2018 г. на 1 118 пациенти с туберкулоза е проведено консултиране и изследване за ХИВ, което представлява 82.3%. Не е открит ХИВ-позитивен пациент.

- **Злокачествени новообразувания**

По данни на НЦОЗА, през 2018 г. продължава да намалява заболеваемостта от злокачествени новообразувания спрямо предходната година и показателят е 406.7‰. Най-висока е заболеваемостта от рак на храносмилателните органи и рак на млечната жлеза при жените (89.5‰), следвана от рак на мъжките полови органи (78.4‰). 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 заболеваемостта в областите Русе (582.9‰), Ямбол (540.6‰) и Плевен (519.6‰) и най-ниска - в Кюстендил (136.6‰).

- **Заболеваемост по хоспитализации**

Статистическите данни за заболеваемостта по хоспитализации за периода 2005-2018 г.⁴ показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰) до 2 401 759 (34 188.6‰), както и основно във възрастовите групи над 18 г. Тези показатели се увеличават в сравнение с предходната година. От 2016 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 (61 032.6), следва групата на лицата 18-64 г. (27 766.8) и най-нисък е при децата от 0 до 17 години – 2.5 пъти по-нисък от този над 65 години.

Сред причините за хоспитализация по класове водещи са фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби (17.4%), болестите на органите на кръвообращението (13.6%), болестите на дихателната система (9.3%), и болестите на храносмилателната система (9.0%), които обуславят общо 49,3% 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 здравето състояние на населението и контакта със здравните служби (16.6%), бременност, раждане и послеродов период (9.9%) и болести на органите на кръвообращението (9.8%). При лицата на възраст 65 и повече години на първо място в структурата са болестите на органите на кръвообращението (22.7%), следват фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби (18.7%) и болести на

⁴ НЦОЗА

храносмилателната система и новообразования (9.0%), които общо обуславят повече от половината от хоспитализираната Заболеваемост в тази възрастова група.

1.11. Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане

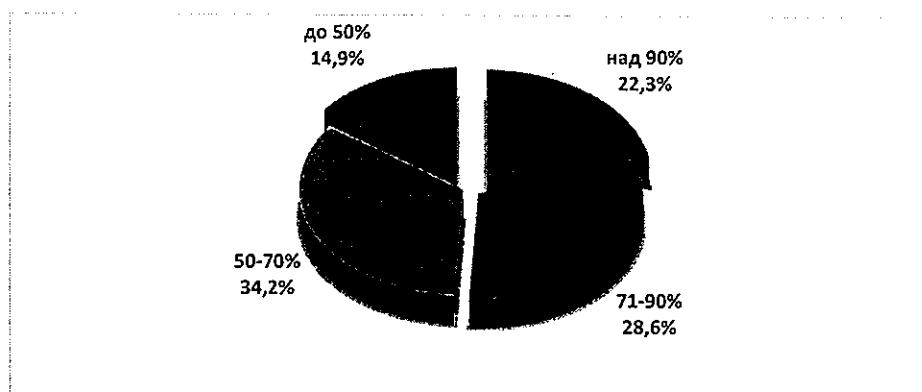
Данните за лицата с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане са по данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦОЗА, базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК. Броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст през последните години намалява, но през 2018 г. има леко покачване и достига 53 061 души.

Съгласно Закона за здравето 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. От 2008 г. до 2014 г., макар и с колебания, се наблюдава увеличаване на броя на лица с пожизнено решение за трайно намалена работоспособност, през следващите години броят намалява, но през 2018 г. отново се увеличава и достига 29 798 лица (18.0% от всички освидетелствани и преосвидетелствани). Най-висок остава броят и дялът на лицата със срок на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане 3 години (69 429, което обуславя 41.9% от лица с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане). Увеличение се отчита при дела на лицата с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане със срок 1 година, а намаление при дела на тези с 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 и през 2018 г. е 165 828 души. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група над 60 години (36.6%), следвани от възрастовата група 50-59 години (35.6%).

Относителният дял на освидетелстваните лица над 16 г. с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане 50-70% намалява в сравнение с предходната година и е най-висок — 34.2% (Фиг. 18). Следват лицата със 71-90% — 28.6%(29.7% за 2017 г.), с над 90% трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане — 22.3% (21.8% за 2017 г.) и до 50% са 14.9% (14.1% за 2017 г.).

Фигура 18. Структура на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 г. възраст по тежест за 2018 г.



Източник: НЦОЗА

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

Години	Трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане								Общо	
	над 90%		71% – 90%		50% – 70%		до 50%		брой	на 1000 население над 16 г.
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%		
2001	29 335	36.8	31 394	39.3	14 847	18.6	4 227	5.3	79 803	12.1
2004	38 413	28.8	56 862	42.7	28 365	21.3	9 611	7.2	133 251	20.2
2005	28 451	24.7	44 452	38.6	28 837	25.0	13 438	11.7	115 178	17.5
2009	16 330	23.6	24 082	34.9	21 019	30.4	7 647	11.1	69 078	10.7
2010	14 764	22.9	21 002	32.6	20 746	32.2	7 935	12.3	64 447	10
2013	15 939	23.2	22 670	32.9	22 190	32.2	8 078	11.7	68 877	12.1
2014	15 380	21.8	22 783	32.4	23 062	32.8	9 138	13.0	70 363	11.4
2015	14 308	21.7	19 838	30.2	22 031	33.5	9 574	14.6	65 751	10.8
2016	12 809	22.6	17 077	30.2	19 111	33.7	7 659	13.5	56 656	9.3
2017	11 452	21.8	15 640	29.7	18 083	34.4	7 416	14.1	52 591	8.7
2018	11 831	22.3	15 163	28.6	18 140	34.2	7 927	14.9	53 061	8.9

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 33.4% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (22.7%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (11.1%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (6.8%) 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 2018 г. 3 915 деца (при 4 070 за 2017 г.) или 3.7 на 1000 население до 16 години (3.8% за 2017 г.). Най-голям е броят и дялът на децата със степен на увреждане 50-70% – 1 770 (45.2%). Всяко пето дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (21.2%), с най-тежката степен над 90% са 14.3% (Фиг. 19).

Фигура 19. Структура на децата, първично определени с вид и степен на увреждане до 16 г. възраст, по тежест - за 2018 г.

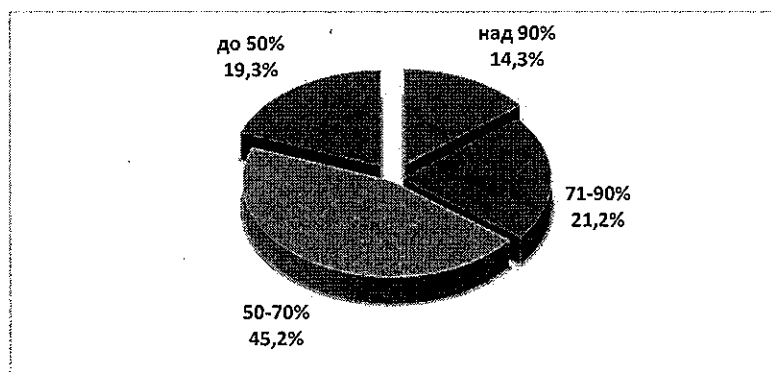


Таблица 6. Освидетелствани деца до 16-годишна възраст с признати вид и степен на увреждане

Години	Вид и степен на увреждане								Общо	
	над 90%		71% – 90%		50% – 70%		до 50%			
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%	брой	на 1000 население до 16 г.
2001	2 570	37.8	1 757	25.8	1 735	25.5	740	10.9	6 802	5.1
2004	1 222	20.7	1 181	20.0	2 645	44.9	851	14.4	5 899	5.0
2005	801	17.1	•	•	•	•	819	17.5	4 674	4.0
2009	517	14.4	•	•	•	•	453	12.7	3 578	3.3
2010	628	16.4	•	•	•	•	570	14.9	3 833	3.5
2013	615	11.4	966	17.9	2 514	46.5	1 310	24.2	5 405	5.1
2014	523	10.3	857	17.0	2 439	48.3	1 231	24.4	5 050	4.8
2015	526	10.5	815	16.2	2 351	46.9	1 322	26.4	5 014	4.7
2016	473	11.2	770	18.2	2 024	47.9	961	22.7	4 228	4.0
2017	509	12.5	792	19.5	1 912	47.0	857	21	4 070	3.8
2018	559	14.3	829	21.2	1 770	45.2	757	19.3	3 915	3.7

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 психичните и поведенческите разстройства (23.3%), болестите на дихателната система (20.6%), вродените аномалии (17.4%) и на нервната система (11.7%) 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 на базата на обобщените данни за физическо развитие, моментна болестност (регистрирани заболявания при профилактичен преглед), диспансеризация и физическа дееспособност, постъпили от 28-те РЗИ в страната по информация, предоставена от медицинските специалисти от здравните кабинети на детските заведения и училищата въз основа на представените им от личните лекари талони от извършените основни профилактични прегледи за учебната 2018/2019 г., съгласно Наредба № 3 от 2000 г. за здравните кабинети в детските заведения и училищата¹ и Наредба №8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията² на МЗ.

В анализа е включена информация за преминалите профилактичен преглед деца и ученици, които посещават детско или учебно заведение. През 2018/2019 г. от подлежащите общо 876 769 деца и ученици на възраст 0-19 г., с основен профилактичен преглед са обхванати 790 242 (90.1%) (Табл. 7). От тях 203 091 (93.06%) са децата на възраст 0-6 г. и 587 151 (89.14%) са 7-19-годишните ученици. Въпреки лекият спад в сравнение с 2017 г. (91.1%), обхватът остава стабилно над 90% след 2015 г. (91.6%-2015г.; 90.1%- 2016г.) и е по висок от този през 2013 г. (87.8%) и 2012 г (86.2%).

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

	ДЕЦА (0-6 г.)	УЧЕНИЦИ (7-19 г.)	ОБЩО
Общ брой	218 229	658 640	876 769
Брой преминали профилактичен преглед	203 091	587 151	790 242
Обхват	93.06%	89.14%	90.1%

• Здравно състояние на децата на възраст 0-6 години

Основен профилактичен преглед през 2018/2019 г. е проведен на 203 091 от общо 218 229 деца на възраст 0-6г., посещаващи детски заведения (93.06%). В сравнение с предходните години, за които има обобщени данни, обхватът с профилактични прегледи отбелязва спад в сравнение с 2017 г. (95.2%), 2016 г. (93.2%) и 2015 г. (96.5%), но е по-висок от този през 2013 (91%) и 2012 г (92.3%).

Резултатите от антропометричните измервания показват, че с нормално физическо развитие по отношение на водещите показатели ръст и телесна маса, в границите на нормата ($X \pm S$) и разширената норма ($X \pm 2S$) за тази възраст, са съответно 97.5% за ръста (на 97.4% - 2017г. и 97.2% - 2016г.) и 96.8 % (на 96.9%-2017г. и 90.6% - 2016г.) за телесната маса (Табл. 8). С наднормена телесна маса и висок за възрастта ръст са съответно 2.0% и 1.3% от децата, а във физическото си развитие изостават 1.2% от децата по показателите ръст и телесна маса.

Таблица 8. Водещи показатели за физическо развитие при децата на възраст 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	191 360	17 215	2 699	2 694
Телесна маса	187 432	19 526	2 571	4 287

При основния профилактичен преглед на децата във възрастовата група 0-6 г. през 2018 г. са регистрирани общо 16862 заболявания (Табл. 9). С отклонения в здравното състояние са 86.8 на 1000 прегледани деца. На фона на тенденцията от последните години за понижаване нивото на заболяемост при децата под 6-годишна възраст (72.9‰ за 2017г., 68‰-2016 г., 72‰-2015 г. и 78‰ за 2013 г.), въпреки че е нараснал, броят на децата със здравословни проблеми е по-нисък от регистрирания през 2012 г. (87‰) и 2011 г. (93‰).

Водещо място в структурата на заболяванията при децата до 6 г. заемат с близки стойности болестите на окото (смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение) – 8.6‰ и случаите на алергичен ринит и астма, които са регистрирани съответно при 8.5 и 8.2 на 1000 прегледани деца. На второ място следват пневмониите, хроничните заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации, хроничния бронхит и затлъстяването, регистрирани съответно при 7.3; 7.0 и 6.3 на 1000 прегледани деца.

Налице е известна възрастова специфика по отношение на моментната болестност, като основен проблем при децата до 3-годишна възраст е високият брой случаи на заболявания на дихателната система (алергичен ринит, пневмонии, хроничен бронхит и хроничните заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации - съответно 11.5‰, 11.1‰, 9.8 ‰ и 7.9 ‰), а във възрастта 4-6 години водещи са случаите на болести

на окото (смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение) – 9.6 ‰, астма (8.9‰) и алергичен ринит (8.0‰), следвани от затлъстяване (7.1‰), хроничните заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации (6.8‰), пневмонии (6.6‰) и хроничен бронхит (5.7‰).

Таблица 9. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на децата на възраст 0-6 години

Заболявания и аномалии	Брой деца всичко	В това число	
		0-3 г.	4-6 г.
Общ брой деца	216 750	32 016	184 734
Общо прегледани деца	194 326	28 942	165 384
Туберкулоза (010-018)	0	0	0
Злокачествени новообразувания (140-208)	27	2	25
Болести на щитовидната жлеза (240-246)	19	3	16
Захарна болест (диабет) (250)	75	2	73
Затлъстяване (278)	1 226	44	1182
Болести на кръвта и кръвотворните органи (280-289)	77	11	66
Неврози (300)	40	4	36
Специални симптоми и синдроми (заекване тикове анорексия енурезис стереотипи) (307)	263	19	244
Специфично забавяне в развитието (315)	606	32	574
Олигофрения (317-319)	34	1	33
Детска церебрална парализа (343)	172	16	156
Епилепсия (345)	283	12	271
Нарушения на рефракцията и акомодацията (367)	205	10	195
Смущения в зрението (368)	1 305	46	1 259
Слепота и намалено зрение (369)	157	13	144
Болести на ухото и на мастоидния израстък (380-389)	167	48	119
в т.ч. Глухота (389)	57	5	52
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (390-398)	5	0	5
Хипертонична болест (401-405)	15	0	15
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (474)	1 363	228	1 135
Алергичен ринит (477)	1 661	333	1 328
Пневмония (480)	1 419	322	1 097
Хроничен бронхит (491)	1 229	285	944
Астма (493)	1 602	114	1 488
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (531-532)	18	0	18
Гастрит и дуоденит (535)	235	17	218
Абдоминална херния (550-553)	13	0	13
Хроничен хепатит (571.4)	1	0	1
Остър и хроничен гломерулонефрит (580-583)	14	1	13

Заболявания и аномалии	Брой деца всичко	В това число	
		0-3 г.	4-6 г.
Остър и хроничен пиелонефрит (590)	36	5	31
Камъни в бъбрека и уретера (592)	5	1	4
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (626)	0	0	0
Артропатии и сродни заболявания (710-719)	30	2	28
Плоско стъпало придобито (734)	73	8	65
Гръбначни изкривявания (737)	29	1	28
Вродени аномалии (740-759)	234	26	208
в т.ч. на сърдечно съдовата система (745-747)	138	11	127
крипторхизъм (752)	14	1	13
Късни последици от травми и отравяния (905-909)	41	4	37
Други	3 974	624	3 350
Открити заболявания - всичко	16 862	2 251	14 611

При децата с установено заболяване, включени на диспансерно наблюдение, съгласно Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията² на МЗ, според представените в РЗИ данни, през 2018 г. са регистрирани общо 5 540 заболявания. Броят на диспансеризираните деца, за които се подава информация в РЗИ, с годините намалява (2.9% от децата, на които е проведен основен профилактичен преглед през 2018 г., 3.5% през 2013, 4.3% - 2012 г., 5.1% - 2011 г.), като за периода 2014-2017 г. този показател не е анализиран.

Водещо място в структурата на заболяванията, при които децата се водят на диспансерно наблюдение, заемат болестите на дихателната система (1786, от които 1462 са случаите на астма) и алергичния ринит (849 диспансеризирани); на второ място-групата заболявания от рубриката слепота и намалено зрение (560), следвани от регистрирани случаи на ентеробиоза (408), епилепсия (375), генерализирани разстройства на развитието (335, от които 310 с диагноза детски аутизъм); поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството (325); детска церебрална парализа (158); вродени аномалии (153, от които 125 са случаите на вродени аномалии на сърцето); протозойни чревни болести (144).

По отношение на физическата дееспособност, от общо 191 283 деца на възраст 3-7 г., за които са постъпили данни от оценката на физическата дееспособност, нормите са покрили 170 245 (89%), при следните резултати от предходни години, за които е анализиран този показател: 2013 г. - 94%, 2012 - 88%, 2011 г.- 86.4%.

• Здравно състояние на учениците

През учебната 2018/2019 г. с основен профилактичен преглед са обхванати 587 151 от общо 658 640 ученици на възраст 7-18 г. (89.14%). Все още средно за страната обхвата на преминалите профилактичен преглед ученици е под 90%, с близки стойности за последните години (2017-89.8%, 2016-89%, 2015 г. -89.9%) и сравнително по-високи от тези през 2013 г. (86.6%), 2012 г. (84%) и 2011 г. (81.1%). По региони има значима разлика по този показател, като в 19 области медицинските специалисти от училищата са представили данни за проведени профилактични прегледи при над 90% от учениците.

По отношение на водещите антропометрични показатели, 94.85% от учениците са в норма или в разширената норма по показател **ръст** (Табл. 10). С ръст под 2 стандартни

отклонения от нормата, т.е. с много нисък ръст, са 12416 ученика (1.9%), а с много висок ръст са 20 688 ученика (3.2 %).

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.
343 770	185 637	52 043	28 585	7 749	4 667	12 528	8 160
82.62%	81.76%	12.51%	12.59%	1.86%	2.06%	3.01%	3.59%

В I и II група на норма и разширена норма по отношение на телесната маса са 93.2% от учениците (Табл. 11). С ниска телесна маса са 12 637 ученика (1.96%), сред които преобладават 7-14-годишните (7363 на 5274). Значително по-голям е броят на учениците с наднормена телесна маса/затлъстяване - общо 31074 (4.8%). Броят на учениците с показатели за телесна маса, превишаващи 2 стандартни отклонения е двойно по-голям при 7-14 годишните, с най-високи стойности при момчетата (11 168 на 9787 момичета).

Таблица 11. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесната 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.
334 422	182 406	54 276	29 160	7 363	5 274	20 955	10 119
80.19%	80.37%	13.02%	12.85%	1.77%	2.32%	5.02%	4.46%

По време на основния профилактичния преглед през учебната 2018/2019 г. са регистрирани общо 45 510 заболявания, т.е. 80.2 на 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравното състояние (Табл. 11).

Затлъстяването заема първо място в структурата на установените по време на профилактичния преглед заболявания. Броят на учениците със затлъстяване е 10 180 (17.9%), с което се достигат стойностите от 2015 г. (17.8%), когато са установени най-малко случаи със затлъстяване за предходните пет години (22.2% през 2011 г., 21.7% през 2012 г., 19.5% през 2013) и с 2 пункта по-ниски стойности от тези през 2016 г. и 2017 г. (съответно 19.8% и 19.3%). Най-много случаи на затлъстяване са установени при учениците в 7-ми клас (30.6%). Наднорменото тегло и затлъстяването за поредна година остават водещ здравословен проблем в ученическата възраст, сред основните рискови фактори за който са ниската двигателна активност/хиподинамията и нездравословният модел на хранене.

На второ място в структурата на заболяемостта са *болестите на окото* (смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение), установени при 9470 ученика (16.7%), което бележи по-високи стойности в сравнение с предходните години (2017 г.-14.3%, 2016 г.-14%, 2015 г.-15%, 2013 г.-15% и 2012 г.-15.6%). Проблемите със зрението на учениците продължават да са сред водещите патологии, поради прекалено дългото време, което децата прекарват пред екраните на различни дигитални устройства - компютри, лаптопи, планшети, всички видове клетъчни телефони, електронни книги и други. Освен че застрашава зрението и

стойката на ученика, това явление предразполага и към развиване на психическа зависимост с всички негативни здравни последствия за детската психика.

На трето и четвърто места следват *bronхиалната астма* – 4 156 случая (7.3%) и *заболяванията на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания)* – 2265 (3.9%), запазвайки сравнително стабилно ниво през последните години (съответно 7.7% и 3.7% за 2017 г., 7.5% и 3.6% за 2016 г., 7.7% и 3.9% за 2015, 7.6% и 4.0% за 2013 и 7.8% и 5.3% за 2012 г.).

Наличните данни за регистрираните заболявания при профилактичните прегледи дават възможност да се анализира здравното състояние на учениците от първите, седмите и десетите класове. Най-висок е обхватът с профилактични прегледи на първокласниците (91.9% на 86.1% от учениците в 7-ми клас и 79.7% в 10-ти клас), със стойности над 90% за последните години (2017-94.3%, 2016-91.05%, 2015-90.5%). Най-висока заболеваемост през 2018 г. е отчетена при десетокласниците – 123 случая на 1 000 прегледани ученици, на 122.2% при седмокласниците и 102.8% при първокласниците.

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

Таблица 12. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците 2018 г.

Заболявания и аномалии	Брой ученици всичко	В това число		
		I клас	VII клас	X клас
Общ брой ученици	637 169	49 851	51 168	43 210
Общо прегледани ученици	567 328	45 836	44 054	34 436
Туберкулоза (A15-A19)	15	0	0	1
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	101	9	10	15
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	248	17	25	48
Захарна болест (диабет) (E10)	839	56	92	104
Затлъстяване (E65-E68)	10 180	981	1 349	830
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	716	76	92	81
Неврози (F40-F48)	369	23	49	65
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	638	104	65	34
Специфично забавяне в развитието (F84)		223	234	103
Олигофрения (F70-F79)	482	50	48	55
Детска церебрална парализа (G80)	805	77	91	65
Епилепсия (G40)	1 342	138	127	114
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	2 335	193	266	331
Смущения в зрението (H53)	6 346	689	947	578
Слепота и намалено зрение (H54)	789	85	158	71
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	483	58	43	36
в т.ч. Глухота (H90)		48	30	32

Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	63	4	10	11
Хипертонична болест (I10-I15)	312	7	23	68
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	936	175	144	49
Алергичен ринит (J30)	1 638	180	165	189
Пневмония (J12-J18)	591	106	62	55
Хроничен бронхит (J41-J44)	668	64	89	115
Астма (J45)	4 156	600		315
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	192	17	20	23
Гастрит и дуоденит (K29)	852	38	116	123
Абдоминална херния (K40-K46)	24	0	2	2
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	20	2	3	3
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	74	6	5	6
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	172	10	23	21
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	124	0	12	22
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (N91-N94)	162	1	15	44
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	291	13	21	39
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	683	87	100	74
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	2 265	207	251	157
Вродени аномалии (Q00-Q99)	704	73	52	51
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	507	57	34	40
крипторхизъм (Q53)	19	2	2	2
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	104	6	8	14
Други	2 996	232	209	251
Открити заболявания - всичко	45 510	4 714	5 383	4 237

При учениците с установено заболяване, включени на диспансерно наблюдение, съгласно Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията² на МЗ, според представените в РЗИ данни, през 2018 г. са регистрирани общо 16 980 заболявания. Водещо място в структурата на заболяванията, при които учениците се водят на диспансерно наблюдение, заема астмата (4 404 регистрирани случая); на второ място са регистрираните случаи от рубриката слепота и намалено зрение (2 710); на трето-епилепсия (1 414), следвани от групата на вазомоторен и алергичен ринит (1 194), генерализирани разстройства на развитието (762, от които 707 са диспансеризираните с диагноза детски аутизъм), поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството (733) и детска церебрална парализа (680).

Оценка на физическата дееспособност

В 28-те РЗИ в страната от медицинските специалисти от здравните кабинети в училищата са постъпили данни за 639 757 ученици на възраст 7-18 г., от които нормативите от оценката на физическата дееспособност покриват 628 588 ученика (98.3%), незначително по-малко момичета в сравнение с момчетата и в двете възрастови групи, в съотношение момичета:момчета 0.9 (Табл. 13).

Таблица 13. Физическа дееспособност

Показател	Общ брой ученици	7 - 14 г.		14 - 18 г.	
		Момчета	Момичета	Момчета	Момичета
Брой ученици, получили оценка над среден (3) при изследване на физическата дееспособност	628 588 (98.3%)	210 250	197 997	116 486	103 855
Брой ученици освободени от часовете по физическо възпитание	9 693 (1.5%)	2 211	1 799	2 156	3 527
Брой ученици включени в групи по лечебна физкултура в училище	1 476 (0.2%)	537	427	305	207

За учебната 2018/2019 година броят на учениците, освободени от часовете по физическо възпитание и спорт е 9 693 (1.5%), като във възрастовата група 7-14 г. преобладаващ е броят на момчетата (в съотношение 1.2), а при 14-18-годишните преобладават момичетата (в съотношение 1.6). Относителният дял на учениците, които не участват в заниманията по физическо възпитание поради здравословни проблеми, намалява незначително за последните години (2017-1.6%; 2016-1.6%; 2015-1.7%; 2013-1.6%; 2012 г. -1.8%).

В групи по лечебна физкултура са включени общо 1476 ученика (0.2%), с незначителен превес на момчетата (842 на 634 момичета). Броят на учениците, с които се провежда лечебна физкултура спрямо общия брой ученици остава постоянен през последните години (0.2%). Въвеждането на изправителна гимнастика в училищата след проведен скрининг е сред доказано ефективните мерки за превенция на гръбначните изкривявания, които са със сравнително висока честота в структурата на заболяванията в ученическа възраст.

1.13. Психично здраве

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 отделяните средства за обществено здраве и в частност за психично здраве. По данни на НСИ, броят на психиатрите нараства от 525 през 2017 г. на 695 през 2018 г.⁵, което на практика е невъзможно и показва нуждата от картиране на психиатричните служби с цел осигуряване на достоверна информация за работещите психиатри.. Същата аномалия – увеличение с няколкостотин души специалисти, се наблюдава и в повечето други медицински специалности.

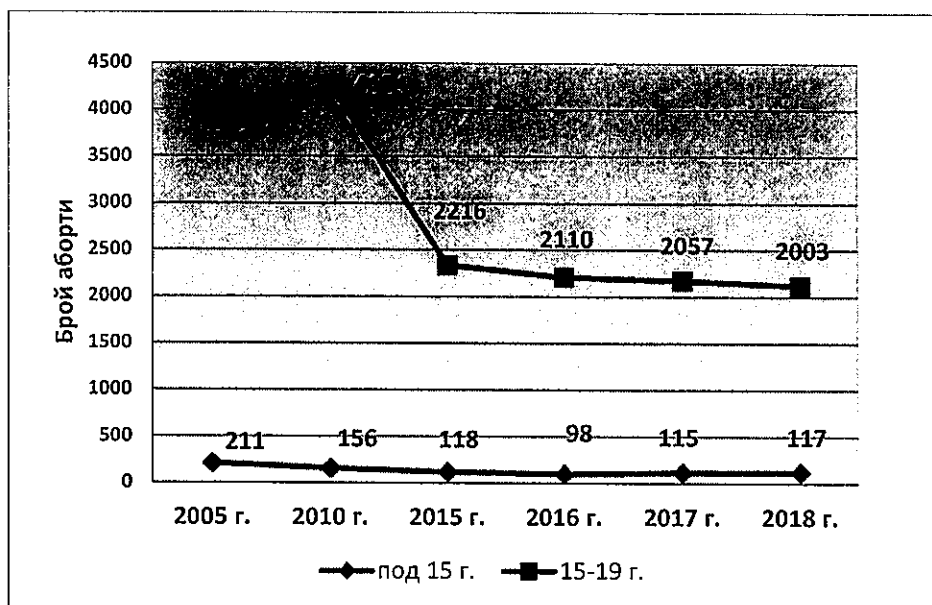
⁵ <https://www.nsi.bg/bg/content/3324/лекари-по-специалности-в-лечебните-и-здравните-заведения-на-3112-по-статистически>

През 2018 г. броят на самоубийствата в България – опити и реализирани самоубийства, е в рамките на 38.95 на 100 000 за опитите, и 6.89 на 100 000 за реализираните самоубийства. В сравнение с 2017 г., през 2018 г. се наблюдава увеличение на броя на опитите за самоубийство и *намаляване на броя на реализираните самоубийства*. Средната възраст е 42.65 години за двата пола (понижение на средната възраст от 0.55 години).

1.14. Сексуално и репродуктивно здраве

Въпреки тенденцията към намаляване и през 2018 г. се запазва сравнително високият процент на ранни аборти сред момичетата до 19 г. Във възрастовата група 15-19 г. броят на абортите за 2018 г. е 2 003 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 2018 г. Във възрастта под 15 години броят е 117 или 0,7% от общия брой на абортите в страната. Тук също се наблюдава тенденция към намаляване, която се прекъсва през 2017 г. (Фиг. 20).

Фигура 20. Брой аборти в юношеска възраст



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

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 инфекцирането на бебето; профилактика с АРТ на родените деца и хранене с адаптирано мляко вместо кърмене.

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. 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. В рамките на кампаниите с

информационни материали и презервативи се достигат и подрастващи до 18-годишна възраст. През 2018 г. са проведени над 440 кампанийни дейности на тези теми, в които са участвали 17 540 лица по теми свързани с безопасен секс и превенция на ХИВ СПИ, превенция употребата на наркотици; раздадени са 25 041 презервативи и 19 364 здравно-образователни материали; изследвани са 4 011 лица за ХИВ и сексуално предавани инфекции на терен и в КАБКИС.

2. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

2.1. Структура и организация

Няма съществени промени в структурата и организацията на здравната система през 2018 г. в сравнение с предходната година.

Структурата на здравната мрежа и осигуреността на леглата през 2018 г. е представена на Табл. 14.

Таблица 14. Здравна мрежа и леглови фонд през 2017 и 2018 г.

Видове заведения	2017		2018	
	Брой	Легла	Брой	Легла
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко	322	50 519	322	50 927
Многопрофилни болници	112	25 521	112	25 483
Многопрофилни болница за активно лечение	110	25 406	110	25 368
Специализирани болници	63	6 862	63	6 877
Специализирана болница за активно лечение	31	2 925	31	2 910
Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация	10	888	10	895
Специализирана болница за рехабилитация	21	2 904	21	2 927
Психиатрични болници	12	2 225	12	2 135
Частни заведения за болнична помощ	114	12 254	114	12 677
Лечебни заведения за извънболнична помощ (Броят на амбулаториите е по отчетите на лечебните заведения)				
Амбулатории за първична медицинска помощ – индивидуални практики	3 297	-	3 294	-
Амбулатории за първична дентална помощ – индивидуални практики	4 969	-	5 005	-
Амбулатории за първична медицинска помощ – групови практики	212	-	209	-
Амбулатории за първична дентална помощ – групови практики	360	-	391	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики	2 879	-	2 758	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – индивидуални практики	81	-	83	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – групови практики	134	-	128	-
Медицински центрове	716	905	734	884
Дентални центрове	55	18	52	4
Медико-дентални центрове	50	43	51	58
Диагностично-консултативни центрове	112	297	114	307

Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	1 110	-	1 115	-
Други лечебни и здравни заведения				
Комплексни онкологични центрове	7	1 153	7	1 174
Центрове за кожно-венерически заболявания	5	50	5	50
Центрове за психично здраве	12	1 022	12	1 022
Центрове за спешна медицинска помощ	27	-	27	-
Самостоятелни центрове за трансфузионна хематология (РЦТХ)	4	-	4	-
Домове за медико-социални грижи за деца	16	1 034	13	909
Хосписи	47	1 143	47	1 175
Центрове без легла	7	-	7	-
РЗИ	28	-	28	-
Санаториални заведения	-	-	-	-

Без промени остава общият брой на лечебните заведения за болнична помощ – 322. В извънболничната медицинска помощ се наблюдава намаляване на броя на амбулаториите за първична медицинска помощ – индивидуални практики – от 3 297 през 2017 г. на 3 294 през 2018 г. и на груповите практики съответно от 212 през 2017 г. на 209 през 2018 г. През 2018 г. се увеличава броят на амбулаториите за първична дентална помощ – индивидуални практики с 36, а груповите - с 31. Амбулаториите за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики намаляват през 2018 г. със 121, а броят на груповите практики – с 6. Медицинските центрове са увеличени с 18 и достигат 734 през 2018 г., а диагностично-консултативните центрове с 2. Денталните центрове намаляват с 3 и стават 52 през 2018 г., а Медико-денталните се увеличават с 1 и са 51 през 2018 г. Самостоятелните медико-технически лаборатории се увеличават и от 1 110 през 2017 г. за 2018 г. стават 1 115. В другите лечебни заведения няма промяна с изключение на ДМСГД, чийто брой от 16 е редуциран до 13 във връзка с процеса на деинституционализация. В изпълнение на ангажиментите на МЗ по Плана за действие към Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България” през 2018 г. бяха закрити ДМСГД – Враца (с Постановление № 141 от 13.07.2018 г. на Министерски съвет) и ДМСГД – Силистра (с ПМС 269 от 29.11.2018 г.).

С Постановление на Министерски съвет № 269 от 29.11.2018 г. е разкрит първият в страната Център за комплексно обслужване за деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ). В центъра се предоставят здравни грижи за подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика; диагностика, лечение, медицинска и психо-социална рехабилитация; 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.

2.2. Нормативна база

През 2018 г. са извършени промени в законовата и подзаконова нормативна уредба, чиято основна цел е подобряване на достъпа на населението до качествени и навременни здравни услуги при максимално ефективно използване на ресурсите в системата.

През 2018 г. са обнародвани промени в нормативната уредба, както следва:

- o Приети са 15 постановления на МС;
- o Приети са 139 наредби;

о Приети са 2 други:

- Двугодишно споразумение за сътрудничество между Министерството на здравеопазването на Република България и Регионалния офис на Световната здравна организация за Европа 2018-2019 (обн., ДВ, бр. 20 от 2018 г.);

- Решение № 361 на Министерския съвет от 2018 г. за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България (обн., ДВ, бр. 45 от 2018 г.).

Промени в действащото законодателство през 2018 г.:

1. В областта на медицинските дейности:

Приета е нова Национална здравна карта, която определя актуалните потребности от медицинска помощ. Създадени са нормативни критерии, от които НЗОК следва да изхожда при сключване на договори с лечебни заведения за болнична помощ в зависимост от посоченото в Националната здравна карта (Наредба за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ). Издадена е нова наредба за основния пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, която по същество запазва досегашната философия за заплащане на медицински дейности. Обнародвани са нови медицински стандарти по „Урология“, „Медицинска онкология“, „Гастроентерология“, „Образна диагностика“ и „Неврохирургия“. Актуализиран е медицинският стандарт „Трансфузионна хематология“. Медицинските стандарти като цяло не водят до принципи промени по отношение на изискванията за осъществяване на медицински помощ.

С промени в Закона за здравето е дадена възможност на членовете на ТЕЛК да работят и на други места с цел по – оптимално сформирание на комисиите. Приети са и други промени в областта на медицинската експертиза, най-вече по отношение на отправните точки за определяне на степента на неработоспособност. За привеждане на законовите изменения в областта на медицинската експертиза са приети изменения в Наредбата за медицинската експертиза и Правилника за организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи.

С постановления № 109 и № 278 на Министерския съвет от 2018 г. са одобрени допълнителни разходи по бюджета на МЗ за 2018 г. (относно Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ и за капиталови разходи за закупуване на дълготрайни материални активи от държавни лечебни заведения за болнична помощ – търговски дружества).

С оглед подпомагане на МБАЛ – Христо Ботев АД – гр. Враца и МБАЛ – проф. д-р Параскев Стоянов АД – гр. Ловеч, с Постановление № 88 на Министерския съвет от 2018 г. са одобрени допълнителни плащания по бюджета на МЗ за предоставяне на безлихвена възмездна финансова помощ на тези лечебни заведения.

Отложено е въвеждането на адаптирания вариант на Австралийската класификация на медицинските процедури от 01.01.2020 г.

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.

Намалена е административната тежест в процедурите по издаване на разрешения за асистирана репродукция, акредитация на лечебните заведения, унищожаване на кръв и кръвни съставки и използване на тъкани и клетки за научни цели. За целта са намалени изискуемите документи и/или е въведена възможност за предоставяне на документи по електронен път.

С Постановление № 208 на Министерския съвет от 2018 г. е приета Наредба за задължителното застраховане на лицата, упражняващи медицинска професия, на основание на която лечебните заведения задължително застраховат лицата, които упражняват медицинска професия в лечебното заведение, за вредите, които могат да настъпят вследствие на виновно неизпълнение на професионалните им задължения. С наредбата се определят срокът на задължителната застраховка, застрахователното покритие, размерът на минималната застрахователна сума и начинът на нейното определяне. Наредбата регламентира дефинирани прагове на застрахователните суми на задължителната застраховка, които са по-ниски от праговете, регламентирани по силата на общата регламентация на Кодекса за застраховането. По този начин е създадена възможност за намаляване на разходите на лечебните заведения за задължителното застраховане на лицата, упражняващи медицинската професия в тях.

В резултат на националната политика по деинституционализация и предприетите мерки за отглеждане на децата в семейна среда, както и активното им извеждане от институциите с постановления № 141 и № 269 от 2018 г. и № 18 от 2019 г. на Министерския съвет са закрити домовете за медико-социални грижи за деца във Враца, Ямбол и Силистра и е разкрит Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания – Силистра.

С обнародвания в „Държавен вестник“, бр. 102 от 2018г. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2019 г. се изменят Закона за здравето, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закона за лечебните заведения, Закона за здравето, Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки и други закони. Основните промени са в сила от 01 април 2019 г. и са свързани със следното:

- Изпълнителната агенция „Медицински одит“ и Изпълнителната агенция по трансплантация се преобразуват чрез сливане в Изпълнителна агенция „Медицински надзор“, считано от 1 април 2019 г. Основните ѝ функции са свързани с регулиране и контрол на медицинските дейности. Агенцията ще провежда административни производства по регистрация на лечебните заведения за извънболнична помощ, както и по отношение на всички дейности, извършвани от лечебните заведения, независимо от техния вид, както и контролът върху тях;

- създаденият с Постановление № 280 на Министерския съвет от 2004 г. за създаване на Център „Фонд за лечение на деца“ Център „Фонд за лечение на деца“ се закрива в срок до 31 март 2019 г. и дейността му преминава към НЗОК;

- отпада съществуващата процедура за акредитация на лечебните заведения;
- регламентира се създаването и поддържането на Национална здравно-информационна система;

- регламентира се създаването и поддържането от Националната експертна лекарска комисия на информационна база данни за всички лица, преминали през ТЕЛК/НЕЛК за установяване на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане;

- въведени се финансови правила за реализиране дейността на държавните и общински лечебните заведения за болнична помощ и комплексни онкологични центрове.

2. В областта на лекарствената политика, медицинските изделия и наркотичните вещества:

С промени в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина се създават правни предпоставки за въвеждане на електронна информационна система за наблюдение на лекарствени продукти с цел осигуряване на достатъчни количества лекарствени продукти за пациентите и наблюдение на паралелния износ на лекарствени продукти. Въвежда се правна възможност за използване на лекарствени продукти за състрадателна употреба в Република България. Осигурява се прилагането на Регламент

(ЕС) № 536/2014 на Европейския парламент и на съвета от 16 април 2014 година относно клиничните изпитвания на лекарствени продукти за хуманна употреба.

Създадена е правна рамка за заплащане от НЗОК на медицински изделия за хората с увреждания, считано от 01.01.2020 г.

Издадена е Наредба № 4 от 2018 г. за условията и реда за унищожаването, преработването или използването за други цели на лекарствени продукти. Намалена е административната тежест в процедурите по извършване на клинични изпитвания с лекарствени продукти, разрешаването за употреба на лекарствени продукти и разрешаването на дейностите по чл. 73, ал. 1 от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите чрез намаляване на изискуемите документи. Актуализиран е списъкът на наркотичните вещества към Наредбата за реда за класифициране на растенията и веществата като наркотични.

Направени са промени в 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, с които се цели да се преодолее липсата на ефективна регулация и на законови механизми за административен контрол на предлаганите от вносителите цени на медицинските изделия. Това ще доведе до установяване на по-добър баланс между определените за заплащане от НЗОК стойности за медицински изделия и достъпа на здравноосигурените лица до необходимите им, съобразно здравословното им състояние медицински изделия.

С приетите изменения и допълнения в Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат са прецизирани правилата за определяне на стойностите на медицинските изделия, който НЗОК заплаща и са дадени по-широки възможности за лицата, с които НЗОК ще извършва договаряне.

С промените в Наредба № 2 от 2012 г. за условията и реда за осъществяване на програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди се цели да бъде подобрена дейността на програмите и повишаване на грижата за пациентите. С наредбата е намалена административната и регулаторната тежест, опростен е вътрешния процес и взаимодействието с други организации.

Изготвен проект на ЗИД на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП), с който се предлагат промени в следните основни насоки:

- за изпълнение на Решение № 704 от 5 октомври 2018 на Министерския съвет за приемане на мерки за трансформация на модела на административно обслужване;
- оптимизиране на контрола върху дейностите с лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества и прецизиране на текстове, свързани с лицензионните и разрешителните режими;
- прецизира се състава на Националния съвет по наркотичните вещества и на Експертния съвет по лечение на зависимости;

Допълнена е Наредбата за реда за класифициране на растенията и веществата като наркотични като са поставени под контрол 16 нови вещества в Списък I - Растения и вещества с висока степен на риск за общественото здраве поради вредния ефект от злоупотребата с тях, забранени за приложение в хуманната и ветеринарната медицина. Очакваният резултат е да се ограничи рискът от злоупотреба с веществата, предотвратяване на трафика и разпространението им.

3. В областта на общественото здраве:

Приети са нормативни актове в областта на радиационната защита и медицинското облъчване. В съответствие с европейското право са актуализирани изискванията към качеството на водата, предназначена за питейно – битови цели.

Издадена е Наредба № 1 от 2018 г. за условията и реда за извършване на дезинфекции, дезинсекции и дератизации. Определени са физиологични норми на хранене на населението. Актуализирани са формата и съдържанието на документите, необходими за издаване на разрешение за предоставяне на пазара на биоциди. Определени са нови такси за административни услуги по Закона за защита от вредното въздействие на химичните вещества и смеси.

Приета е Наредба № 12 от 2018г. за здравните изисквания към обществените перални чрез която се определят здравните изисквания към изграждането, устройството, обзавеждането, експлоатацията и перилния процес в обществените перални.

2.3. Финансиране

2.3.1 Финансиране на здравни дейности от държавния бюджет

Разходите на държавния бюджет по функция „Здравеопазване” през 2018 г. в общ размер на 809,3 млн. лв. (Табл. 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 младежта и спорта и разходи по централния бюджет.

Чрез бюджета на Министерството на здравеопазването се осъществяват 64,95% от всички разходи за функция „Здравеопазване” по държавния бюджет.

Таблица 15. Разходи за функция „Здравеопазване” за 2017 г. и 2018 г. по държавния бюджет

№	Ведомство	2017 г. (млн. лв.)	2018 г. (млн. лв.)	Разлика 2018-2017 (млн.лв.)
1	Министерство на здравеопазването	468,6	525,6	57,0
2	Министерски съвет	21,5	42,9	21,4
3	Министерство на отбраната	166,6	187,6	21,0
4	Министерство на вътрешните работи	29,7	36,4	6,7
5	Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията	9,8	11,6	1,8
6	Министерство на младежта и спорта	0,2	0,2	-
7	Централен бюджет	5,0	5,0	-
Общо:		701,4	809,3	107,9

Източник: МФ

В рамките на определения бюджет Министерство на здравеопазването пряко финансира 98 самостоятелни административни структури, здравни и лечебни заведения, юридически лица на бюджетна издръжка:

- 27 Центрове по спешна медицинска помощ (ЦСМП);
- 28 Регионални здравни инспекции (РЗИ);
- Националният център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ);
- Национален център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА);

- Национален център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ);
- Национален център по наркомании (НЦН);
- 13 Домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД);
- 12 държавни психиатрични болници (ДПБ);
- 5 центъра по трансфузионна хематология (ЦТХ);
- 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 лекарствените продукти (НСЦРЛП);
- Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна помощ (НЦОКССМП);
- Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания.

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

Таблица 16. Разходи по политики и програми 2017 - 2018 г. (по бюджета на Министерство на здравеопазването)

ПОЛИТИКИ И ПРОГРАМИ	Отчет 2017 г. /хил. лв./	Отчет 2018 г. /хил. лв./
Политика в областта на ПРОМОЦИЯ ПРЕВЕНЦИЯТА И КОНТРОЛА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ	98 499,0	82 902,8
Бюджетна програма „Държавен здравен контрол“	15 194,8	16 430,5
Бюджетна програма „Промоция и превенция на незаразните болести“	8 469,7	8 629,5
Бюджетна програма „Профилактика и надзор на заразните болести“	73 561,1	56 383,7
Бюджетна програма „Намаляване търсенето на наркотични вещества“	1 273,3	1 459,1
Политика в областта на ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО	339 994,4	405 361,9
Бюджетна програма „Контрол на медицинските дейности, здравна информация и електронно здравеопазване“	7 327,4	8 131,2
Бюджетна програма „Осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението“	46 112,1	78 089,6
Бюджетна програма „Спешна медицинска помощ“	162 916,4	177 745,9
Бюджетна програма „Психиатрична помощ“	53 379,7	62 159,7
Бюджетна програма „Осигуряване на кръв и кръвни продукти“	21 999,3	22 907,4

Бюджетна програма „Медико-социални грижи за деца в неравностойно положение, майчино и детско здравеопазване“	48 259,4	56 328,1
Политика в областта на ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ	26 059,4	29 348,8
Бюджетна програма „Достъпни и качествени лекарствени продукти и медицински изделия“	26 059,4	29 348,8
Бюджетна програма „Администрация“	12 893,7	18 661,7
ОБЩО РАЗХОДИ:	477 446,5	536 275,2

От данните в таблицата се вижда, че има увеличаване на средствата по политика „Диагностика и лечение“, политика „Лекарствени продукти и медицински изделия“ и програма „Администрация“, докато средствата по политика „Промоция, превенция и контрол на общественото здраве“ през 2018 г. намаляват с 15 596,2 хил. лв. спрямо 2017 г.

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 2017 г. и 2018 г. по направления (в хил. лева)

ПОКАЗАТЕЛИ	Отчет към 31.12.2017 г.	Отчет към 31.12.2018 г.	Изменение в хил. лева 2018-2017	изменение в % 2018-2017
РАЗХОДИ	477 446,5	536 275,2	58 828,7	12,3%
Общо разходи	477 446,5	536 275,2	58 828,7	12,3%
Текущи разходи	464 634,7	494 179,6	29 544,9	6,4%
Персонал	206 544,5	227 763,0	21 218,5	10,3%

Издръжка и други текущи разходи	134 686,9	122 947,3	-11 739,6	-8,7%
в т.ч.				
за изпълнение на Национални програми	5 507,3	7 308,9	1 801,6	32,7%
за централна доставка на лекарствени продукти и медицински изделия	75 137,5	57 333,1	-17 804,4	-23,7%
Текущи трансфери, обезщетения и помощи за домакинства	23 279,2	26 341,7	3 062,5	13,2%
в т.ч.				
за лечение на български граждани в чужбина	321,6	376,8	55,2	17,2%
за дейности по асистирана репродукция	13 918,9	17 617,9	3 699,0	26,6%
за лечение на български граждани до 18 годишна възраст	9 004,3	8 311,4	-692,9	-7,7%
Субсидии за нефинансови предприятия	98 021,0	115 123,0	17 102,0	17,4%
в т.ч. Субсидии за болнична помощ	97 567,9	111 342,2	13 774,3	14,1%
Субсидии за организации с нестопанска цел	1 235,8	1 149,7	-86,1	-7,0%
Членски внос	867,2	854,9	-12,3	-1,4%
Капиталови разходи	12 811,8	42 095,6	29 283,8	228,6%
в т.ч. Капиталови трансфери	11 610,3	38 640,0	27 029,7	232,8%

Със Закона за държавния бюджет на Република България за 2018 г. утвърдените разходи по бюджета на Министерство на здравеопазването за 2018 г. са в размер на 495 244,2 хил. лв. По уточнен план, утвърдените разходи на МЗ за 2018 г. са в размер на 538 267,7 хил. лв. През 2018 г. са **разходвани 536 275,2 хил. лева** или 99,63 % от заложените в годишен план. В сравнение с 2017 г. се отчита увеличение от 58 828,7 хил. лв. или 12,3%.

Основните направления, по които са усвоени средствата през 2018 г. са следните:

- **разходи за персонал** в размер на 227 763,0 хил. лв. В сравнение с 2017 г. се отчита увеличение от 21 218,5 хил. лв. или 10,3%, което се дължи основно на увеличение на възнагражденията в Държавните психиатрични болници, Центровете за спешна медицинска помощ, Домовете за медико-социални грижи за деца, в Националния център по трансфузионна хематология и в регионалните центрове по трансфузионна хематология.

- **разходи за ведомствена издръжка** на системата в размер на 61 384,0 хил.лв. Голяма част от разходите са отчетени от Центровете за спешна медицинска помощ в размер на 16 605,2 хил. лв., Държавните психиатрични болници в размер на 8 817,1 хил. лв. и Регионалните здравни инспекции 8 369,6 хил.лв.

- **средства за капиталови разходи** 3 455,6 лв. за инвестиционни проекти на второстепенните разпоредители с бюджет.

- **администрирани разходи** по бюджета на Министерство на здравеопазването в размер на 243 672,7 хил. лв., като спрямо 2017 г. е отчетен ръст от 28 016,7 хил. лв. или 13% и включват разходи за:

Централни доставки на лекарствени продукти и медицински изделия

През 2018 г. са отчетени 57 333,1 хил. лв. В сравнение с 2017 г. се отчита намаление от 17 804,4 хил. лв. или 23,7%, в т.ч.:

- ваксини и тестове в размер на 25 337,2 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 намаление от 22 213,8 хил. лв. или 46,7%;

- лекарствени продукти /Наредба № 34/2005 г./ в размер на 20 134,7 хил. лв, спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст от 2 746,4 хил. лв. или 15,79 %;

- радиоактивни лекарствени продукти, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори /Наредба № 34/2005 г./ в размер на 1 910,1 хил. лв. В сравнение с 2017 г. са извършени разходи с 38,5 хил. лв. повече или с 2,1%;

- медицински изделия по чл.7 и чл.9 от Наредба № 26/2007 г. в размер на 1 963,4 хил. лв. В сравнение с 2017 г. са извършени разходи с 1 730,8 хил. лв. повече;

- медицински изделия, за вземане, диагностициране, преработване и съхраняване на кръв и кръвни съставки в размер на 7 987,7 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита намаление от 82,3 хил. лв. или 1%.

Национални програми

През 2018 г. са отчетени разходи в размер на 7 308,9 хил. лв. В сравнение с 2017 г. се отчита ръст от 1 801,6 хил. лв. или увеличение с 32,7%, което се дължи основно на изпълнение на дейности свързани с Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве и Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България. 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 1 774,8 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст от 678,3 хил. лв. или 61,9%.

По програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, отчетените разходи до 31.12.2018 г. по програма „Подобряване на устойчивостта на НП по туберкулоза” - 4 042 695 лв.

- Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 годишна възраст в размер на 1 400,0 хил. лв.;

- Национална програма майчино и детското здраве в размер на 3 088,0 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст от 1 073,9 хил. лв. или 53,3%;

- Национална програма за интегриране на ромите в размер на 231,2 хил. лв.

- Национална програма за профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции в размер на 254,0 хил. лв.

- Национална програма за готовност за грипна пандемия в размер на 94,7 хил. лв.

- Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България в размер на 72,3 хил. лв.

- Национална програма за намаляване на въздействието на радона – 30,7 хил. лв.

- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести - 172,5 хил. лв.

- Национална програма-Национална стратегия за борба с наркотиците в размер на 151,5 хил. лв.

- Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в размер на 9,0 хил. лв.

- Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в размер на 25,6 хил. лв.

Отчетените разходи за лечение на български граждани в чужбина, разходи за лечение на деца до 18-годишна възраст от Център „Фонд за лечение на деца“, организационно и финансово подпомагане на български граждани и лица по чл. 83, ал. 1 и ал. 3 от Закона за здравето за извършване на дейности по асистирана репродукция в лечебни заведения в Република България от Центъра за асистирана репродукция, са в размер на 26 341,7 хил. лв. Спрямо 2017 г. се наблюдава увеличение на разходите с 3 096,9 хил. лв. или 13,3%. Усвоените средства през 2018 г. са, както следва:

- за лечение на български граждани в чужбина в размер на 376,8 хил. лв., при отчетени за 2017 г. – 321,6 хил. лв.;

- за дейности по асистирана репродукция в размер на 17 617,9 хил. лв., при отчетени за 2017 г. - 13 918, 9 хил. лв.;

- за лечение на деца до 18 годишна възраст в размер на 8 311,4 хил. лв., при отчетени за 2017 г. - 9 004, 3 хил. лв.

Отчетените субсидии за държавните и общински лечебни заведения за болнична помощ за дейности, които съгласно действащи закони са определени като държавна отговорност, както и други дейности, извършвани в болниците, които не са обхванати като финансиране от НЗОК, като общия размер на разходите е 111 342,2 хил. лв. Спрямо извършените 2017 г. плащания се отчита ръст от 13 774,3 хил. лв. или 14,1%.

Размерът на средствата, отчетени за лечебните заведения за болнична помощ по утвърдената за 2018 г. Методика за субсидиране на лечебните заведения е 96 330,1 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст от 8 294,6 хил. лв. или 9,4%, което се дължи основно на осигуряване на завишаване на цените на леглоден при лечение на пациенти с активна туберкулоза, 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 субсидиране на лечебните заведения за 2018 г., чрез бюджета на Министерството на здравеопазването, са:

- осигуряване на лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии и лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене за пациенти със „синдром на късото черво“;

- осигуряване на лечение на пациенти с активна туберкулоза, амбулаторно проследяване (диспансеризация), продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и с неспецифични белодробни заболявания;

- осигуряване на амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и стационарно лечение на пациенти със СПИН;

- осигуряване на диагностика и стационарно лечение на пациенти с инфекциозни заболявания за предотвратяване на епидемиологичен риск;

- осигуряване на поддържането на медицински регистри;

- осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;

- осигуряване на терапевтична афереза;

- осигуряване на бъбречно-заместителна терапия;

- осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчносъдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на НЗОК;

- осигуряване на стационарно лечение на пациенти с психични заболявания, субституиращи и поддържащи програми с метадон и дневни психорехабилитационни програми;

- осигуряване на медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК;

- осигуряване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешни отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение и на консултативна медицинска помощ на спешни пациенти по искане на дежурните екипи в центровете за спешна медицинска помощ;

- субсидиране на общински лечебни заведения за болнична помощ в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната;

- финансиране на лечебните заведения, в които ветерани от войните, военноинвалиди и военнопострадали осъществяват правото си на отпих и лечение.

Средствата, изплатени по реда на Наредба 29 от 27.06.2007 г. за условията, реда и размера на финансиране на дейности на националната система за трансплантация от Министерството на здравеопазването са в размер на 15 012,1 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст от 5 479,7 хил. лв. или 57,5%.

Отчетените субсидии за организации с нестопанска цел в размер на 1 149,7 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 38 640,0 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст от 27 029,7 хил. лв. или 232,8%.

Със средства в размер на 854,9 хил. лв. са изплатени финансовите ангажименти за членски внос към Здравна мрежа на югоизточна Европа и др.

През 2018 г. са отчетени средства от ЕС и Други програми и инициативи, по които България е страна-партньор са в размер на 15 404,4 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита ръст от 5 214,9 хил. лв. или 51,2%.

2.3.2. Финансиране чрез бюджета на Националната здравноосигурителна каса

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2018 г. (ДВ бр. 101 от 2017 г.) бюджетът 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 3 859 978 хил. лв.

През годината с решение на Надзорния съвет (НС) на НЗОК средствата са увеличени общо със 78 296,6 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение със 70 151,4 хил. лв. на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г.

и

- увеличение с 8 145,2 хил. лв. на основание § 2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г.

В резултат на промените годишният план за приходи и трансфери - всичко и съответно за разходи и трансфери - всичко е в размер на 3 938 274,6 хил. лв.

Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери - всичко към 31.12.2018 г. възлиза на 3 948 069,7 хил. лв., което представлява 100,2% спрямо заложените в годишен план за 2018 г. средства. В сравнение със същия период на 2017 г. се отчита увеличение с 366 574,4 хил. лв. или с 10,2%, което основно се дължи на увеличаване на здравноосигурителните приходи през 2018 г.

Основните източници на средствата по приходите и трансферите през 2018 г. са в следните:

- здравноосигурителни приходи – 3 895 454 хил. лв., което представлява 98,7% от получените приходи и трансфери - всичко;

- неданъчни приходи – 20 615,7 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 2018 г. – 32 000,0 хил. лв., представляващи 0,8% от получените приходи и трансфери - всичко.

През 2018 г. са разходвани 3 937 126,9 хил. лева или 100,0% от заложените в годишен план средства за разходи и трансфери - всичко. В сравнение с 2017 г. се отчита увеличение с 365 793,6 хил. лв. или с 10,2%, което се дължи основно на увеличението в отчетените здравноосигурителни плащания.

Основните направления, по които са усвоени средствата през 2018 г. са следните:

- разходи за персонал – 37 330,4 хил. лв., което представлява 0,9% от извършените разходи и трансфери – всичко;

- издръжка на административните дейности – 10 589,7 хил. лв., което представлява 0,3% от извършените разходи и трансфери – всичко;

- здравноосигурителни плащания – 3 850 815,6 хил. лв. (в т.ч. 92 974,5 хил. лв. предоставени трансфери към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК), представляващи 97,8% от извършените разходи и трансфери – всичко. Увеличението на здравноосигурителните плащания спрямо 2017 г. е 353 434 хил. лв. или 10,1%;

- плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2018 г. – 32 145,2 хил. лв. (в т. ч. 18 302,7 хил. лв. за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО за доплащане на потребителски такси на пенсионери), представляващи 0,8% от извършените разходи и трансфери – всичко.

- придобиване на нефинансови активи – 1 640,2 хил. лв. или 0,04% от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2018 г.

- предоставени трансфери на НАП по чл. 24, т. 6 от ЗЗО – 4 583,0 хил. лв. или 0,1% от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2018 г.

В резултат на отчетените към 31.12.2018 г. разходи и трансфери – всичко в общ размер на 3 937 126,9 хил. лв., спрямо отчетените приходи и трансфери – всичко в общ размер на 3 948 069,7 хил. лв., се формира положително бюджетно салдо (излишък) в размер на 10 942,8 хил. лева.

2.3.2.1. Здравноосигурителни плащания

Приходи и трансфери - всичко на НЗОК към 31.12.2018 г.

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2018 г. (ДВ бр. 101 от 2017 г.) за приходи и трансфери - всичко са заложен средства в размер на 3 859 978 хил. лв.

През годината с решение на Надзорния съвет (НС) на НЗОК и по реда на §1 и §2 от Преходни и заключителни разпоредби (ПЗР) на ЗБНЗОК за 2018 г. средствата са увеличени общо със 78 296,6 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение със 70 151,4 хил. лв. на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г.

и

- увеличение с 8 145,2 хил. лв. на основание § 2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г.

В резултат на промените годишният план е в размер на 3 938 274,6 хил. лв.

Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери - всичко към 31.12.2018 г. възлиза на 3 948 069,7 хил. лв., което представлява 100,2% спрямо заложените в годишен план за 2018 г. средства.

В сравнение със същия период на 2017 г. се отчита увеличение с 366 574,4 хил. лв. или с 10,2%, което основно се дължи на увеличения размер на здравноосигурителните приходи през 2018 г.

• Здравноосигурителни приходи

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. здравноосигурителни приходи са в размер на 3 818 478 хил. лв. През годината с решение на НС на НЗОК средствата са увеличени с

67 643,5 хил. лв. от преизпълнението на приходите от здравноосигурителни вноски, на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г. В резултат годишният план е в размер на 3 886 121,5 хил. лв.

Постъпилите към 31.12.2018 г. здравноосигурителни приходи са в размер на 3 895 454 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,2 % спрямо заложените в годишен план за 2018 г. средства. В сравнение със същия период на 2017 г. се отчита ръст с 357 216,9 хил. лв. или с 10,1%.

- Здравноосигурителни вноски

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. здравноосигурителни вноски са в размер на 2 556 292 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата бяха увеличени с 67 643,5 хил. лв., на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г. В резултат на увеличението годишният план е в размер на 2 623 935,5 хил. лв.

Постъпилите към 31.12.2018 г. здравноосигурителни вноски са в размер на 2 633 268 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,4% спрямо заложените в годишен план за 2018 г. средства. В сравнение със същия период на 2017 г. се отчита ръст с 229 116,9 хил. лв. или с 9,5%.

- Трансфери за здравно осигуряване

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. трансфери са в размер на 1 262 186 хил. лв. Към 31.12.2018 г. са получени 1 262 186 хил. лв., което представлява 100 % от заложените в ЗБНЗОК за 2018 г. средства или със 128 100 хил. лв. повече в сравнение с получените през 2017 г. (11,3%)

- Неданъчни приходи

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства са в размер на 17 500 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата бяха увеличени с 2 507,9 хил. лв., на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г. В резултат на увеличението годишният план е в размер на 20 007,9 хил. лв.

Към 31.12.2018 година са получени 20 615,7 хил. лв., което представлява 103% от заложените в годишния план за 2018 г. средства. В сравнение със същия период на 2017 г. се отчита увеличение с 1 421,6 хил. лв. или със 7,4%.

• Получени трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им за здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (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 Закона за здравното осигуряване (ЗЗО)

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства са в размер на 24 000 хил. лв.

По реда на §2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г. средствата са увеличени с 8 145,2 хил. лв., във връзка с финансиране на разходи над размера на средствата по чл. 1, ал. 1, ред 3 на ЗБНЗОК за 2018 г., без да се нарушава балансът по бюджета на НЗОК. Годишният план е в размер на 32 145,2 хил. лв.

Към 31.12.2018 г. получените трансфери за извършване на плащания са в размер на 32 000 хил. лв. Разликата между преведен трансфер и утвърдения годишен план на база на извършените разходи за плащания от трансфери от МЗ е за сметка на неусвоените целеви средства, предоставени по реда на §2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2017 г. е в размер от 348,5 хил. лв. В указание ДДС №06/05.12.2017 г. на МФ не са определени срокове и ред за възстановяване на неусвоените през 2017 г. целеви субсидии и средства от първостепенните разпоредители. В тази връзка при предоставяне от МЗ на целеви

средства по реда на §2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г. същите са намалени с размера на неусвоените целеви средства към 31.12.2017г.

• **Разходи и трансфери - всичко на НЗОК към 31.12.2018 г.**

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2018 г. за разходи и трансфери - всичко са заложили средства в размер на 3 859 978 хил. лв.

През годината, на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г., НС на НЗОК разпредели 70 151,4 хил. лв., от изпълнението на приходите за здравноосигурителни плащания.

При прилагане на §2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г., Управителят на НЗОК утвърди компенсирани промени, във връзка с финансиране на разходи над размера на средствата по чл. 1, ал. 1, ред 3 на ЗБНЗОК за 2018 г., без да се нарушава балансът по бюджета на НЗОК в увеличение на средствата за плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по чл.1, ал.1, ред 3 със съответното увеличение на получени трансфери от МЗ, в общ размер на 8 145,2 хил. лв.

В резултат на тези промени, годишният план на разходи и трансфери - всичко е в размер на 3 938 274,6 хил. лева. Към 31.12.2018 г. са разходвани 3 937 126,9 хил. лева или 100,0% от заложените в годишен план средства. В сравнение с 2017 г. се отчита увеличение с 365 793,6 хил. лв. или с 10,2%, което се дължи основно на увеличението в отчетените здравноосигурителни плащания.

- **Разходи за персонал**

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. разходи за персонал са в размер на 37 640 хил. лв. През годината, с решение на НС на НЗОК, средствата бяха намалени с 384,3 хил. лв. за сметка на увеличение на здравноосигурителните плащания, на основание на чл. 115 от Закона за публичните финанси (ЗПФ). По реда на ЗПФ и Указания на МФ ДДС № 01/22.01.18 г., във връзка с изпълнение на проект "Осигуряване на електронен обмен на социалноосигурителна информация между България и ЕС" отчетените като трансфери между бюджети и сметки за средствата от ЕС средства в размер на 350 лв. са прехвърлени в увеличение на §62-00 Трансфери между бюджети и сметки за средствата от ЕС, 62-02 предоставени трансфери. В резултат на намалението годишният план на разходите за персонал е в размер на 37 255,4 хил. лв.

Към 31.12.2018 г. са изплатени 37 330,4 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,2% от заложените в годишен план средства и 0,9% от отчетените разходи и трансфери - всичко. Превишението на годишния план е във връзка с отчетените суми за сметка на СБКО на персонала, с характер на възнаграждение, в размер на 296 774 лв., които са планирани в издръжка на административните дейности, съгласно ПМС № 332 от 22.12.2017 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2018 г., където с тези средства се формира остатък от издръжката. От средствата за персонал са изплатени разходите за заплати, други възнаграждения и плащания за персонала и свързаните с тях задължителни осигурителни вноски от работодатели. В сравнение с 2017 г. се отчита увеличение с 3 368,4 хил. лв. или с 9,9%, като дялът спрямо отчетените разходи и трансфери – всичко се запазва (0,95%).

- **Издръжка на административните дейности**

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства за издръжка на административните дейности са в размер на 12 140 хил. лв. През годината, в съответствие с решение на НС на НЗОК, средствата бяха намалени с 816,7 хил. лв. за сметка на увеличение на здравноосигурителните плащания, на основание на чл. 115 от ЗПФ.

В резултат на намалението годишният план на разходите за издръжка на административните дейности е в размер на 11 323,3 хил. лв.

Към 31.12.2018 г. са изплатени 10 589,7 хил. лв., което представлява изпълнение от 93,5% от заложените в годишен план средства. С тези средства са изплатени разходи за материали, вода, горива и енергия, външни услуги, текущи ремонти, командировки, застраховки, договорни санкции и неустойки, съдебни обезщетения и разноски, данъци, такси, лихви и други. В сравнение с 2017 г. се отчита увеличение с 826,5 хил. лв. или с 8,5%, като разходите за издръжка на административните дейности заемат същия дял от 0,3% от отчетените разходи и трансфери – всичко, както и в отчета за 2017 г.

- **Здравноосигурителни плащания** (включително отчетените, като трансфери към ведомствени болници средства, съгласно Указания на МФ ДР №1/11.01.2018 г., относно изпълнението на държавния бюджет и на сметките за средства от ЕС за 2018 г.)

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 3 662 060,7 хил. лв. През годината, съгласно решения на НС на НЗОК, средствата бяха увеличени с 189 067,8 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение със 114 554,3 хил. лв. за сметка на средствата от резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи;

- увеличение с 4 362,1 хил. лв. за сметка на намалението на разходите за персонал, издръжка на административните дейности и разходите за придобиване на нефинансови активи, по реда на чл. 115 от ЗПФ;

- увеличение със 70 151,4 хил. лв. от преизпълнението на приходите, по реда на §1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г.

След извършените промени, годишният план е в размер на 3 851 128,5 хил. лв. (в т.ч. 92 974,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Изплатените към 31.12.2018 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 3 850 815,6 хил. лв. (в т.ч. 92 974,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план средства. В сравнение с 2017 г. се отчита увеличение от 353 434 хил. лв. или с 10,1%.

С извършените през 2018 г. здравноосигурителни плащания са осигурени на правоимащите по ЗЗО лица (ЗОЛ) здравните дейности, услуги и стоки от основния пакет медицинска помощ, гарантиран от бюджета на НЗОК, по чл.45 от ЗЗО, както следва:

- първично медицинско обслужване на 5 947,2 хил. ЗОЛ, регистрирани при изпълнители на ПИМП, или с 0,7% по-малък средногодишен брой ЗОЛ спрямо 2017 г. Запазва се демографската тенденция на застаряване на ЗОЛ – през 2018 г. 24,7% от регистрираните ЗОЛ са във възрастова група над 65 години, спрямо 24,3% през 2017 г., което обуславя и тенденцията за ръст на здравноосигурителните плащания на 1 ЗОЛ.

- в извънболничната помощ са осигурени 9 964 хил. профилактични и диспансерни прегледи от изпълнители на ПИМП или с 1,1% повече спрямо 2017 г., 20 633,7 хил. дейности на изпълнители на СИМП или с 2,9% повече от 2017 г., 6 309,4 хил. дейности на изпълнители на ДП или с 1,5% по-малко от 2017 г. и 21 384,6 хил. медико-диагностични изследвания или с 0,8% повече от 2017 г.

- аптеките са предоставили лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, заплащани напълно или частично на НЗОК, на 1 516,8 хил. ЗОЛ или с 0,9% по-малко от 2017 г., от тях през 2018 г. делът на ЗОЛ, получаващи лекарствени продукти, назначени с протокол, за които се извършва експертиза, нараства на 12,6% спрямо 11,7% през 2017 г. Разширява се достъпът на пациентите до иновативни лекарствени терапии с включването през 2018 г. на 18 нови международни непатентни наименования (INN) в списъка с лекарствени продукти за домашно лечение.

- онкологично болните, получили лекарствени продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на клиничните пътеки и процедури, през 2018 г. са 35,1 хил. ЗОЛ или с 2,5% повече спрямо 2017 г. Най-голям дял от разходите на НЗОК (62,5% през 2018 г. и 65,8% през 2017 г.) формират иновативните високотехнологични лекарства, разработени

с цел осигуряване на прицелна терапия, която директно повлиява засегнатия орган и има по-добра поносимост и относителна безопасност за пациента. Разширява се достъпът на пациентите до иновативни лекарствени терапии с включването от 2018 г. на 11 нови INN.

- в болничната помощ са осигурени общо 2 095,7 хил. клинични пътеки или с 5,8% повече спрямо 2017 г., 231,6 хил. клинични процедури или със 7,4% повече спрямо 2017 г., 1 211 хил. амбулаторни процедури или с 8,6% повече спрямо 2017 г. и 76,5 хил. медицински изделия (импланти) или със 7,9% повече от 2017 г.

- в рамките на бюджетните средства през 2018 г. са заплатени 71 463,1 хил. лв. по постъпили искиове от други държави по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност, или с 24,8% повече от 2017 г. Извършените плащания са покрили 27,6% от задълженията към 01.01.2018 г. по исковете от други държави, спрямо 25% през 2017 г.

По видове здравноосигурителни плащания изпълнението е както следва:

- здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства са в размер на 207 200 хил. лв. С решение на НС на НЗОК остатъкът от средства към 31.12.2018 г. в размер от 294,1 хил. лв. е насочен с вътрешно-компенсирани промени по реда на чл. 115 от ЗПФ към здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ, за компенсиране на отчетения недостиг на средства.

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за ПИМП за 2018 г. възлиза на 206 905,9 хил. лв. (в т.ч. 77,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2018 г. за ПИМП са изплатени 206 891,3 хил. лв. (в т.ч. 77,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 5,4% от всички извършени през 2018 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2017 г. плащания се отчита ръст със 7 988,6 хил. лв. или с 4%.

През 2018 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на ПИМП дейност за периода м.декември 2017 г. – м.ноември 2018 г. оказана на регистрираните при тях 5 947,2 хил. ЗОЛ (средномесечен брой). Спрямо заплатената през 2017 г. дейност ПИМП за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. се отчита:

- общо намаление на броя ЗОЛ с 39,2 хил. лица или с 0,7%, в следствие на намалението с 42,8 хил. лица или с 1,3% на ЗОЛ във възрастова група от 18- до 65-годишна възраст и с 8,2 хил. лица или с 0,7% във възрастова група до 18 години и увеличение с 11,8 хил. лица или с 0,8% във възрастова група 65 и повече години – продължава тенденцията на застаряване на ЗОЛ – делът на ЗОЛ на и над 65-годишна възраст нараства от 24,3% през 2017 г. на 24,7% през 2018 г.;

- общо увеличение с 2 555 хил. лв. или с 2,7% на разхода за капитационно заплащане на изпълнителите на ПИМП, за регистрираните при тях ЗОЛ, във връзка с увеличението с Националния рамков договор (НРД) от 01.04.2018 г. на капитационното заплащане за ЗОЛ – с 5,8% за възрастова група до 18 години, с 5,7% за възрастова група от 18- до 65-годишна възраст и с 3,4% за възрастова група 65 и повече години. Предвид общото намаление на броя ЗОЛ, делът на капитационното плащане от общото плащане на изпълнителите на ПИМП намалява на 47,3% спрямо 47,9% през 2017 г.;

- общо увеличение с 3 043,1 хил. лв. или с 6,4% на разходите за диспансерно наблюдение, в следствие на отчетените 4 572,8 хил. прегледа или общо увеличение със 129,6 хил. бр. или с 2,9% на прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ. Най-голямо е увеличението със 134,7 хил. бр. или с 18,2% на прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания, които формират ръст на разхода с 1 910,1 хил. лв. Ръст от 1 324,1 хил. лв. формират и прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболявания, основно в следствие на увеличението с 8,8% на цената за такъв преглед в

НРД от 01.04.2018 г. и на увеличението с 14,9 хил. бр. или с 1% на отчитаните прегледи. Прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване, отчитат намаление с 20,1 хил. бр. или с 0,9%, което формира намаление на разхода със 191,1 хил. лв.;

- ръст с 1 327,8 хил. лв. или с 5,9% на разхода по програма "Детско здравеопазване", в следствие на увеличението с НРД от 01.04.2018 г. и от 01.07.2017 г. на цените на профилактичните прегледи и задължителните имунизации на ЗОЛ до 18 г., въпреки общото намаление с 68,3 хил. бр. или с 2,4% на дейностите по програмата, във връзка с намалението на броя на лицата до 18-годишна възраст.;

- ръст с 869,9 хил. лв. или с 3,2% на разхода за профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г., в следствие на отчетените 2 363,6 хил. прегледа или общо увеличение със 36 хил. бр. или с 1,5% на профилактичните прегледи. Делът на обхванатите с профилактични прегледи ЗОЛ над 18 г. нараства на 50% спрямо 48,9% през 2017 г. През 2018 г. от ЗОЛ, обхванати с профилактичен прегледи за 10 хил. ЗОЛ са заплатени вторични профилактични прегледи на лица, включени в група с рискови фактори за развитие на заболяване, въведени с НРД от 01.04.2018 г.

- останалите видове плащания (заплащането за неблагоприятни условия на работа, за инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони, за имунизации на лица над 18 г. и за дейности по програма "Майчино здравеопазване") формират общ ръст на разхода от 197,9 хил. лв., което е основно в следствие на увеличението с НРД от 01.04.2018 г. на цените на дейностите.

- здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) (СИМП)

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. разходи са в размер на 222 300 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата са увеличени със 8 236,7 хил. лв. за сметка на средствата от резерв. В резултат годишният план на здравноосигурителни плащания за СИМП за 2018 г. възлиза на 230 536,7 хил. лв. (в т.ч. 776,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2018 г. за СИМП са изплатени 230 520,2 хил. лв. (в т.ч. 776,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 6% от всички извършени през 2018 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2017 г. плащания за СИМП се отчита ръст с 11 866 хил. лв. или с 5,4%.

През 2018 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на СИМП дейност за периода м.декември 2017 г. – м.ноември 2018 г. Общо през периода са заплатени 20 633,7 хил. специализирани дейности, което е с 572,6 хил. дейности или с 2,9% повече от заплатените през 2017 г. дейности на изпълнителите на СИМП за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. По видове специализирани дейности, заплатени през 2018 г. спрямо заплатените през 2017 г., се отчита:

- увеличение в заплатените обеми: 7 515,3 хил. физиотерапевтични дейности (прегледи и процедури) – с 493 хил. дейности или със 7% повече от 2017 г.; 6 984,2 хил. първични посещения – с 29,8 хил. прегледа или с 0,4% повече; 3 175,3 хил. вторични посещения – със 17,2 хил. прегледа или с 0,5% повече; 756,3 хил. високо-специализирани дейности (ВСД) – с 25,9 хил. дейности или с 3,5% повече (предимно в следствие ръста на обема на ВДС ехокардиография); 713,9 хил. специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ - с 25 хил. прегледа или с 3,6% повече; 47,9 хил. профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ - с 3,2 хил. прегледа или със 7,1% повече;

- намаление в заплатените обеми: 1 102,3 хил. прегледа по повод медицинска експертиза – със 7,2 хил. прегледа или с 0,6% по-малко; 317,1 хил. профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ – с 12,7 хил. прегледа или с 3,9% по-малко; 20,9 хил. случая на комплексно диспансерно /амбулаторно/ наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания – с 1,5 хил. случая или с 6,8% по-малко;

332 профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. от рискови групи – със 118 прегледа или с 26,2% по-малко;

- в структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на СИМП – 172 767,9 хил. лв. или 74,9% се формират от специализираните прегледи (първични и вторични) по повод остри състояния (през 2017 г. делът е бил 75,5%); увеличава се делът на физиотерапевтичните дейности (прегледи и процедури) – 7,9% от плащанията за СИМП през 2018 г. спрямо 7,5% през 2017 г. и на прегледите по повод диспансерно наблюдение – 4,3% от плащанията за СИМП през 2018 г., спрямо 4,0% през 2017 г.; запазва се делът на експертната дейност – 3,3% от плащанията за СИМП и на профилактичната дейност – 2,3% от плащанията за СИМП и през двете години; намалява делът на високоспециализираните дейности – 7,1% от плащанията за СИМП през 2018 г. спрямо 7,2% през 2017 г.

- с НРД от 01.04.2018 г. са увеличени цените на първичните посещения, на ендоскопските диагностични ВСД и на физиотерапевтичните процедури, което формира 5 287,1 хил. лв. от ръста на разходите през 2018 г. спрямо 2017 г.

- здравноосигурителни плащания за дентална помощ (ДП)

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. разходи са в размер на 157 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК остатъкът от средства към 31.12.2018 г. в размер от 11 377,7 хил. лв., е насочен с вътрешно-компенсирани промени по реда на чл.115 от ЗПФ към здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ, за компенсиране на отчетения недостиг на средства. В резултат годишният план на здравноосигурителни плащания за ДП за 2018 г. възлиза на 145 622,3 хил. лв.

Към 31.12.2018 г. са изплатени 145 595,3 хил. лв., което представлява 3,8% от всички извършени през 2018 г. здравноосигурителни плащания. През 2018 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на ДП дейност за периода м.декември 2017 г. – м.ноември 2018 г. През 2017 г. са изплатени 159 857,8 хил. лв., от които 14 445 хил. лв. са за заплащане на дейност м.ноември 2016 г., отложено за извършване през м.януари 2017 г. За съпоставими 12-месечни периоди (м.декември 2017 г. – м.ноември 2018 г. спрямо м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г.) се отчита ръст на разходите със 182,6 хил. лв. или с 0,1%.

С НРД е договорено заплащането на дейности по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена горна и/или долна челюст, оказани от 1 септември 2018 г. на ЗОЛ от 65 до 69 години включително. Към 31.12.2018 г. са заплатени 6,4 хил. дейности по възстановяване функцията на дъвкателния апарат на стойност 1 277,2 хил. лв.

В тази връзка, за съпоставими 12-месечни периоди, за съпоставими дейности, през 2018 г. спрямо 2017 г. се отчита намаление на разходите с 1 094,6 хил. лв. или с 0,8%.

Общо за 12-месечния период, заплатен през 2018 г., с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус са обхванати 1 496,4 ЗОЛ над 18 години или 31,6% от ЗОЛ над 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,3 дентални дейности. За сравнение през периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус са обхванати 1 493,7 ЗОЛ над 18 години или 31,4% от ЗОЛ над 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,4 дентални дейности.

Общо за 12-месечния период, заплатен през 2018 г., с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус са обхванати 347,6 ЗОЛ до 18 години или 28,5% от ЗОЛ до 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,8 дентални дейности. За сравнение през периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус са обхванати 350,7 ЗОЛ до 18 години или 28,6% от ЗОЛ до 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,9 дентални дейности.

В структурата на разходите на НЗОК за заплащане на денталната помощ през 2018 г. се отчита увеличение на дела на разходите за ЗОЛ над 18 години – 75,7% от общия разходи спрямо 75,2% през периода 2017 г., като съответно делът на плащанията на НЗОК за ЗОЛ до 18 години намалява на 24% спрямо 24,4%.

С НРД от 01.04.2018 г. са увеличени цените, заплащани от НЗОК за прегледите за установяване на орален статус, което формира 2 466,3 хил. лв. от ръста на разходите през 2018 г. спрямо 2017 г.

- здравноосигурителни плащания за медико-диагностична дейност (МДД)

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. разходи са в размер на 80 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата са увеличени с 442,9 хил. лв. за сметка на средствата от резерв. В резултат годишният план на здравноосигурителни плащания за МДД за 2018 г. възлиза на 80 442,9 хил. лв. (в т.ч. 578,6 хил. лв. трансфер за ведомствени болници)

Към 31.12.2018 г. са изплатени 80 440,9 хил. лв. (в т.ч. 578,6 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 2,1% от всички извършени през 2018 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2017 г. плащания се отчита ръст с 1 019,1 хил. лв. или с 1,3%.

През 2018 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на МДД дейност за периода м.декември 2017 г. – м.ноември 2018 г. Общо през периода са заплатени 21 384,6 хил. медико-диагностични изследвания, което е със 160,7 хил. изследвания или с 0,8% повече от заплатените през 2017 г. дейности на изпълнителите на МДД за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. По видове МДД, заплатени през 2018 г. спрямо заплатените през 2017 г., се отчита:

- общо увеличение на обемите изследвания от специалности: Клинична лаборатория – отчетени 18 680,8 хил. изследвания, което представлява със 165,4 хил. изследвания или с 0,9% повече; Клинична микробиология – отчетени 613,7 хил. изследвания, с 83 хил. изследвания или с 1,1% повече; Обща и клинична патология – отчетени 217,5 хил. изследвания, с 1,8 хил. изследвания или с 0,8% повече;

- общо намаление на обемите изследвания от специалности: Образна диагностика – отчетени 1 618,8 хил. изследвания, с 1,3 хил. изследвания или с 0,1% по-малко; Медицинска паразитология – отчетени 129,5 хил. изследвания, с 8,9 хил. изследвания или с 6,4% по-малко; Вирусология – отчетени 81,7 хил. изследвания, с 1 хил. изследвания или с 1,2% по-малко; Имунохематология – отчетени 40,9 хил. изследвания, с 1,4 хил. изследвания или с 3,3% по-малко; Клинична имунология – отчетени 1,8 хил. изследвания, с 0,5 хил. изследвания или с 20,4% по-малко.

- в структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на МДД разпределението по специалности нараства делът на изследванията от специалност Клинична лаборатория, които формират 42 984,8 хил. лв. или 53,4% от разхода на НЗОК за МДД през 2018 г. спрямо 52,9% през 2017 г.; изследвания от специалност Образна диагностика са формирали 29 472,8 хил. лв. или 36,6% от разхода, спрямо 37,1% през 2017 г.; изследванията от останалите специалности формират 7 983,1 хил. лв. или 9,9% от плащанията за МДД през 2018 г. спрямо 10% през 2017 г.

- с НРД от 01.04.2018 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); Седимент на урина – ориентировъчно изследване; LDL – холестерол; Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза; Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG); Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBcAg на хепатитен В вирус, което формира 233,7 хил. лв. от ръста на разходите през 2018 г. спрямо 2017 г.

- здравноосигурителни плащания 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, в т.ч.:

- лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, са в размер на 718 000 хил. лв. С решения на НС на НЗОК тези средства бяха увеличени общо с 48 586,7 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение с 10 500 хил. лв. за сметка на средствата от резерва на НЗОК,
- увеличение с 38 086,7 хил. лв. от изпълнението на приходите, на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г.

В резултат на увеличението годишният план на здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната за 2018 г. възлиза на 766 586,7 хил. лв.

Общата стойност на отчетения разход към 31.12.2018 г. е в размер на 766 543,5 хил. лв., което представлява 19,9% от всички извършени през 2018 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършения към 31.12.2017 г. разход се отчита ръст с 68 857,2 хил. лв. или с 9,9%.

Извършените от НЗОК към 31.12.2018 г. здравноосигурителни плащания по договори с притежателите на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти (аптеки), за предоставени на ЗОЛ лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, са в размер на 869 267,8 хил. лв. Спрямо извършените към 31.12.2017 г. плащания се отчита ръст с 39 859,4 хил. лв. или с 4,8%.

През 2018 г. са заплатени продукти за домашно лечение, предоставени на ЗОЛ в периода 16.11.2017 г. - 15.11.2018 г. на стойност 837 559,6 хил. лв. и отложени плащания от 2017 г. за отчетен период 01 - 15.11.2017 г. в размер на 31 708,2 хил. лв.

През 2017 г. са заплатени продукти за домашно лечение, предоставени на ЗОЛ в периода 16.11.2016 г. - 31.10.2017 г. на стойност 795 235,5 хил. лв., 14% от предоставените в периода 01-15.11.2017 г. на стойност 5 254,0 хил. лв. и отложени плащания от 2016 г. за отчетен период 01-15.11.2016 г., на стойност 28 919 хил. лв.

Основният фактор за ръста на плащанията през 2018 г. са заплатените 24,86 отчетни 15-дневни периода, спрямо 24,03 отчетни 15-дневни периода, заплатени през 2017 г. Това формира 34 531 хил. лв. или 86,6% от ръста на разходите.

Годишният ръст на разходи за 12-месечните съпоставими периоди, подлежащи на заплащане през 2018 г. (16.11.2017 г. - 15.11.2018 г.) спрямо 2017 г. (16.11.2016 г. - 15.11.2017 г.), е с 5 328,4 хил. лв. или с 0,6%.

През периодите, подлежащи на заплащане през 2018 г., аптеките са предоставяли лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, заплащани напълно или частично от НЗОК, на 1 516,8 хил. ЗОЛ, което е с 14 хил. ЗОЛ или с 0,9% по-малко обхванати лица спрямо съпоставимите периоди, подлежащи на заплащане през 2017 г.

По анатомо-терапевтична група на предоставяните продукти, най-голям ръст на разходите в абсолютна стойност е отчетен при:

- група L - "Антинеопластични и имуномодулиращи средства" - ръст с 18 597 хил. лв. или с 11,8%, поради нарастването на разходите в няколко диагнози, а именно Злокачествени новообразувания при гърда и простата, Множествена склероза и все по-голямото потребление на биологични лекарствени продукти при лечение на

В изпълнение на ЗЗО НЗОК ежегодно провежда задължително централизирано договаряне на отстъпки с ПРУ на лекарствени продукти (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 Приложение 1 (ЛП, предоставяни от аптеки) на позитивния лекарствен списък (ПЛС), при условия, по ред и по критерии, определени в Наредба 10 от 2009 г.

Договорената отстъпка под формата на възстановяване на разходи (компенсация) се предоставя след приключване на всяко тримесечие от ПРУ след подписване на протокол придружен със справка за количествата от ЛП, заплатени от НЗОК през съответния период. За четвъртото тримесечие на годината отстъпките се възстановяват авансово заедно с и в размера на отстъпките за 3то тримесечие. Съгласно чл. 21, ал. 6 от Наредба № 10/2009 ПРУ, дължат отстъпки в размер от 20% върху годишния ръст на разходите на ЛП, които също се изчисляват и внасят авансово в сроковете за отстъпките за 3то тримесечие. След изтичане на четвъртото тримесечие на годината, НЗОК изготвя справка за количествата от ЛП, заплатени от НЗОК през съответния период, изравнителните суми се заплащат, заедно със сумите за първо тримесечие на следващата година.

По реда на §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г. постъпилите към 31.12.2018 г. отстъпки за лекарствени продукти, възстановени пряко на НЗОК от ПРУ, в размер на 102 724,4 хил. лв., са отчетени в намаления на разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната. Спрямо 2017 г. постъпилите отстъпки са с 28 997,8 хил. лв. или с 22% по-малко.

Общата стойност на постъпилите през 2018 г. отстъпки от ПРУ е формирана от 105 544,8 хил. лв. отстъпки по договори с ПРУ за предоставени през 2018 г. ЛП, намалени с 2 820,5 хил. лв. от изравнителни суми за надвнесени през 2017 г. авансови отстъпки за четвърто тримесечие и прогнозен годишен ръст на разходите.

Общата стойност на отчетените разходи на НЗОК за ЛП по приложение 1 от ПЛС, за които НЗОК договаря отстъпки, възстановявани пряко от ПРУ, за ЛП предоставени от аптеките на ЗОЛ през 2018 г., е 526 178,5 хил. лв., като е с 506,2 хил. лв. или с 0,1% по-ниска спрямо 2017 г. Общата стойност на предоставените от аптеките ЛП, за които НЗОК договаря отстъпки, възстановявани пряко от ПРУ, и през 2017 г. и през 2018 г., представлява 63% от общата стойност на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, заплащани на аптеките.

Общата стойност на дължимите за тези разходи отстъпки по сключените договори с ПРУ по реда на Наредба № 10 от 2009 г., е 106 998,1 хил. лв. или в размер на 20,3% от разходите за ЛП. Общата стойност на дължимите по договорите с ПРУ през 2018 г. отстъпки е намаляла с 18 309,1 хил. лв. и с 14,6% спрямо тази за 2017 г.

След приспадане на дължимите отстъпки за 2018 г., нетната обща стойност на разходи на НЗОК за ЛП по приложение 1 от ПЛС, за които НЗОК договаря отстъпки, възстановявани пряко от ПРУ, възлиза на 419 180,4 хил. лв., което е със 17 802,9 хил. лв. или с 4,4% повече спрямо 2017 г.

- лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги.

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински

Псориазис, Болест на Крон, Улцерозен колит и Артрити. Постоянно високите реимбурсни средства, заплащани за заболяването „Артрити“ през годините налага търсене на решение във връзка с овладяване на разходите. През 2018г. бяха направени изчисления за стойността на курс лечение с биологична терапия за първа и поредна година по МКБ и по международни непатентни наименования във всяко едно от тях и беше изработен механизъм за определяне на терапевтичен курс с биологични лекарствени продукти с най-благоприятно съотношение за постигнат терапевтичен резултат и разходвани на средства от бюджета на НЗОК. В резултат на това пет притежателите на разрешение за употреба (ПРУ), сключиха договори с НЗОК за периода от 15.10.2018г. до 31.12.2018г. за всички наивни пациенти да възстановяват разликата между реалния и терапевтичен курс с най-благоприятно съотношение стойност - резултат.

- група В – „Кръв и кръвообразуващи органи“ – ръст с 15 991,6 хил. лв. или с 20,6%, в резултат на увеличението на средствата за лекарствени продукти от групата на директни тромбинови инхибитори и групата на директни инхибитори на Ха фактор. Нарастват и разходите за лечение на вроден дефицит на фактор VIII, поради по-големия брой болни, лекувани с рекомбинантни лекарствени продукти, чиято стойност, заплащана от НЗОК е по-висока от тази на плазмените.

- група А – „Храносмилателна система и метаболизъм“ – ръст със 7 896,6 хил. лв. или с 5,4%, в резултат на увеличение в химико терапевтична подгрупа ензими за лекарствена терапия на пациенти с Болест на Гоше, Болест на Фабри и Болест на натрупването на гликоген. По отношение на лечението на Захарен диабет, ръст на разходите се отчита в групата на фиксираните перорални комбинации с метформин, понижаващи нивото на глюкозата в кръвта, както и в резултат от смяна на терапиите от базален човешки към други дългодействащи аналогови инсулини, както и от смяна на терапевтичната схема.

Анатомо-терапевтичните групи на предоставяните продукти, при които се отчита най-голямо намаление на разходите в абсолютна стойност, са:

- група J – „Антиинфекциозни средства за системно приложение“ – намаление с 35 760,3 хил. лв. или с 28,1%, в резултат на намалението на разхода в диагнозите Хроничен вирусен хепатит и Фиброза и цироза на черния дроб, благодарение на промяната на терапевтичните схеми на лечение, навлизането на иновативни молекули, осигуряващи бързо и с висока успеваемост лечение на пациентите, както и намаление на цените в отделни продукти. В тези заболявания, въпреки прилаганите скъпо струващи лекарствени продукти, поради спад в цените и навлизане на пангенотипни продукти за лечение с безинтерферонова терапия се намали периода на лечение от 12 на 8 седмици.

- група R – „Дихателна система“ (основно за лечение на астма и хронична обструктивна белодробна болест) – намаление с 1 654,3 хил. лв., което в процентно е намаление с 1,8%, предвид че лекарствените продукти от тази група формират над 10% от разхода на НЗОК.

- група N – „Нервна система“ (основно за лечение на наследствена амилоидоза с невропатия, шизофрения, болест на Паркинсон) – намаление с 1 471,8 хил. лв. или с 2%, основно в резултат на намалението с 2,5% на ЗОЛ, обърнали се към системата за лекарствени продукти от тази група.

- група С – „Сърдечно-съдова система“ – намаление с 1 023,1 хил. лв. или с 1,2%. Хипертонията (I10-I13) са социално значими заболявания с висок дял от разходите на НЗОК – 8% от всички суми за лекарствени продукти за домашно лечение. Усложненията от тях са водещ фактор за риск от развитие на други болести и генерират допълнителни разходи за хоспитализация, инвалидизация и смъртност. Данните по лекарствени продукти за лечение на Хипертонии показват отпадане на редица молекули през 2018 г., както и намаляване на реимбурсната стойност в резултат на навлизането на генерични лекарствени продукти.

услуги, са в размер на 282 000 хил. лв. С решения на НС на НЗОК тези средства бяха увеличени общо с 81 556,1 хил. лв., в т.ч.:

- с 52 300 хил. лв. за сметка на средствата от резерва на НЗОК,
- с 29 256,1 хил. лв. от преизпълнението на приходите, на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г.

В резултат на увеличението годишният план на здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги за 2018 г. възлиза на 363 556,1 хил. лв. (в т.ч. 9 221,3 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Общата стойност на отчетения разход към 31.12.2018 г. е в размер на 363 454,5 хил. лв. (в т.ч. 9 221,3 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 9,4% от всички извършени през 2018 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършения към 31.12.2017 г. разход се отчита увеличение със 75 315,1 хил. лв. или с 26,1%.

Извършените от НЗОК към 31.12.2018 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 415 713,3 хил. лв. (в т.ч. 9 221,3 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Съгласно договореното с НРД, в сила от 01.04.2017 г., удължаване на сроковете за заплащане на приложените ЛП в БМП – до края на втория месец, следващ отчетния, с тези средства са заплатени ЛП, приложени от изпълнителите на БМП при клинични пътеки (КП) или амбулаторни процедури (АПр), в периода м.ноември 2017 г. – м.октомври 2018 г. (или 12 месеца на прилагане).

Извършените от НЗОК през 2017 г. здравноосигурителни плащания по договори с изпълнители на БМП, за приложени ЛП 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), като са заплатени ЛП, приложени при КП или АПр в периода м.декември 2016 г. – м.октомври 2017 г. (или 11 месеца на прилагане). В тази връзка ръстът на тези здравноосигурителни плащания на НЗОК през 2018 г. спрямо 2017 г. е със 88 022,5 хил. лв. или с 26,9%.

Броят на онкологично болните, обърнали се към системата и получили лекарствени продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на клиничните пътеки и процедури през 2018 г. е 35,1 хил. ЗОЛ. Спрямо 2017 г. броят на лицата, на които са приложени лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, е нараснал с 0,9 хил. ЗОЛ или с 2,5%, а стойността на заплатените на изпълнители на БМП лекарствени продукти спрямо съпоставимия 12-месечен период м.ноември 2016 г. – м.октомври 2019 г., е нараснала с 62 500,8 хил. лв. или със 17,7%.

Лекарствените продукти, прилагани в болничната помощ за онкологични заболявания и заплащани от НЗОК извън цената на клиничните пътеки и амбулаторните процедури, са изведени в отделен „Списък на противотуморните лекарствени продукти за лечение по амбулаторни процедури №№ 6 и 7 и клинични пътеки №№240, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250.1, 250.2, 251.1, 251.2 и 252, на необходимите еритро- и гранулоцитните колонистимулиращи фактори и бифосфонати“ (Списъка).

Основният дял (55,2%) от разходите на НЗОК през 2018 г. (и 52,3% през 2017 г.) за лекарствени продукти от Списъка се формира от 10 международни непатентни наименования (INN). Лекарствените продукти в тези INN са самостоятелни и са предназначени за скъпоструваща прицелна терапия при лечение на пациенти с рак на

гърдата, на бронхите и белия дроб, нехочкинов лимфом, миелоидна левкемия, простата и др.

В тази връзка, ръстът на разходите на НЗОК за лекарствени продукти, прилагани при лечение на пациенти със злокачествени заболявания се дължи на прилагане на терапия с нови, оригинални, скъпоструващи медикаменти, както и на разширяване на показанията за прилагане на тези продукти (обхващане на нови диагнози).

Включването на нови лекарствени продукти в Списъка, се съобразява с доказателства, терапевтична ефективност, безопасност и анализ на фармако-икономическите показатели, като за лекарствените продукти с ново INN от 2016г., се извършва и оценка на здравните технологии. Общата реимбурсна стойност на включените за заплащане INN през 2016 г., само за период от три години се е увеличил над три пъти до края на 2018 г. Трайна е тенденция за рязко увеличение на разходите през втората и третата година на навлизане на нов INN в практиката на изпълнителите на БМП.

Лекарствените продукти за лечение на онкологични и онкохематологични заболявания се класифицират най-общо като конвенционални химиотерапевтици и иновативни високотехнологични лекарства, разработени с цел осигуряване на прицелна терапия, която директно повлиява засегнатия орган и има по-добра поносимост и относителна безопасност за пациента. Най-голям дял от разходите на НЗОК (62,5% през 2018 г. и 65,8% през 2017 г.) формират лекарствените продукти от групата на т.нар. „таргетна (прицелна) терапия“. Най-висок е ръстът на разходите за лекарствените продукти от групата на т.нар. „имунотерапия“, които през 2018 г. са формирали 9,3% от разхода на НЗОК, спрямо 5% през 2017 г.

В изпълнение на ЗЗО, НЗОК ежегодно провежда задължително централизирано договаряне на отстъпки с ПРУ на 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 Приложение 2 (ЛП за лечение на онкологични заболявания в БМП) на ПЛС, при условия, по ред и по критерии, определени в Наредба 10 от 2009 г. Отстъпките се договарят с ПРУ за всички ЛП по ПЛС 1 и ПЛС 2, които отговарят на критериите и се определят и внасят по общ ред (описан по-горе в 3.5.1.)

По реда на §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г. постъпилите към 31.12.2018 г. отстъпки за лекарствени продукти, които се възстановяват пряко на НЗОК от ПРУ, в размер на 52 258,8 хил. лв., са отчетени в намаление на разходите за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги. Спрямо 2017 г. постъпилите отстъпки са с 12 707,3 хил. лв. или с 32,1% повече.

Общата стойност на постъпилите през 2018 г. отстъпки от ПРУ е формирана от 51 000,3 хил. лв. отстъпки по договори с ПРУ за предоставени през 2018 г. ЛП и 1 258,5 хил. лв. допълнителни отстъпки към авансовите възстановените от ПРУ за четвърто тримесечие на 2017 г. и за прогнозния годишен ръст на разходите през 2017 г. след изготвяне на окончателните справки за 2017 г.

Общата стойност на отчетените разходи на НЗОК за ЛП по приложение 2 от ПЛС, за които НЗОК договаря отстъпки, възстановявани пряко от ПРУ, за ЛП предоставени от изпълнителите на БМП на ЗОЛ през 2018 г., е 382 256,9 хил. лв., което е с 46 117,1 хил. лв. или с 13,7% повече спрямо 2017 г. Общата стойност на ЛП по приложение 2 от ПЛС, за които НЗОК договаря отстъпки, възстановявани пряко от ПРУ, приложени от изпълнители на БМП през 2018 г., представлява 89,9% от общата стойност на лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, спрямо 92,3% през 2017 г.

Общата стойност на дължимите за тези разходи отстъпки по сключените договори с ПРУ по реда на Наредба № 10 от 2009 г., е 52 546,3 хил. лв. или в размер на 13,7% от

разходите за ЛП. Общата стойност на дължимите по договорите с ПРУ през 2018 г. отстъпки е нараснала с 11 269,9 хил. лв. и с 27,3% спрямо тази за 2017 г.

След приспадане на дължимите отстъпки за 2018 г., нетната обща стойност на разходи на НЗОК за ЛП по приложение 2 от ПЛС, за които НЗОК договаря отстъпки, възстановявани пряко от ПРУ, възлиза на 329 710,5 хил. лв., което е с 34 847,2 хил. лв. или с 11,8% повече спрямо 2017 г.

- здравноосигурителни плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ (МИ)

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. разходи са в размер на 98 000 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата са увеличени с 3 904,5 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение с 4 069,2 хил. лв. за сметка на средствата от резерва на НЗОК и
- намаление със 164,7 хил. лв. с вътрешно-компенсирани промени по реда на чл. 115 от ЗПФ към здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ.

В резултат годишният план е в размер на 101 904,5 хил. лв. (в т.ч. 3 792,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2018 г. са изплатени 101 877,1 хил. лв. (с включени 3 792,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 2,6% от всички извършени през 2018 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2017 г. плащания се отчита ръст с 3 732 хил. лв. или с 3,8%.

Съгласно договореното с НРД, в сила от 01.04.2017 г., удължаване на сроковете за заплащане на приложените МИ в БМП – до края на втория месец, следващ отчетния, с тези средства са заплатени 76,5 хил. МИ, приложени от изпълнителите на БМП при КП или АПр, оказани в периода м.ноември 2017 г. – м.октомври 2018 г., което е с 5,6 хил. МИ или със 7,9% повече от приложените МИ при дейност за периода м.ноември 2016 г. – м.октомври 2017 г., заплатени през 2017 г. Средната цена на заплатените през 2018 г. МИ е 1 333 лв., като е с 51 лв. или с 3,7% по-ниска от средната цена на заплатените през 2017 г. МИ.

От 2018 г. НЗОК, заплаща две нови групи МИ в БМП: „Медицински изделия, прилагани при онкологични терапии“ – заплатени 425 МИ за 13,3 хил. лв. и „Импланти за невростимулация“ – заплатени 4 МИ за 154,9 хил. лв.

В структурата на плащанията от НЗОК за МИ в БМП и през двете години основен дял (90%) формират МИ от групи:

- „Съдов стент“ – заплатени 50 хил. МИ на стойност 43 446,3 хил. лв., което е с 2,5 хил. МИ или с 5,2% повече от 2017 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2018 г. е 868 лв., като е със 79 лв. или с 8,3% по-ниска от 2017 г., в следствие на което общият разход за тази група МИ е с 1 573,7 хил. лв. или с 3,5% по-нисък от 2017 г.;

- „Ставна протеза за тазобедрена става“ – заплатени 8,8 хил. МИ на стойност 10 629,9 хил. лв., което е с 579 МИ или със 7,1% повече от 2017 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2018 г. е 1 214 лв., като е с 57 лв. или с 4,5% по-ниска от 2017 г., предвид увеличения обем общият разход за тази група МИ е с 233,1 хил. лв. или с 2,2% по-висок от 2017 г.;

- „Сърдечна клапа протеза“ – заплатени 3,4 хил. МИ на стойност 10 204,5 хил. лв., което е с 58 МИ или с 1,7% повече от 2017 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2018 г. е 3 006 лв., като е със 196 лв. или с 6,1% по-ниска от 2017 г., в следствие на което общият разход за тази група МИ е с 481,2 хил. лв. или с 4,5% по-нисък от 2017 г.;

- „Постоянен кардиостимулатор“ – заплатени 4,3 хил. МИ на стойност 8 356,8 хил. лв., което е с 282 МИ или със 7% повече от 2017 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2018 г. е 1 940 лв., като е с 384 лв. или с 16,5% по-ниска от 2017 г., в следствие на което общият разход за тази група МИ е с 999,8 хил. лв. или с 10,7% по-нисък от 2017 г.;

- „Транскатетърни клапни протези“ – заплатени 206 МИ на стойност 7 822 хил. лв., което е със 120 МИ или със 139,5% повече от 2017 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2018 г. е 37 971 лв., като е с 11 898 лв. или с 23,9% по-ниска от 2017 г. Предвид увеличения обем, общият разход за тази група МИ е с 3 355,2 хил. лв. или с 82,4% по-висок от 2017 г. и заедно с „Медицински изделия за спинална хирургия“ формира основния дял от ръста на разходите за МИ в БМП през 2018 г.;

- „Ставна протеза за колянна става“ – заплатени 2,5 хил. МИ на стойност 6 482,5 хил. лв., което е с 352 МИ или с 16,1% повече от 2017 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2018 г. е 2 552 лв., като е с 158 лв. или с 5,8% по-ниска от 2017 г., предвид увеличения обем общият разход за тази група МИ е с 552,1 хил. лв. или с 9,3% по-висок от 2017 г.;

- „Медицински изделия за спинална хирургия“ – заплатени 2,4 хил. МИ на стойност 5 133,3 хил. лв., което е с 1,2 хил. МИ или със 101,2% повече от 2017 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2018 г. е 2 135 лв., като е с 448 лв. или със 17,4% по-ниска от 2017 г., предвид увеличения обем общият разход за тази група МИ е с 2 045,7 хил. лв. или с 66,3% по-висок от 2017 г. и заедно с „Транскатетърни клапни протези“ формира основния дял от ръста на разходите за МИ в БМП през 2018 г.

- здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ (БМП)

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. разходи са в размер на 1 824 560,7 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 57 393,9 хил. лв., в т.ч.:

- с 39 005,5 хил. лв. за сметка на средствата от резерва на НЗОК,
- с 16 198,5 хил. лв. с вътрешно-компенсирани промени, по реда на чл. 115 от ЗПФ,

- с 2 189,9 хил. лв. от изпълнението на приходите, на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г.

В резултат на промените годишният план е в размер на 1 881 954,6 хил. лв. (в т.ч. 78 408,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2018 г. за БМП са изплатени 1 881 890,6 хил. лв. (в т.ч. 78 408,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 48,9% от всички извършени през 2018 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2017 г. плащания за БМП се отчита увеличение със 186 340,3 хил. лв. или с 11%.

През 2018 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на БМП дейност за периода м.декември 2017 г. – м.ноември 2018 г. Общо през периода са заплатени общо 3 538,3 хил. дейности, което е с 226,8 хил. дейности или с 6,9% повече от заплатените през 2017 г. дейности за периода м.декември 2016 г. – м.ноември 2017 г. По видове дейности, заплатени през 2018 г. спрямо заплатените през 2017 г., се отчита:

- заплатени 2 095,7 хил. КП (медицински дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа) на обща стойност 1 617 040,4 хил. лв., което представлява увеличение на заплатени обеми с 114,7 хил. КП или с 5,8% и увеличение в стойността със 165 225,7 хил. лв. или с 11,4%. За КП 253-260, които се заплащат на брой леглодни, отчетените обеми са 93,7 хил. бр. леглодни, с 9,1 хил. бр. леглодни повече от 2017 г.

- заплатени 231,6 хил. клинични процедури (КПр са медицински дейности с продължителност до 24 часа по отношение на пациента самостоятелно и/или преди, по време на или след болнично лечение по КП) на обща стойност 74 404,1 хил. лв., което представлява увеличение на заплатени обеми с 16 хил. процедури или със 7,4% и увеличение в стойността с 5 519,7 хил. лв. или с 8%.

- заплатени 1 211 хил. АПр (медицински дейности по отношение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение) на обща стойност

от 191 086,1 хил. лв., което представлява увеличение на заплатени обеми със 96,2 хил. процедури или с 8,6% и увеличение в стойността с 15 999 хил. лв. или с 9,1%.

Основен дял от увеличението (154,9 хил. дейности или 68,3% от увеличението на обемите дейности и 152 987,8 хил. лв. или 81,9% от ръста на разходите) се формира от дейностите, които по реда на Правилата по чл.4 от ЗБНЗОК за 2018 г. за контролиране на плащанията към изпълнителите на БМП, се заплащат в рамките на месечните стойности, определящи финансовата рамка по индивидуалните договори на изпълнителите с НЗОК(определени като номенклатура КП, КПр и АПр в Приложение 2 на Правилата по чл.4 от ЗБНЗОК за 2018 г.)

Дейностите, които по реда на Правилата по чл.4 от ЗБНЗОК за 2018 г., се заплащат извън месечните стойности (дейности за раждане и новородени, за онкологични заболявания, за интензивно лечение, за диализно лечение и за лечение и рехабилитация при тежко протичащи, хронично инвалидизиращи заболявания в детската възраст с необходимост от продължителна специализирана рехабилитация– ДЦП и нервно-мускулни увреждания (определени като номенклатура КП, КПр и АПр в Приложение 1 на Правилата по чл.4 от ЗБНЗОК за 2018 г.) са формирали ръст от 68,5 хил. дейности или 30,2% от увеличението на обемите дейности и 23 025,9 хил. лв. или 12,3% от ръста на разходите.

Предвид високия годишен ръст на отчитаните от изпълнителите на БМП КП за радиохирургия и роботизирана радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания (ръст с 22,4% на броя на отчетените случаи през 2018 г. спрямо 2017 г.) и АПр за позитронно-емисионна компютърна томография – PET/CT (ръст с 18,2% на брой на отчетените изследвания през 2018 г. спрямо 2017 г.) с НРД за 2018 г. и Правилата по чл.4 от ЗБНЗОК за 2018 г., тези дейности бяха обособени като на Приложение 3 на Правилата по чл.4 от ЗБНЗОК за 2018 г. – дейности, подлежащи на разрешителен режим от РЗОК.

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;

- разширяване на достъпа на ЗОЛ до високотехнологични и високоспециализирани дейности, извършвани в болнични условия – 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 отчитаните обеми.

- предвид организацията на здравноосигурителните плащания на НЗОК за основния пакет здравни дейности, със средствата за направление болнична помощ се заплащат и дейностите които не предполагат хоспитализация, като например АПр, осъществявани по договори както с лечебни заведения за болнична помощ, така и за извънболнична помощ. Заплащането за АПр в размер от 191 086,1 хил. лв., формира 10,2% от здравноосигурителните плащания за БМП през 2018 г.

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

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. разходи са в размер на 73 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата бяха увеличени с 618,7 хил. лв. от преизпълнението на приходите, на основание § 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г. В резултат годишният план на средствата, определени за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност са в размер на 73 618,7 хил. лв. (в т.ч. 120,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Отчетените през 2018 г. разходи са в размер на 73 602,3 хил. лв. (в т.ч. 120,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план средства и представляват 1,9% от всички извършени през 2018 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършения към 31.12.2017 г. разход се отчита ръст с 12 578,2 хил. лв. или с 20,6%.

По направление на плащанията по правилата за координация на системите за социална сигурност, извършените разходи са както следва:

- заплатена медицинска помощ, оказана на територията на Р България от договорни партньори на НЗОК за осигурени в други държави лица, на стойност от 6 741,2 хил. лв. (в т.ч. 120,4 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) за 8 хил. случая. Спрямо 2017 г. разходите отчитат ръст от 1 274,8 хил. лв. или с 23,3%.

- възстановените през 2018 г. разходи на НЗОК от други държави по изпратени от НЗОК искове са в размер на 5 235,2 хил. лв., което представлява 90,2% от неприключената стойност към 01.01.2018 г. по изпратените от НЗОК искове към другите държави за възстановяване на разходи на НЗОК, за медицинска помощ получена на територията на България от техни осигурени лица. Спрямо 2017 г. възстановените суми отчитат ръст от 3 089,3 хил. лв. или със 144%.

- възстановени разходи на ЗОЛ за заплатена от тях медицинска помощ при престой в друга държава, на стойност 633,2 хил. лв. по 212 заявления на ЗОЛ. Спрямо 2017 г. разходите отчитат ръст от 198 хил. лв. или с 45,5%.

- плащания по постъпили искове от други държави за получени на тяхна територия обезщетения в натура от ЗОЛ, осигурени в НЗОК, на стойност 71 463,1 хил. лв., което представлява 27,6% от неприключената левова равностойност към 01.01.2018 г. по постъпилите искове от други държави. Спрямо 2017 г. плащанията отчитат ръст от 14 194,7 хил. лв. или с 24,8%. Постъпилите през 2018 г. нови искове от други държави са на стойност от 100 179,6 хил. лв., като към 31.12.2018 г. общата стойност на неприключените искове от другите държави възлиза на 285 822,1 хил. лв. (по валутните курсове на БНП към 31.12.2018 г.), от които просрочени, са суми в размер на 135 289 хил. лв.

• Плащания от трансфери от МЗ по чл. 1, ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2018 г.

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства са в размер на 24 000 хил. лв. Съгласно утвърдените от министъра на здравеопазването и от управителя на НЗОК, на основание §2, ал.3 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г., условия и ред за превеждане на трансфери над размера по чл. 1, ал.1, ред 3 на ЗБНЗОК за 2018 г., към 31.12.2018 г., са изплатени 32 145,2 хил. лв.

Съгласно § 2, ал. 4 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г., след отчитане на извършените към 31.12.2018 г. плащания, управителят на НЗОК е утвърдил компенсирани промени по показателите по чл. 1, ал. 1, ред 3 и ал. 2, ред 1.1.4 от ЗБНЗОК за 2018 г., без да се нарушава балансът по бюджета на НЗОК, като съответно утвърденият годишен план на средствата по чл. 1, ал. 1, ред 3 и ал. 2, ред 1.1.4 от ЗБНЗОК за 2018 г. е 32 145,2 хил. лв.

По отделните показатели изпълнението към 31.12.2018 г. е както следва:

- **лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ** – приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства са в размер на 2 180 хил. лв.

Към 31.12.2018 г. са изплатени 5 185,8 хил. лв. (в т.ч. 180 лв. трансфер за ведомствени болници). С тези средства са заплатени ваксини по национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити и националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка, приложени на обхванатите по програмите лица в периода 01.09.2017 г. – 30.09.2018 г. и дейностите по прилагането им за периода 01.09.2017 г. – 30.11.2018 г. Спрямо извършените към 31.12.2017 г. плащания се отчита ръст с 3 185,5 хил. лв. или със 159,3%. Ръстът на разходите се дължи на по-малкия период на дейност по програмите, заплатен през 2017 г., както следва: заплатени ваксини по национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка, приложени в периода 01.10.2016 г. – 31.08.2017 г., ваксини по национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити, приложени в периода 01.03. – 31.08.2017 г. и дейностите по прилагането им за периода 01.11.2016 г. – 31.08.2017 г.

- **дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение** – приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства са в размер на 1 740 хил. лв. Към 31.12.2018 г. са изплатени 2 716,3 хил. лв. (в т.ч. 39,2 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). С тези средства са заплатени дейности, оказани на здравно неосигурени лица в периода 01.09.2017 г. – 30.11.2018 г. Спрямо извършените към 31.12.2017 г. плащания се отчита ръст с 981 хил. лв. или с 56,5%. Средномесечният разход за периодите на дейност, заплатени през 2018 г., в размер на 181,1 хил. лв. е по-висок със 7,6 хил. лв. или с 4,4% спрямо средномесечния разход за периода на дейност, заплатен през 2017 г. - 01.11.2016 г. – 31.08.2017 г.

- **дейности за здравно неосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от 33** – приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства са в размер на 4 045 хил. лв. Към 31.12.2018 г. са изплатени 5 940,4 хил. лв. С тези средства са заплатени дейности, оказани на здравно неосигурени жени в периода 01.09.2017 г. – 30.11.2018 г. Спрямо извършените към 31.12.2017 г. плащания се отчита ръст с 1 931,4 хил. лв. или с 48,2%. Средномесечният разход за периодите на дейност, заплатени през 2018 г., в размер на 396 хил. лв. е по-нисък с 4,9 хил. лв. или с 1,2% спрямо средномесечния разход за периода на дейност, заплатен през 2017 г. - 01.11.2016 г. – 31.08.2017 г.

- **плащания за сумите по чл. 37, ал. 6 от 330** – приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. средства са в размер на 16 035 хил. лв. Към 31.12.2018 г. са изплатени 18 302,7 хил. лв. (в т.ч. 24,5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). С тези средства са доплатени потребителските такси на пенсионери за дейности, оказани в периода 01.09.2017 г. – 31.10.2018 г. Спрямо извършените към 31.12.2017 г. плащания се отчита ръст с 2 395 хил. лв. или с 15,1%. Средномесечният разход за периода на дейност, заплатен през 2018 г., в размер на 1 307,3 хил. лв. е по-нисък с 234 хил. лв. или с 15,2% спрямо средномесечния разход за периода на дейност, заплатен през 2017 г. - 01.11.2016 г. – 31.08.2017 г. и отложени плащания за м.10.2016 г. в размер на 494,2 хил. лв. Намалението на плащанията е в резултат от въведеното от 01.01.2018 г. изискване в чл. 37, ал. 6 от 330 за представяне от изпълнителите на извънболнична медицинска и дентална дейност на отчетен документ, в който се посочват номерата на издадените документи за заплатените от пенсионерите суми за потребителска такса.

- **Разходи за придобиване на нефинансови активи**

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. разходи са в размер на 5 000 хил. лв. През годината, с решение на НС на НЗОК, средствата бяха намалени с 3 161 хил. лв. за сметка на увеличение на здравноосигурителните плащания, на основание на чл. 115 от ЗПФ. По реда на ЗПФ и Указания на МФ ДДС № 01/22.01.18 г., във връзка с изпълнение на проект "Осигуряване на електронен обмен на социалноосигурителна информация между България и ЕС" отчетените като трансфери между бюджети и сметки за средствата от ЕС средства в размер на 22 380 лв. са прехвърлени в увеличение на §62-00 Трансфери между

бюджети и сметки за средствата от ЕС, 62-02 предоставени трансфери. Годишният план е в размер на 1 816,6 хил. лв.

Към 31.12.2018 г. са изплатени 1 640,2 хил. лв. или 90,3% от заложените в годишен план средства и 0,04% от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2018 г. В сравнение с 2017 г. се отчита намаление с 879,9 хил. лв. или с 34,9%, като делът на отчетените през 2017 г. средства е 0,1% от отчетените разходи и трансфери – всичко за 2017 г.

- **Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи**

Приетият със ЗБНЗОК за 2018 г. резерв е в размер на 114 554,3 хил. лв. Към 31.12.2018 г. по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ с решения на НС на НЗОК средствата са освободени и разпределени за здравноосигурителни плащания, както следва:

- с 8 236,7 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за СИМП;
- с 442,9 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за МДД;
- с 62 800 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания 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, в т.ч. с 10 500 хил. лв. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната и с 52 300 хил. лв. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги;
- с 4 069,2 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за медицински изделия прилагани в БМП;
- с 39 005,5 хил. лв. са увеличени средствата за здравноосигурителни плащания за БМП.

- **Предоставени трансфери на НАП по чл. 24, т. 6 от ЗЗО и към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК**

Приетите със ЗБНЗОК за 2018 г. разходи са в размер на 4 583 хил. лв. През годината средствата бяха увеличени с отчетените като трансфери средства, заплащани по договори, сключени между разпоредители с бюджет и НЗОК (ведомствени болници), в размер на 93 038,3 хил. лв., на основание §4 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2018 г. и указания на МФ ДР № 1 от 11.01.2018 г.

Към 31.12.2018 г. са изплатени 4 583 хил. лв. на НАП за такса за обслужване събирането на здравноосигурителни вноски, дължими за 2017 г. и 2018 г. до размера на заложените в ЗБНЗОК за 2018 г. средства. Тези средства са с 529 хил. лв. повече в сравнение с изплатените през 2017 г.

- **Трансфери между бюджети и сметки за средствата от ЕС (нето)**

В изпълнение на проект №2016-BG-IA-0031 "Осигуряване на електронен обмен на социалноосигурителна информация между България и ЕС" през 2018 г. НЗОК е отчетела разходи в размер на 62 968 лв., от които 22 730 лв. са за сметка на бюджета на НЗОК за 2018 г.

За средствата, в размер на 22 730 лв. за сметка на бюджета на НЗОК за 2018 г., на основание чл.117, ал.3 от ЗПФ и ДДС № 01/22.01.18 г., Управителят на НЗОК е утвърдил компенсирани промени между показателите по бюджета на НЗОК за 2018 г. в увеличение

на §62-00 Трансфери между бюджети и сметки за средствата от ЕС, 62-02 предоставени трансфери, за сметка на намаление на разходите за придобиване на нефинансови активи и разходите за персонал.

Бюджетно салдо – дефицит (-) / излишък (+)

Съгласно ЗБНЗОК за 2018 г. (ДВ бр. 101 от 2017 г.) бюджетът на НЗОК за 2018 г. е приет с балансирано бюджетно салдо.

В резултат на отчетените към 31.12.2018 г. разходи и трансфери – всичко в общ размер на 3 937 126,9 хил. лв., спрямо отчетените приходи и трансфери – всичко в общ размер на 3 948 069,7 хил. лв. се формира положително бюджетно салдо (излишък) за годината в размер на 10 942,9 хил. лв.

2.4. Човешки ресурси

В лечебните и здравни заведения от системата на здравеопазване към 31.12.2018 г. на основен трудов договор работят 124 603 души .

Броят на практикуващите на основен трудов договор лекари е 29 667, което е намаление с 1.4% спрямо предходната 2017 г., когато техният брой е бил 30 078 лекари. Осигуреността с лекари през 2018 г. намалява – на 42.4 на 10 000 души от 42.7‰ през 2017 г. и надвишава средните европейските показатели (ЕС – 35.1 на 10 000)

Лекарите по дентална медицина са 7 240, спрямо 8 355 за 2017 г.

Броят на специалистите по здравни грижи е 46 332. От тях 30 589 са медицински сестри, които намаляват спрямо 2017 г., когато техният брой е бил 30 955.

Продължава да се увеличава броят на работещия на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения друг персонал с немедицинско образование - от 40 359 през 2017 г. на 40 916 души през 2018 г.

И през 2018 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 62.0 на 10 000 души в Плевен, 51.2‰ в Пловдив, 50.9‰ за София-столица и 50.0‰ във Варна до 25.9‰ в област Кърджали, 26.7‰ в област Добрич, 28.6 в област Перник и 29.0‰ в област Силистра.

От всички работещи в страната 29 667 лекари през 2018 г., 6 759 (22.8%) работят в лечебните заведения в София-столица. Над половината от работещите лекари в страната (56.3%) са концентрирани в 6 области - София-столица, Пловдив (11.5%), Варна (7.9%), Плевен (5.0%), Бургас (4.5%) и Стара Загора (4.4%).

Към 31.12.2018 г. броят на общопрактикуващите лекари в първичната извънболнична помощ - 4 199 или 14.2% от всички практикуващи лекари в страната.

В структурата на лекарите-специалисти по специалности най-голям е дялът на практикуващите по специалностите Кардиология – 1 747 (5.9%) и Акушерство и гинекология - 1 742 (5.9%). След тях са лекарите-специалисти по Педиатрия - 1735 (5.8%), Анестезиология и интензивно лечение - 1 652 (5.6%), Хирургия – 1 576 (5.3%), Нервни болести -1 474 (5.0%), Очни болести - 991 (3.3%) и Вътрешни болести - 967 (3.3%).

Осигуреността с лекари по дентална медицина намалява през 2018 г. на 10.3 на 10 000 души, при показател за ЕС – 6.8‰, като варирането на показателя е от 15.7 ‰ в Пловдив и 14.4‰ в София-столица до 5.3‰ за област Търговище и София и 5.6‰ за област Разград.

Показателят за брой население на 1 лекар в България се увеличава до 236 души, а на 1 лекар по дентална медицина до 967 души.

През 2018 г. осигуреността със специалисти по здравни грижи остава непроменена - 66.2 на 10 000 души.

Кадровото обезпечаване в структурите на общественото здравеопазване в страната продължава да е в тежко състояние, с най-голям дефицит на лекари и други медицински специалисти.

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

Човешките ресурси в сектора на здравеопазването в България са изправени пред същите предизвикателства като останалите европейски държави – застаряващо население и съответно застаряваща работна сила в здравния сектор, недостатъчна привлекателност за младите поколения на някои здравни професии (най-вече професията „медицинска сестра“), неравномерно териториално разпределение в резултат на вътрешна миграция от по-малките към по-големите населени места, миграция на здравни работници в ЕС и извън него. 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 9 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. В резултат броят на студентите по специалност „медицинска сестра“ за учебната 2018/2019 г. е увеличен с 47 (от 671 на 718), което не е достатъчно за осигуряване на необходимия брой медицински сестри в страната.

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 2018 г. редът и условията за специализация се регламентират от Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, 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 2018 г. общият брой специализанти по Наредба № 1 от 2015 г. е 3 847. Специализантите, започнали обучението си през 2018 г. са 1 260.

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 сериозен спад в желанието за емиграция 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.

През 2018 г. по реда на Наредба № 1 от 2015 г. министърът на здравеопазването е утвърдил 630 места за специализанти за 2019 г., за които държавата ще финансира таксата за обучение, а до държавен изпит за специалност са допуснати общо 1 260 кандидата (494 на майска и 766 на декемврийска сесия).

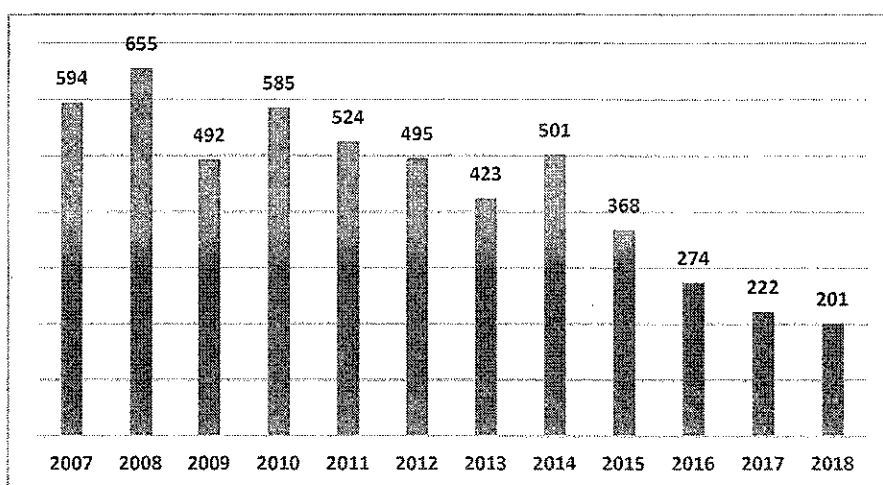
През 2018 г. се изпълнява проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването”, по който Министерство на здравеопазването е конкретен бенефициент и който се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г., съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд. Проектът дава възможност на лица, започнали обучението си за придобиване на специалност – лекари-специализанти и лекари по дентална медицина-специализанти, 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 2018 г. са издадени общо 851 удостоверения, необходими за работа в чужбина на лица (български граждани и чужденци), придобили професионална квалификация по медицинска професия в България, като удостоверенията на български граждани са общо 477 (за всички професии, за които компетентен орган е министърът на здравеопазването).

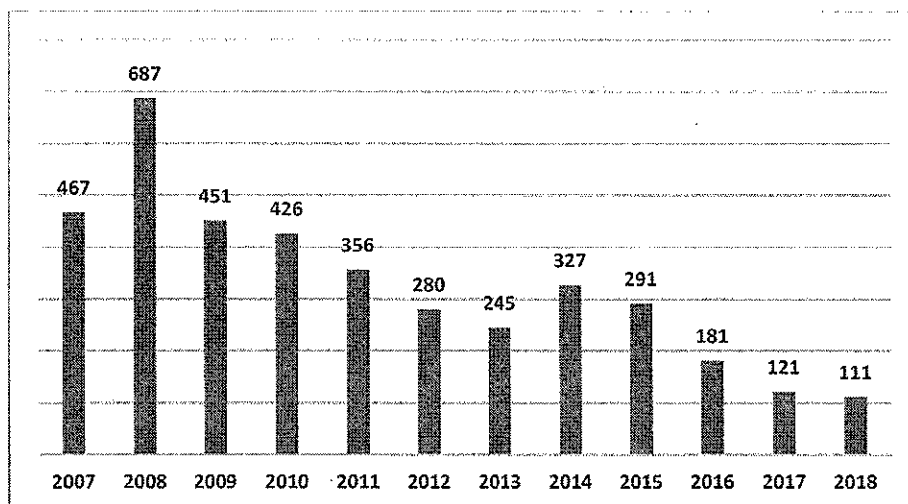
През последните 11 години е налице явна тенденция за намаляване броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина на български граждани (фиг. 21). Намалението е над три пъти – от 655 през 2008 г. до 201 през 2018 г. Особено интензивно е намалението в броя на издаваните удостоверения в периода 2014-2018 г., когато броят им намалява близо 2,5 пъти (от 501 на 201). 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 21. Брой издадени удостоверения за работа в чужбина на лекари - български граждани, завършили в България за периода 2007-2018 г.



За последните 11 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. 22). През 2018 г. са издадени само 111 удостоверения, необходими за упражняване на професията в чужбина на медицински сестри, завършили в България.

Фигура 22. Брой издадени удостоверения за работа в чужбина на медицински сестри - български граждани, завършили в България за периода 2007-2018 г.



Министърът на здравеопазването е компетентен орган за признаването на професионална квалификация по регулираните медицински професии. През 2018 г. са издадени 67 удостоверения за признаване на професионална квалификация и специалност в областта на здравеопазването.

2.5. Лечебни заведения

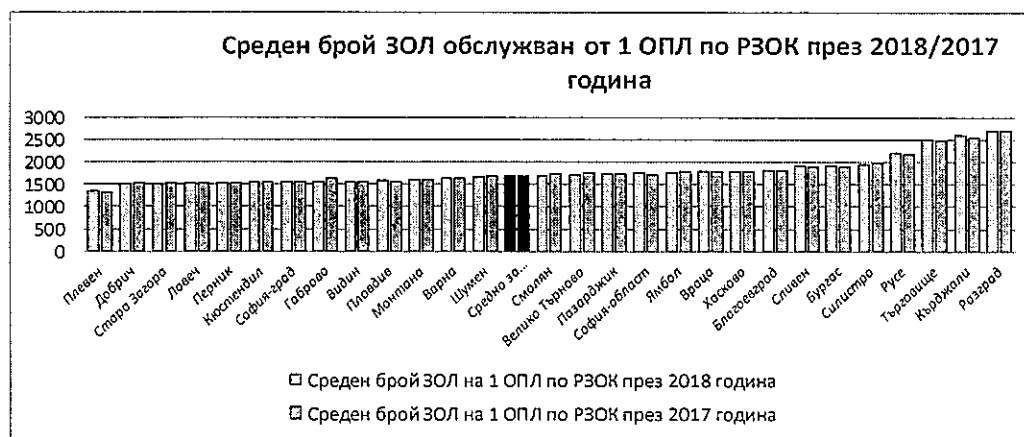
2.5.1. Първична извънболнична медицинска помощ

Осигуреност с общопрактикуващи лекари

Осигуреността с ОПЛ през 2018 г. средно за страната е един лекар на 1 690 здравноосигурени лица, сравнено с миналата година един ОПЛ е обслужвал 1 692 ЗОЛ. Най-висока е осигуреността в РЗОК-Плевен (един ОПЛ на 1 339 ЗОЛ-2018 г./един ОПЛ на 1 332 ЗОЛ-2017 г.), РЗОК-Добрич (един ОПЛ на 1 510 ЗОЛ-2018 г./един ОПЛ на 1 523 ЗОЛ-2017 г.) и РЗОК-Стара Загора (един ОПЛ на 1 518 ЗОЛ-2018 г./един ОПЛ на 1 529

ЗОЛ-2017 г.). Остава най-ниска осигуреността в РЗОК - Разград (един ОПЛ на 2 710 ЗОЛ-2018г./един ОПЛ на 2 716 ЗОЛ-2017г.) и РЗОК - Кърджали (един ОПЛ на 2 619 ЗОЛ-2018г./един ОПЛ на 2 547 ЗОЛ-2017г.), където един ОПЛ обслужва най-голям брой ЗОЛ. (виж Фиг. 23)

Фигура 23.



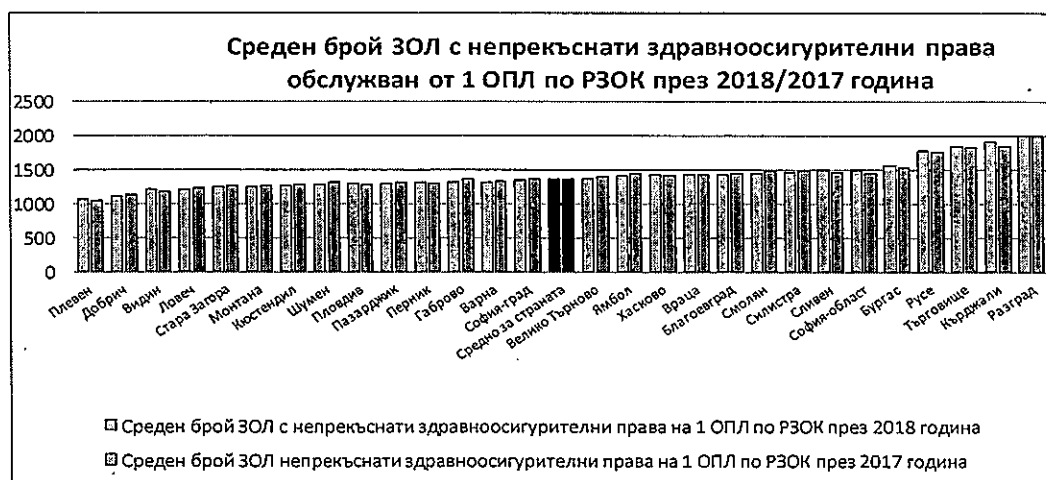
Осигуреност с ОПЛ на ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права:

Осигуреността с ОПЛ към 31.12.2018 г. средно за страната е един лекар на 1 409 ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права, сравнено със същия период на миналата година един ОПЛ е обслужвал 1 396 ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права.

Осигуреността с ОПЛ през 2018 г. средно за страната е един лекар на 1 370 ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права, сравнено с миналата година един ОПЛ е обслужвал 1 372 ЗОЛ с непрекъснати права.

Най-висока е осигуреността в РЗОК-Плевен (един ОПЛ на 1 061 ЗОЛ-2018 г./един ОПЛ на 1 057 ЗОЛ-2017 г.), РЗОК-Добрич (един ОПЛ на 1 123 ЗОЛ-2018 г./един ОПЛ на 1 133 ЗОЛ-2017 г.) и РЗОК-Видин (един ОПЛ на 1 210 ЗОЛ-2018 г./един ОПЛ на 1 186 ЗОЛ-2017 г.). Остава най-ниска осигуреността в РЗОК - Разград (един ОПЛ на 2 004 ЗОЛ-2018 г./един ОПЛ на 2 007 ЗОЛ-2017 г.) и РЗОК - Кърджали (един ОПЛ на 1 928 ЗОЛ-2018 г./един ОПЛ на 1 856 ЗОЛ-2017 г.), където един ОПЛ обслужва най-голям брой ЗОЛ. (виж Фиг.24).

Фигура 24.



Програма „Детско здравеопазване“, изпълнявана от ОПЛ

Средният за страната брой на отчетените профилактични прегледи за 2018 г. на лицата от 0 до 1 година е 9,82 на 1 ЗОЛ. Наблюдава се намаление на обращаемостта с 1%, спрямо същия период на 2017 г., когато стойността на показателя е 9,94 прегледа на едно ЗОЛ от 0 до 1 година.

В 13 РЗОК стойността на показателя е над средното за страната. Най-високи стойности отбелязва показателят и през двата наблюдавани периода в РЗОК-Смолян (2018 г.-11,07; 2017 г.-11,11), РЗОК-София-област (2018 г.-11,05; 2017 г.-11,02) и РЗОК-Перник (2018 г.-10,63; 2017 г.-10,76). В останалите 15 РЗОК стойността на показателя е под средното за страната и варира в диапазона между 9,81 - 5,68 прегледа през 2018 г. и 9,84 - 6,29 прегледа през 2017 г.

Наблюдава се намаление в отчетените профилактични прегледи на 1 ЗОЛ през 2018 г., спрямо 2017 г. в РЗОК-Видин (2018 г.-5,68; 2017 г.-6,29), РЗОК-Враца (2018 г.-9,11; 2017 г.-9,53), и РЗОК-Пловдив (2018 г.-10,43; 2017 г.-10,89) съответно с 12% и 4% (За РЗОК Враца и РЗОК Пловдив).

Най-малък брой профилактични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 1-годишна възраст отчитат в РЗОК-Видин (2018 г.-5,68; 2017 г.-6,29) и РЗОК-Габрово (2018 г.-6,50; 2017 г.-6,68), тъй като в тези РЗОК програма „Детско здравеопазване“ се изпълнява основно от лекари-специалисти по педиатрия

По програма „Детско здравеопазване“ при ЗОЛ от 1 до 2 години средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2018 г. бележи леко намаление, спрямо стойността на показателят през 2017 г. (2,99 прегледа през 2018 г./3,05 прегледа за 2017 г.) В 13 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната, като най-голям е броят в РЗОК София-област (2018 г.-3,43; 2017 г.-3,43), РЗОК - Перник (2018 г.-3,41; 2017 г.-3,45) и РЗОК-Ямбол (2018 г.-3,28; 2017 г.-3,26). В 15 РЗОК стойността на показателя е под средното за страната.

При предвидени по програмата четири прегледа годишно за тази възрастова група с най-ниска обращаемост са областите с най-малко отчетени прегледи средно на едно ЗОЛ от 1 до 2 години - РЗОК-Видин (2018 г.-1,84; 2017 г.-2,01) и РЗОК-Габрово (2018 г.-1,87; 2017 г.-2,01), тъй като в тези РЗОК програма „Детско здравеопазване“ се изпълнява предимно от лекари-специалисти по педиатрия.

През 2018 г. се отчитат средно за страната 1,50 профилактични прегледи на ЗОЛ от 2 до 7 години, като стойността на показателя през 2017 г. е бил на същото ниво - 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 (2018 г.-1,71; 2017 г.-1,69), РЗОК-Перник (2018 г.-1,67; 2017 г.-1,68) и РЗОК-Ямбол (2018 г.-1,67; 2017 г.-1,68).

При предвидени два профилактични прегледа за тази възрастова група са отчетени по-малко прегледи в 14 РЗОК, като най-ниски стойности отбелязва показателят в РЗОК- Видин (2018 г.-0,99 и 2017 г.-1,04) и РЗОК-Габрово (2018 г.-1,09 и 2017 г.-1,13).

Средният брой на отчетените профилактични прегледи на лицата от 7 до 18 години през 2018 г. е 0,82 прегледа на едно ЗОЛ, като почти същата - 0,83 прегледа на едно ЗОЛ е била стойността на показателя и през 2017 г., при изискуем по програмата един преглед годишно.

В 14 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е над средната стойност на показателя за страната. С най-високи стойности е показателят в РЗОК - София-област (2018 г.-0,90; 2017 г.-0,88), РЗОК - Перник (2018 г.-0,89 и 2017 г.-0,89) и РЗОК - Пазарджик (2018 г.-0,88 и 2017 г.-0,88).

В останалите 14 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е под средната стойност на показателя за страната. Най-ниски стойности на показателя са отчетени в РЗОК - Габрово (2018 г.-0,71; 2017 г.-0,72), РЗОК - Шумен (2018 г.-0,72 и 2017 г.-0,70) и РЗОК - Кърджали (2018 г. - 0,74; 2017 г.-0,72).

През 2018 г. 82 % от ЗОЛ от 7 до 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на годишен профилактичен преглед, като стойността на показателя през 2017 г. е почти същия – 83 %. Броят на извършените профилактични прегледи в тази възрастова група традиционно отбелязва по-значителен ръст в края на трето тримесечие, преди началото на учебната година.

През 2018 г. при дейностите по „Детско здравеопазване не се наблюдава ръст в отчетените профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. по всички възрастови групи в сравнение с отчетените дейности през 2017 г.

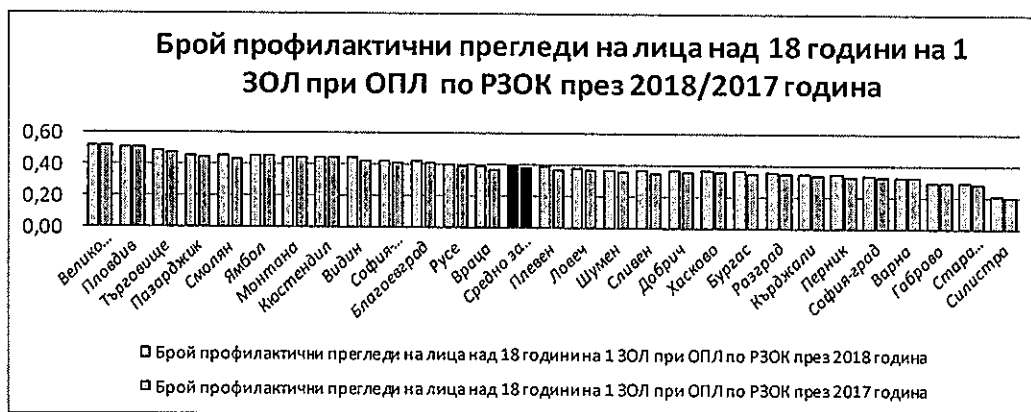
Профилактика на ЗОЛ над 18 години, осъществявана от ОПЛ

За двата сравнявани периода отчетените профилактични прегледа на ЗОЛ над 18 годишна възраст са съответно 2 359 660 броя през 2018 г. и 2 315 522 броя през 2017 г.

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2018 г., при лицата над 18 години е 0,39 прегледа на едно ЗОЛ, при предвиден един преглед годишно. За същия период на 2017 г. стойността на показателя е била 0,38 прегледа на едно ЗОЛ. В 13 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 (2018 г.-0,52; 2017 г.-0,51), РЗОК Пловдив (2018 г.-0,51; 2017 г.-0,50) и РЗОК Търговище (2018 г.-0,49; 2017 г.-0,47). В останалите 15 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 (2018 г.-0,29 и 2017 г.-0,28) и РЗОК Габрово (2018 г.-0,29 и 2017 г.-0,29) като правят впечатление много ниските стойности в РЗОК Силистра (2018 г.-0,21; 2017 г.-0,19).

Видно е, че за разглеждания период средно за страната само 39% от ЗОЛ над 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на профилактичен преглед (Фиг.25).

Фигура 25.



С цел профилактика на социалнозначими 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 2018 г. за отчетени 2 359 660 профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г., като за тях има отчетени 2 350 524 карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване, т.е. за 99,61% от прегледите. За същия отчетен период на 2017 г. за отчетени 2 315 522 профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. са отчетени 2 151 302 карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване, т.е. за 92,91% от прегледите.

За разглеждания период до 31.12.2018 г. при формирането на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване от ОПЛ, 18 776 ЗОЛ над 18 години са с риск от развитие на сърдечно-съдови заболявания, като :

- с много висок риск по SCORE са 1 783 лица, (13 са насочени към специалист по кардиология);

- с висок риск по SCORE са 16 993 лица.

За същия период 53 363 ЗОЛ са включени в група с рискови фактори за развитие на захарен диабет тип 2, като:

- 3 833 лица са с много висок риск за развитие на захарен диабет тип 2, от тях 175 са насочени към специалист по ендокринология и болести на обмяната;

- 49 530 лица с висок риск за развитие на захарен диабет тип 2.

В резултат на извършените профилактични прегледи през горепосочения период са формирани и групи от лица с риск за развитие на:

- злокачествено новообразувание на шийката на матката – 13 146 бр. лица, от тях 66 са

насочени към специалист по акушерство и гинекология;

- злокачествено новообразувание на млечната жлеза – 42 510 бр. лица, от тях 401 са насочени

към специалист по хирургия или по акушерство и гинекология;

- злокачествено новообразувание на ректосигмоидалната област – 19 006 бр. лица, от тях 92 са насочени към специалист по гастроентерология;

- злокачествено новообразувание на простатата – 583 бр. лица, от тях 12 са насочени към специалист по урология.

В НРД за МД за 2018 г. са договорени 374 210 броя за нова дейност в ПИМП „Вторични профилактични прегледи на лица, включени в група с рискови фактори за развитие на заболяване“, поради което не може да се направи сравнение с 2017 г. За деветте месеца на действието на НРД за МД за 2018 г. от 01.04. до 31.12.2018 г. са отчетени 13 159 вторични профилактични прегледи, като са усвоени 3,52% от обемите по НРД за МД за 2018 г.

За 2018 г. общо 759 ЗОЛ са насочени към лекар-специалист за задължителна консултация по повод много висок риск за развитие на сърдечно-съдови заболявания, много висок риск за развитие на захарен диабет тип 2 и рискови фактори за развитие на злокачествено новообразувание.

Отчетените прегледи за 2018 г. са с 44 138 броя повече, като ръстът е 1,91%. Същевременно средномесечният брой на ЗОЛ над 18 годишна възраст през 2018 г. е намалал с 38 933 което подобрява стойността на показателя през 2018 г. – 39% на преминалите профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години.

При профилактика на бременни жени с нормална бременност през 2018 г. от ОПЛ са извършени 3 738 прегледа на 1 899 бременни по програма „Майчино здравеопазване“. За периода на 2017 г. са извършени 4 600 прегледа на 2 175 бременни, т.е. при по-малък брой ЗОЛ, включени в регистъра по програмата, са извършени и по-малко прегледи. В РЗОК Ямбол, общопрактикуващите лекари не осъществяват наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“, тъй като в тази област няма бременни включени в регистъра при ОПЛ.

Към 31.12.2018 г. за дейностите по „Майчино здравеопазване“ не се наблюдава ръст в отчетените профилактични прегледи.

По програма „Майчино здравеопазване“ продължава трайна тенденция 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

През 2018 г. при ОПЛ най-голям брой ЗОЛ са диспансеризирани за следните социално значими заболявания:

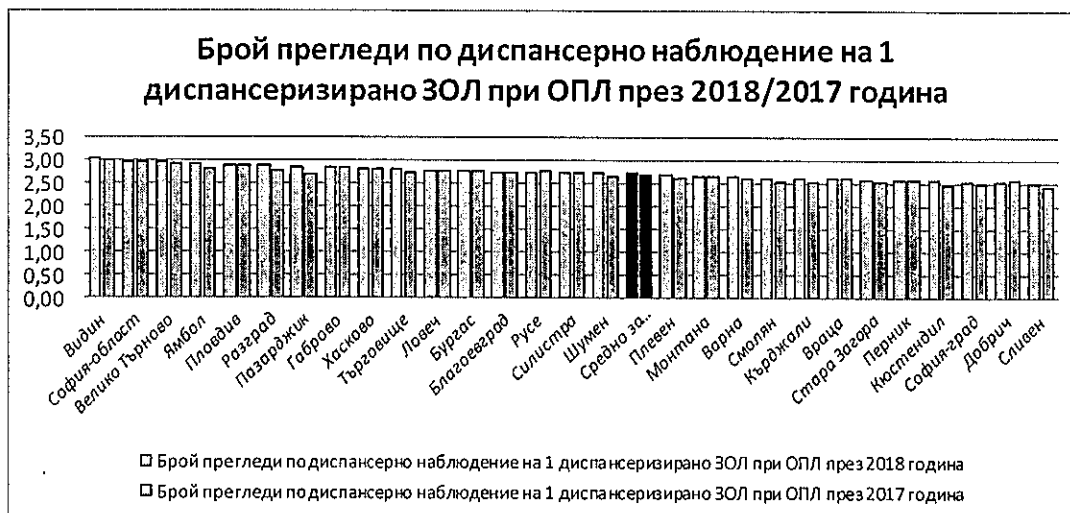
- „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ – 419 164 диспансеризирани (2018 г.) и 397 932 диспансеризирани (2017 г.) – т.е. бележат ръст от 5 %;

- „Болести на органите на кръвообращението“ – 1 632 014 диспансеризирани (2018 г.) и 1 578 360 диспансеризирани (2017 г.) – т.е. бележат ръст от 3%.

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(Фиг. 26)

Фигура 26.



Броят на лицата включени в регистър " Диспансерно наблюдение" при ОПЛ нараства с 3 %, в сравнение с 2017 г. Това от своя страна води до увеличение на броя на извършените прегледи на по диспансерно наблюдение ЗОЛ с две и повече от две заболявания през 2018 г.

Инцидентни посещения при ОПЛ

През 2018 г. средната стойност на показателя „Брой инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ при ОПЛ“ е 28,87 броя, а през 2017 г. - 30,42 броя, т.е. наблюдава се намаление от 5%. Едни и същи РЗОК да 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 и РЗОК - Благоевград, като сравнено със същия период на 2017 г. се наблюдава тенденция към намаляване в РЗОК – Бургас с 7% и РЗОК - Благоевград с 2% . С най-ниски стойности е показателят в РЗОК - Разград, РЗОК - Кърджали и РЗОК - Габрово.

2.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ

През 2018 г. средно за страната се отчитат 0,79 първични консултативни прегледи на 1 ЗОЛ в СИМП при 0,78 броя през 2017 г.

През отчетната 2018 г., както и през 2017 г. най-много първични прегледи на едно ЗОЛ отчитат РЗОК - Плевен (0,99 през 2018 г./0,97 през 2017 г.), РЗОК - София град (0,90 през 2018 г./0,89 през 20187 г.), РЗОК - Русе (0,88 през 2018 г./0,89 през 2017 г.) РЗОК - Варна (0,88 през 2018 г./0,88 през 2017 г.), РЗОК - Пловдив (0,85 през 2018 г./0,85 през 2017 г.) и РЗОК - Велико Търново (0,85 през 2018 г./0,86 през 2017 г.).

Най-ниска е стойността на показателя в РЗОК - Разград (0,62 през 2018 г./0,61 през 2017 г.), РЗОК - София област (0,62 през 2018 г./0,63 през 2017 г.), РЗОК - Силистра (0,61 през 2018 г./0,61 през 2017 г.) и РЗОК - Кърджали (0,56 през 2018 г./0,56 през 2017 г.) –

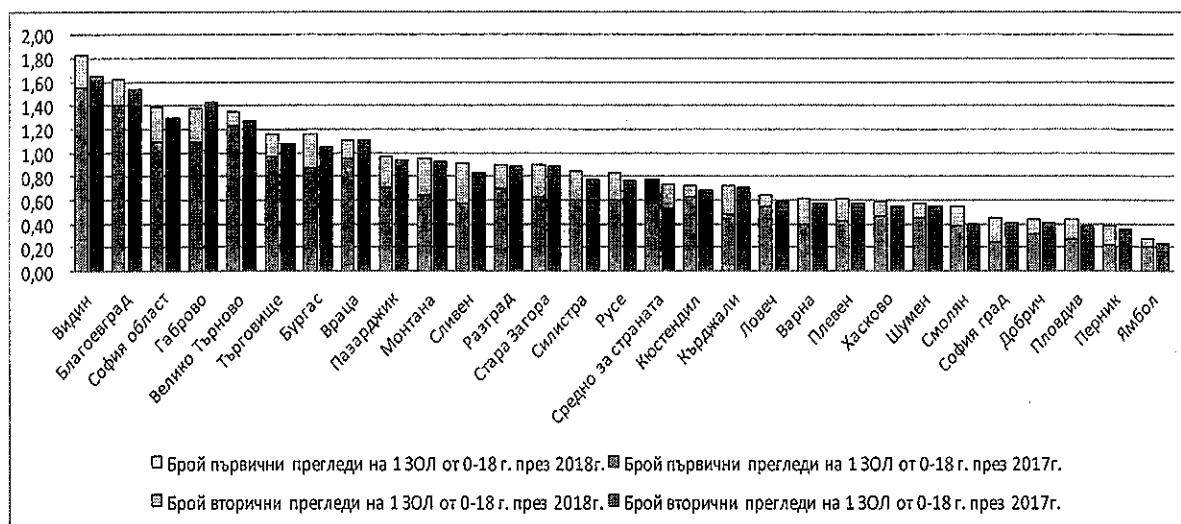
тенденция, която се запазва от 2017 г., което е в съответствие и с по-малката осигуреност на тези области с лекари – специалисти.

През 2018 г. и 2017 г. средно за страната са отчетени по 0,32 вторични консултативни прегледа на 1 ЗОЛ. В 11 РЗОК през 2018 г. стойността на показателя е над средната за страната и се движи в диапазона между 0,38 и 0,32 прегледа. През 2017 г. този диапазон е между 0,37 и 0,32 прегледа.

В 17 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната. Показателят е с най-ниски стойности в РЗОК - Разград, РЗОК - София област, РЗОК - Силистра и РЗОК - Кърджали, тенденция която се запазва от 2017 г.

За периода януари – декември 2018 г. съотношението първични консултативни към вторични консултативни прегледи средно за страната е 0,40, за периода януари – декември 2017г. това съотношение средно за страната е 0,41, което е в рамките на допустимото „един първичен преглед към 0,5 вторичен преглед“.

Фигура 27. Първични/вторични прегледи на 1 ЗОЛ от 0-18 г. при специалист с придобита специалност по “Педиатрия“ по повод остри състояния през 2018 г./2017 г.



През отчетната 2018 г. наблюдаваме ръст от 6% на показателя (първични прегледи на 1 ЗОЛ от 0-18 г.) спрямо 2017 г., като продължава да действа правилото, че насочването към педиатър при остри заболявания и състояния при деца е извън определените брой специализирани медицински дейности на изпълнителите на ПИМП. Средният брой отчетени първични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при лекар-специалист с придобита специалност „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност „Детски болести“ през 2018 г. за страната е 0,78 прегледа, а през 2017 г. стойността на показателя е 0,74 прегледа. Най-високи стойности над средната за страната се отчитат в РЗОК - Видин (1,82 прегледа през 2018 г./1,65 през 2017 г.) и РЗОК - Благоевград (1,63 прегледа през 2018 г./1,54 през 2017 г.).

Вторичните прегледи през 2018 г. на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при лекар-специалист с придобита специалност „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност „Детски болести“ средно за страната са 0,58 прегледа, а през 2017 г. този показател е 0,53 прегледа.

През 2018 г. съотношението първични спрямо вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ от 0-18 г. при специалист по педиатрия и профилни специалности средно за страната е 0,74, т.е. не надвишава допустимото съотношение 1:1, като на 26% от преминалите деца не са извършвани и съответно отчитани вторични прегледи.

Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от лекар-специалист в ЛЗ за СИМП през 2018 г. и 2017 г.

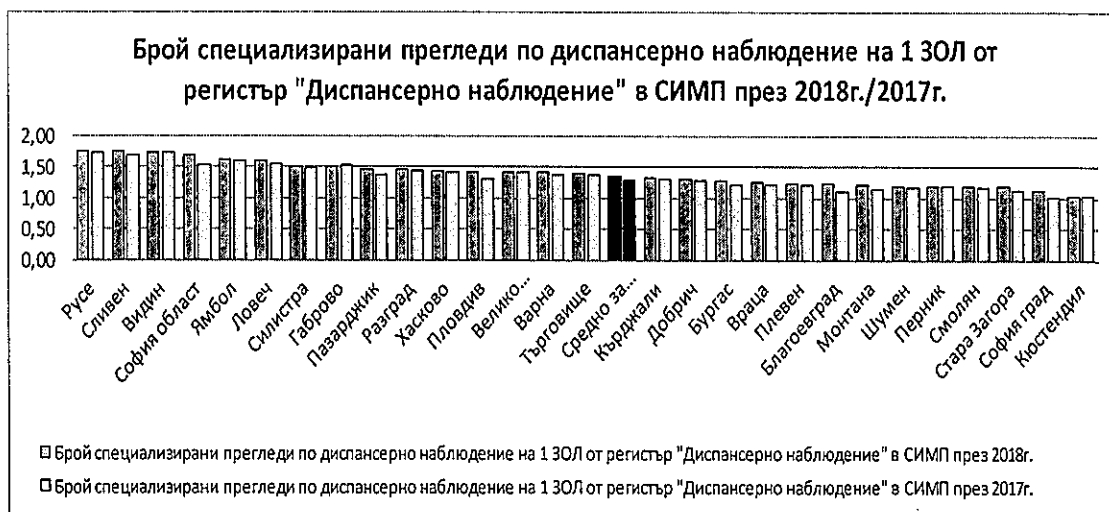
За периода 01.01.- 31.12.2018 г., класовете болести по МКБ 10 с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист са както следва:

- „Болести на дихателната система“ - за 2018 г. – 197 184 диспансеризирани ЗОЛ. Най-голям брой са регистрирани в РЗОК - София град – 24 351, РЗОК - Стара Загора – 16 744 и РЗОК - Пловдив – 12 685.

- „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ - за 2018 г. - с 124 596 диспансеризирани ЗОЛ (-0,1% спад спрямо 2017 г.). Най-голям брой регистрирани с тези заболявания са: РЗОК - София град – 22 788, РЗОК - Пловдив – 8 592 и РЗОК - Варна – 8 090.

През 2018 г. средно за страната са отчетени 61 първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на 10 000 ЗОЛ, тенденция която се запазва от 2017 г. Най-голям брой специализирани прегледи на 10 000 ЗОЛ от този вид се отчитат в РЗОК - Видин (155 през 2018 г./ 179 през 2017 г.), РЗОК - Ямбол (108 през 2018 г./104 през 2017 г.), РЗОК - Кюстендил (100 през 2018 г./109 през 2017 г.) и РЗОК - Стара Загора (98 през 2018 г./104 през 2017 г.), което е два пъти над средното за страната. Най-малък брой първични специализирани прегледи на 10 000 ЗОЛ под средните стойности за страната по този показател се отчитат в РЗОК - Разград (33 през 2018 г./22 през 2017 г.), РЗОК - Пазарджик (33 през 2018 г./35 през 2017 г.) и РЗОК - Бургас (28 през 2018 г./26 през 2017 г.). Общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение през 2018 г. средно за страната са 1,35 прегледа на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП, за 2017г. стойността на този показател е 1,29 - наблюдаваме ръст от 5% за страната през 2018г. спрямо 2017г. (Фиг. 28)

Фигура 28.



Ръстът на специализираните прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно или повече заболявания при СИМП може да се обясни с по-голямата обръщаемост на ЗОЛ, при намаляване броя на диспансеризираните ЗОЛ при изпълнители на СИМП.

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

Средната стойност за страната на показателя „Брой профилактични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 г. по програма „Детско здравеопазване“ в СИМП през 2018 г. е 0,039 прегледа, през 2017 г. стойността е 0,036 прегледа. В РЗОК - Видин (0,294 през 2018 г./0,264 през 2017 г.), РЗОК - Габрово (0,293 през 2018 г./0,277 през 2017 г.) и РЗОК-Кюстендил (0,129 през 2018 г./0,134 през 2017г.) се отчитат най-голям брой прегледи по програмата. През отчетната 2018 г., както и през 2017 г., лекарите-специалисти по педиатрия в РЗОК - Пазарджик, РЗОК - Русе, РЗОК - Сливен и РЗОК - Перник не отчитат

профилактични прегледи по програма „Детско здравеопазване“, профилактиката в тези региони се извършва основно от ОПЛ.

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

През 2018 г. по програма „Майчино здравеопазване“ за наблюдение на бременни жени с нормална и рисковата бременност от лекар-специалист по акушерство и гинекология са отчетени общо 359 252 профилактични прегледа на 78 059 бременни (43 269 първични и 315 983 вторични). За 2017 г. са отчетени общо 372 310 профилактични прегледа на 81 669 бременни (44 558 първични и 327 752 вторични). Средната стойност на показателя за страната през 2018 г. е 4,60 прегледа на една бременна жена включена в програмата, за 2017 г. стойността на показателя е 4,56 прегледа. Най-високо изпълнение по програмата през 2018 г. е отчетено в РЗОК - Перник, РЗОК - Хасково, РЗОК - Добрич и РЗОК - Търговище, тенденция която се запазва от 2017 г.

Налага се изводът, че в по-голямата част от страната, бременните жени избират да бъдат наблюдавани от специалисти по акушерство и гинекология и само в някои региони, където е затруднен достъпът до специализирана медицинска помощ, наблюдението се извършва от ОПЛ.

Медицинска експертиза на работоспособността

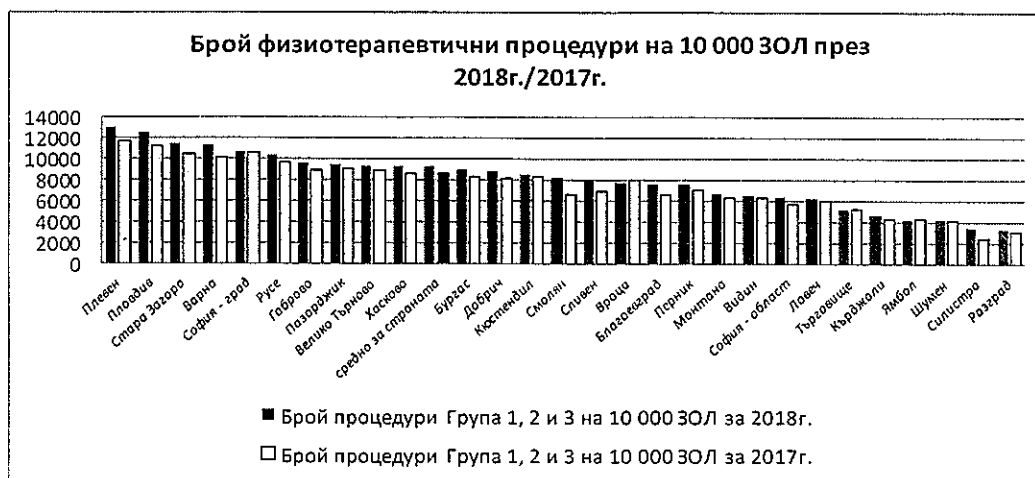
Средният брой прегледи на 10 000 ЗОЛ за страната, извършени по повод медицинска експертиза на работоспособността (прегледи от ЛКК, по искане на ЛКК, за подготовка за ЛКК/ТЕЛК) през 2018 г. за страната е 1 506 пр., за 2017 г. стойността на показателя е 1 494 пр. на 10 000 ЗОЛ. Най-голям брой прегледи на 10 000 ЗОЛ, почти три пъти над средната за страната стойност, са отчетени в РЗОК - Габрово (5 096 през 2018 г./5 134 през 2017 г.), РЗОК-Перник (5 005 през 2018 г./4 641 през 2017 г.) и РЗОК-Монтана (3 331 през 2018 г./3 139 през 2017 г.). В РЗОК - Габрово и РЗОК – Перник наблюдаваме тенденция на спад при средната стойност по този показател през 2018 г. спрямо 2017 г.

Запазва се тенденцията от 2017 г. и през 2018 г. в РЗОК - Търговище (641 през 2018 г./620 през 2017 г.) и РЗОК - Шумен (421 през 2018 г./396 през 2017 г.) по този показател се отчитат най-малко прегледи на 10 000 ЗОЛ спрямо средната стойност за страната.

Физикална и рехабилитационна медицина

На 10 000 ЗОЛ средно за страната през 2018 г. са отчетени по 9 285 физиотерапевтични процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“, което представлява ръст от 7,2% спрямо същия период на 2017 г. Най-голям ръст отчитат РЗОК - Силистра – 39,9 %, спрямо 2017 г., като причината за това е, че за първите три месеца на 2017 г. в РЗОК - Силистра няма отчетена дейност по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ поради липса на лекари-специалисти по физикална и рехабилитационна медицина, сключили договор за изпълнение на този пакет. По-висок ръст спрямо 2017 г. се наблюдава в РЗОК - Смолян 25,2 %, в РЗОК - Сливен – 16,7 %, РЗОК - Благоевград – 15,9 %. Най-голям брой процедури по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ на 10 000 ЗОЛ, след въвеждането на правилата за хоспитализация, е в РЗОК с наличието на специализирани болници за рехабилитация – Плевен, Пловдив, Стара Загора, Варна, София-град (Фиг. 29).

Фигура 29.

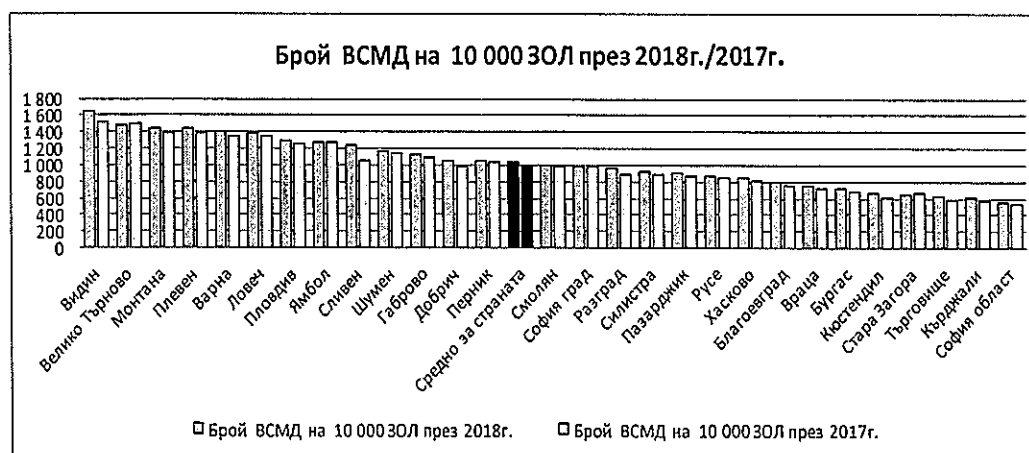


Броят на първоначалните специализирани прегледи по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ е почти равен на броя на заключителните прегледи през 2018 г. Отчетените първоначални и заключителни прегледи отбелязват ръст от 7%. Това може да се обясни с индикации за хоспитализация за рехабилитация на заболявания на централната и периферната нервна система и на опорно-двигателния апарат, 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 са реализирани в РЗОК с наличието на специализирани болници за рехабилитация – София-град, Пловдив, Варна и Стара Загора, а най-малко в Силистра, Разград и Шумен.

Високоспециализирани медицински дейности (ВСМД)

През 2018 г. средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 1030 високоспециализирани медицински дейности, което е с 3% повече в сравнение с 2017 г., когато са отчетени 995 високоспециализирани медицински дейности на 10 000 ЗОЛ. През 2018 г. най-голям брой ВСМД на 10 000 ЗОЛ над средната стойност на показателя за страната се отчитат в РЗОК Видин (1 637 през 2018 г./1 517 през 2017 г.), РЗОК В. Търново (1 478 през 2018 г./1 496 през 2017 г.) и РЗОК Монтана (1 448 през 2018 г./1 384 през 2017 г.). Най-висок ръст в потреблението на ВСМД на 10 000 ЗОЛ през 2018 г. спрямо 2017 г. се наблюдава в РЗОК Сливен (18%), РЗОК Търговище (10%) и РЗОК Разград (10%). С най-висока обрачаемост през 2018 г. са следните ВСМД: „Ехокардиография“, „Електроенцефалография“, „Доплерова сонография“, „Електромиография“ и „Диагностична и терапевтична пункция на стави“.

Фигура 30.



Медико-диагностични изследвания

През 2018 г. средно за страната са отчетени 29 038 броя медико-диагностични изследвания на 10 000 ЗОЛ, което е ръст от 1,12%. И през двата сравнявани периода в 7 РЗОК стойността на този показател е над средната за страната. С достигнатия ръст през 2018 г. РЗОК - Видин (4,02%) и РЗОК - Благоевград (2,56%), също отчитат над средната стойност на показателя.

Най-високи стойности на показателя са отчетени в РЗОК - София (39 265, спад от 0,41 %), РЗОК - Пловдив (34 002, ръст 0,53%) и РЗОК - Варна (33 349, ръст 3,18%). В някои РЗОК с най-високи стойности се запазва нивото на показателя от 2017 г. – София, Пловдив, Велико Търново и Плевен. По-висок ръст от средния за страната отбелязват РЗОК в Ямбол, Варна, Русе. Това са области с голям брой население, с висока обръщаемост на ЗОЛ от други области, както и с голям брой лекари-специалисти, лечебни заведения за СИМП с МДЛ и СМДЛ.

В 19 РЗОК стойността на показателя е под средното за страната. С най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ през двата сравнявани периода са РЗОК - София-област (15 349), РЗОК - Пазарджик (17 634) и РЗОК - Кърджали (17 816).

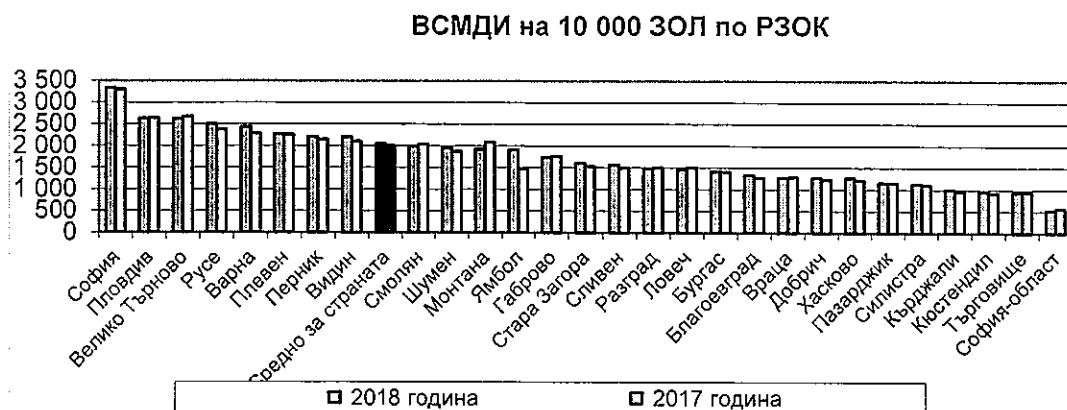
Най-висока е обръщаемостта към МДИ от пакет „Клинична лаборатория“ - средно за страната през 2018 г. са отчетени 25 357 бр. на 10 000 ЗОЛ. Отчетените изследвания от пакет „Клинична лаборатория“ са 87,32% от всички медико-диагностични изследвания. През двата сравнявани периода в 8 РЗОК (София, Пловдив, Варна, Ямбол, Велико Търново, Видин, Русе и Благоевград) стойността на този показател се запазва над средната за страната. В резултат на отчетен спад през 2018 г., от тази група отпадат РЗОК - Монтана (-7,91 % ; 2 107 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ) и РЗОК-Разград (-2,04%; 289 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ). Запазва се тенденцията РЗОК - София (33 711), РЗОК - Пловдив (30 289) и РЗОК - Варна (29 199) да са на първите три места по потребление на МДИ от пакет „Клинична лаборатория“. В 19 РЗОК стойността на този показател е под средната за страната. В много от РЗОК, отчитащи стойности на показателя под средната за страната е отчетен по-висок ръст от средния за страната – Кърджали (15,47%), Добрич (7,20%) и Перник (5,49%). Стойността на показателя се запазва на нивото на 2017 г., когато средната стойност за страната е била 25 068 с незначителен ръст от 1,15%.

През 2018 г. средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 2 202 изследвания от пакет „Образна диагностика“. За 2017 г. са отчетени 2 178 броя на 10 000 ЗОЛ). т.е. стойността на показателя за 2018 г. бележи увеличение от 1,1 %. В 11 РЗОК стойността на показателя и през двата наблюдавани периода е над средната за страната. За отчетния период по-нисък ръст от средния за страната отчитат РЗОК в областите Плевен (-20 броя, -0,73%) , Велико Търново (-5 броя, -0,18 %) и Перник (17 броя, 0,65%). Наблюдава се запазване на тенденцията на потреблението от 2017 г. - с най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ са РЗОК Силистра (1 105), Разград (1 461) и Монтана (1 558).

По пакет „Клинична микробиология“ средно за страната през 2018 г. са отчетени 836, а през 2017 г. – 822 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ. Стойността на показателя отбелязва слаб ръст от 1,76% (15 броя на 10 000 ЗОЛ). В 6 РЗОК броят на отчетените изследвания от пакет „Клинична микробиология“ на 10 000 ЗОЛ е над средния за страната. В тази група РЗОК - Габрово (0,52%) отбелязва по-нисък ръст от средния за страната, а РЗОК - Ямбол (-3,00%) и РЗОК - Велико Търново (-0,69%) дори отчитат спад. В края на 2018 г., за разлика от 2017 г., с отбелязвания незначителен ръст от 0,80% (7 броя на 10 000 ЗОЛ) в РЗОК - Пловдив стойността на показателя също е под средната за страната. РЗОК - Кърджали не отчита медико-диагностични изследвания от пакет „Клинична микробиология“ след прекратяване на договора със СМДЛ „Микро-2“ ООД от началото на м. юли 2017 г.

През 2018 година са отчетени 2 045 броя високоспециализирани медико-диагностични изследвания (ВСМДИ) на 10 000 ЗОЛ средно за страната. За 2017 г. стойността на този показател е 2 004 изследвания на 10 000 ЗОЛ. През 2018 г. са отчетени 41 броя ВСМДИ на 10 000 ЗОЛ повече, което е ръст от 2,03% спрямо 2017 г. (Фиг. 31).

Фигура 31.



Най-висока обрачаемост през 2018 и 2017 г. се наблюдава при ВСМДИ - изследвания на хормони, като ръста е от 4,02% на 10 000 ЗОЛ спрямо 2017 г. През 2018 г. те са 47,94% от отчетените обеми ВСМДИ. В 5 РЗОК стойността на този показател и през двата сравнявани периода е над средната за страната. В две от тях броят на отчетените изследвания на 10 000 ЗОЛ спрямо 2017 г. отбелязва по-голям ръст от средния за страната – Видин (9,23%) и Русе (8,22%). РЗОК-Велико Търново, която отчита стойност на показателя над средното за страната за 2018 г. отчита снижение от 1,44%.

През 2017 г. средно за страната са отчетени 397, а през 2018 г. - 393 изследвания „Туморни маркери“ на 10 000 ЗОЛ, като отбелязва незначителен спад от 0,94%. В 9 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната. Само три от тях отчитат ръст в стойността на показателя – РЗОК - Ямбол (63,80%), РЗОК - Видин (1,58%) и РЗОК - Плевен (0,40%). Отчетеният много висок ръст в РЗОК - Ямбол се дължи на започване на работа по договор с НЗОК на ново лечебно заведение, което от м. февруари до края на 2018 г. е отчела 2 719 ВСМДИ - Туморни маркери (44,33% от всички 6 133 броя отчетени за 2018 г. от РЗОК - Ямбол). Някои РЗОК, в които стойността на показателя е под средното за страната, отчитат висок ръст: Благоевград (7,66%), Хасково (6,55%) и Кърджали (7,50%). През наблюдавания период на 2018 г., въпреки отчетения спад от 12,83%, РЗОК - Монтана остава в групата на РЗОК, отчитащи над средната стойност на показателя за страната. Най-малък брой изследвания на туморни маркери на 10 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК София-област (78), Силистра (152) и Пазарджик (192).

Средно за страната, през 2018 г. ВСМДИ „КАТ на 10 000 ЗОЛ“ се запазва на нивото от 2017 г., като отбелязва незначителен спад от 0,41% при отчетени 66,89, съответно 67,16 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ. През двата наблюдавани периода в 9 РЗОК средната стойност на ВСМДИ „КАТ на 10 000 ЗОЛ“ е над средната за страната. Само в две от тях през 2018 г. е отбелязан ръст: Габрово (с 12,85%) и Варна (с 4,70%). и е отчетено голямо снижение от 22,08% на този показател през 2018 г., за разлика от 2017 г., стойността на показателя в РЗОК-Монтана е под средната за страната. Най-високи са стойностите на показателя в РЗОК Плевен (147), Русе (138) и Габрово (122). В 19 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната. Най-малък брой КАТ на 10 000 ЗОЛ е отчетен в РЗОК Разград (12), Търговище (29), София-област (30)

През 2018 г. ВСМДИ „Ядрено-магнитен резонанс“ (ЯМР) са отчетели 22 РЗОК. В РЗОК - Хасково за първи път има сключен договор за ЯМР през м. май. 2018 г., т.е. подобрява се достъпа на ЗОЛ до това ВСМДИ. През 2018 г. стойността на показателя

„ЯМР на 10 000 ЗОЛ“ се запазва относително на нивото от 2017 г., като отбелязва незначителен ръст от близо 1% (0,98%). Средно за страната през 2018 и 2017 г. са отчетени 40,58, съответно 40,19 броя ЯМР на 10 000 ЗОЛ. Над средната стойност за страната отчитат същите шест РЗОК от 2017 г. Най-висока е стойността на показателя в РЗОК София (99), Плевен (79), Варна (68) и Русе (63). В РЗОК-Плевен (7,98%) и РЗОК-Варна (5,57%) отчетеният ръст е по-голям от средния за страната, а в РЗОК Бургас (11,21%), Габрово (18,00%) и Сливен (10,85%), където стойността на показателя е под средната за страната, е достигнат много висок ръст

През 2018 и 2017 г., средно за страната са отчетени 231, съответно 234 ВСМДИ „Мамография на двете млечни жлези“ на 10 000 ЗОЛ. Наблюдава се слабо снижение от 1,47% (3 броя на 10 000 ЗОЛ). Висок ръст на показателя се наблюдава в 5 от РЗОК с отчетени стойности над средната за страната и в много от РЗОК, отчели стойност на показателя под средната за страната - Враца, Благоевград, Перник и Силистра. Това се дължи на факта, че изследването е включено в профилактика на жени от 50 до 69 години с цел превенция на злокачествено новообразувание (карцином) на млечната жлеза - Фиг. 32)

Фигура 31.

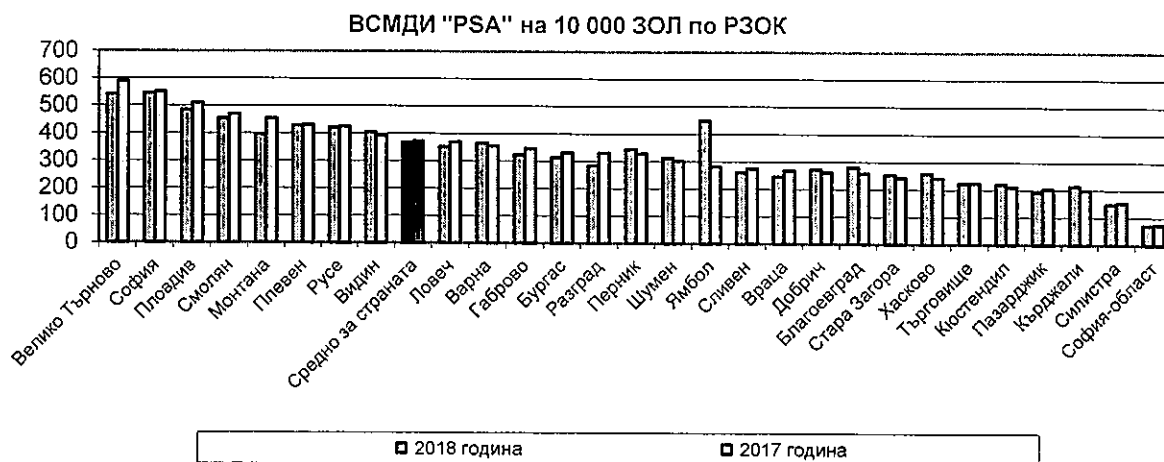


Средният за страната брой отчетени ВСМДИ „Ехография на млечна жлеза“ на 10 000 ЗОЛ за 2018 г. е 20,38 и 18,96 броя за 2017 г., т.е. отчетен е ръст от 7,49% (1,4 броя). Това е положителна тенденция, тъй като изследването е по-щадящо за младите нераждали жени, а цената му – 13,77 лв. е по-ниска от цената, която НЗОК заплаща за „Мамография на двете млечни жлези“ – 18,35 лв. През 2018 г. и 2017 г. показателят ВСМДИ „Ехография на млечна жлеза“ на 10 000 ЗОЛ е над средната стойност за страната в 8 едни и същи РЗОК. Откроява се РЗОК-Ямбол (44,58 броя на 10 000 ЗОЛ), която отчита 2,19 пъти над средното за страната, въпреки отбелязания спад от 9,6% (4,7 броя) в сравнение с 2017 г. РЗОК-София и РЗОК-Варна отчитат два пъти над средното за страната. Ръст на показателя е отчетен и в РЗОК, в които стойността му е под средната за страната – Търговище, Пловдив, Разград, Кюстендил, Стара Загора, Силистра, Добрич, Хасково, Бургас. Най-малък брой „Ехография на млечна жлеза“ – под 1 брой на 10 000 ЗОЛ са отчетени в 2 РЗОК – Ловеч, Габрово. През 2018 г. РЗОК - Видин и РЗОК - Смолян не отчитат ВСМДИ „Ехография на млечна жлеза“.

Средната за страната стойност на показателя ВСМДИ „PSA на 10 000 ЗОЛ“ се запазва на нивото от 2017 г., като отбелязва незначителен спад от 0,96% (3,6 броя на 10 000 ЗОЛ). През 2017 г. ВСМДИ „PSA“ са били 93,46% от ВСМДИ „Туморни маркери“. Отчетените през 2018 г. 268 998 броя ВСМДИ „PSA“ са 93,44% от общия брой на отчетените ВСМДИ „Туморни маркери“, което е свързано с факта, че изследването е включено в като задължително в профилактика на мъже на и над 50 години с оглед превенция на злокачествено новообразувание на простатата. От РЗОК със стойности на

показателя над средното за страната, ръст в сравнение с 2017 г. отбелязва само РЗОК-Видин (13 броя; 3,33%). В останалите РЗОК от тази група е отчетен спад. От РЗОК със стойности на показателя под средното за страната, най-висок ръст в сравнение с 2017 г. се наблюдава в РЗОК: Ямбол (166 броя, 58,91%), Благоевград (21 броя, 8,29%) и Кърджали (15 броя, 7,57%) (Фиг. 33).

Фигура 33.



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 към 31.12.2018 г. са сключени 9 договора: 5 с ЦПЗ и 4 с ЛЗ за болнична помощ с разкрити клиники (отделения) за психични заболявания. За КДН на лица с психични заболявания са сключени договори с 9 изпълнители в РЗОК Благоевград, Варна, Добрич, Русе, Силистра, София-град (3), София-област. За 2018 г. са отчетени 18 560 прегледа за КДН на лица с психични заболявания, за 2017 г. отчетените прегледи са 20 097. Най-голям брой прегледи се отчитат в РЗОК - Русе (2018 г. – 9 546; 2017 г. – 10 491), РЗОК - София столична (2018 г. – 3 839; 2017 г.-4 558) и РЗОК - Добрич (2018 г. – 2 619 и 2017 г. – 2 457). Тенденцията за най-голям брой прегледи в тези РЗОК през 2018 г. се запазва.

За осъществяване на КДН на лица с кожно-венерически заболявания към 31.12.2018г. са сключени 9 договора: 3 с ЦКВЗ и 6 с ЛЗ за БП с разкрити клиники (отделения) за кожно-венерически заболявания. Договори за оказване на КДН на лица с кожно-венерически заболявания са сключени с 9 изпълнители в РЗОК Бургас, Варна, Велико Търново, Враца, Габрово, Пазарджик, Плевен, София-град (2). За 2018 г. са отчетени 2 376 прегледа за КДН на лица с кожно-венерически заболявания, за 2017 г. те са 2 088 прегледа. Тенденцията да се отчитат най-голям брой прегледи през 2018г., спрямо 2017 г. се запазва в РЗОК - Бургас (2018 г. – 964; 2017 г.- 928), РЗОК - Велико Търново (2018 г. – 719; 2017 г. - 607) и РЗОК - Враца (2018 г. – 668; 2017 г. - 504).

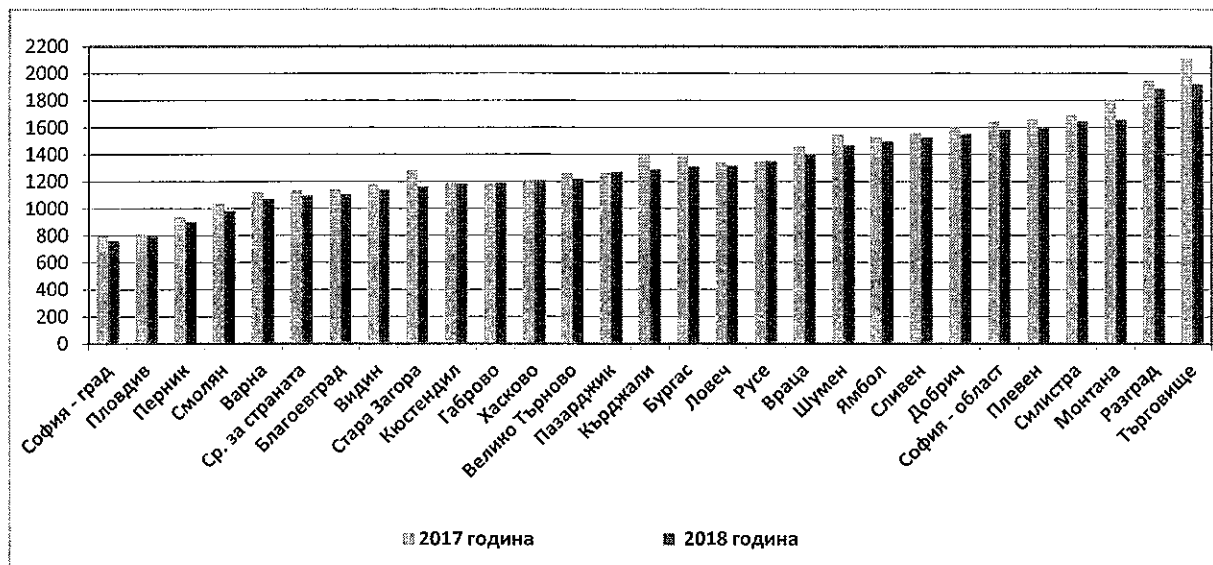
2.5.3. Извънболнична дентална помощ

Първична извънболнична дентална помощ (ПИДП)

Средната осигуреност с лекари по дентална медицина, оказващи ПИДП през 2018 г. е един лекар на 1 093 здравноосигурени лица. Спрямо предшестващата година това представлява увеличение от 3,6% (за 2017 г. осигуреността е един лекар на 1 133), което е свързано както с увеличението на лекарите по дентална медицина в ПИДП с 3,0% (от 6 503 на 6 701), така и с намалението на броя на здравноосигурените лица с 0,6% (от 7 367 276 на 7 321 249). За двата разглеждани периода най-голяма осигуреност има в

РЗОК София – град и РЗОК - Пловдив, като промените са съответно от един лекар на 795 ЗОЛ на един на 764 и от един лекар на 808 ЗОЛ на един на 797. Най-голямото относително увеличение на осигуреността се наблюдава в РЗОК - Стара Загора – с 9,5% (от един лекар на 1 280 ЗОЛ на един на 1 158). РЗОК - Търговище продължава да има най-малка осигуреност, въпреки увеличението ѝ с 8,7% (от един лекар на 2 106 ЗОЛ през 2017 г. на един лекар на 1 922 ЗОЛ през 2018 г.). Въпреки увеличението в средната осигуреност за страната, диспропорцията по този показател, между различните РЗОК се запазва (Фиг.34).

Фигура 34. Среден брой ЗОЛ на лекар по дентална медицина в ПИДП, разпределени по области



Делът на здравноосигурените лица, получили дентална помощ през 2018 г. е увеличен спрямо делът за 2017 г. от 24,2% на 24,4%. За тези периоди той е най-висок в РЗОК - Благоевград, РЗОК - Смолян и РЗОК - Пловдив, като РЗОК - Благоевград бележи най-високо относително увеличение от 8,9%. При РЗОК с най-малък дял на получена дентална помощ - РЗОК - Добрич, се наблюдава намаление от 19,1% на 18,7%.

При ЗОЛ до 18 г. общо за страната делът е намалял от 27,4% на 27,3%, като намаление се наблюдава, както в РЗОК с най-високи стойности на този показател - РЗОК Смолян (от 42,8% на 41,5%), така и в РЗОК с най-малък дял на търсене на дентална помощ - РЗОК Добрич (от 19,4% на 18,1%)

При ЗОЛ над 18 г., получили дентална помощ през 2018 г., относителният дял е незначително увеличен спрямо делът през 2017 г. от 23,6% на 23,9%. Най-високите стойности за тези периоди се наблюдават в РЗОК - Пловдив (29,5% и 30,2%) и РЗОК - Смолян (30,2% и 29,6%), а най-малки в РЗОК - Разград, където се наблюдава намаление на този показател (17,6% и 17,5%).

Различията в отчетените дейности за възрастовите групи се дължат основно на нееднаквите обеми на пакетите дейности при ЗОЛ над 18 години (три лечебни дейности), и при ЗОЛ до 18 години (четири лечебни дейности).

От 1 септември 2018 г. се въвеждат две нови дейности – „Възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостно обеззъбена горна и/или долна челюст с горна и/или долна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години“ - при ЗОЛ на възраст от 65 до 69 години, включително. Средният брой отчетени дейности „Възстановяване функцията на дъвкателния апарат“ през 2018 г., в ПИДП и СИДП е 0,02 дейности на ЗОЛ от 65 до 69 г. вкл., т.е. средно на всеки 55-ти от имащите право на тази дейност се пада по една отчетена протеза.

2.5.4. Специализирана извънболнична дентална помощ (СИДП)

През 2018 г. 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 2018 г., е един лекар на 65 368 здравноосигурени лица, при един лекар на 71 527 здравноосигурени лица за 2017 г., което е увеличение на осигуреността с 8,6%. Най-голяма осигуреност има в РЗОК - Видин, тя е един лекар на 15 929 ЗОЛ (2018 година) и един лекар на 16 311 ЗОЛ (2017 г.).

Средният брой отчетени дейности в СИДП се е увеличил с 0,5% през 2018 г. (24,8 дейности на 1000 ЗОЛ, спрямо 24,7 дейности на 1000 ЗОЛ за 2017 г.). Този показател се откроява със своята висока стойност в РЗОК - Видин – 107,3 дейности на 1000 ЗОЛ (2018 година).

Анализът на изменението на обемите и структурата на отчетените дентални дейности от изпълнители на извънболнична дентална помощ за 2018 г. спрямо 2017 г. при запазен пакет от дейности за ЗОЛ до 18 г. и въведени две нови дейности от 1 септември 2018 г. – „Възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостно обеззъбена горна и/или долна челюст с горна и/или долна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години“ - при ЗОЛ на възраст от 65 до 69 години включително, показва следното:

- почти всяко четвърто здравноосигурено лице е получило дентална помощ, като делът на здравноосигурените лица, получили дентална помощ в ПИДП през 2018 г. се е увеличил спрямо делът през 2017 г. от 24,2% на 24,4%.

- средният брой отчетени дейности в СИДП се е увеличил с 0,5% през 2018 г. (24,8 дейности на 1000 ЗОЛ), спрямо 2017 г. (24,7 дейности на 1000 ЗОЛ).

2.5.5. Болнична медицинска помощ

Към 31.12.2018 г. в страната функционират 322 лечебни заведения за болнична помощ и броят им е запазен от 2017 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, на специализираните болници – 63 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 31.12.2018 г. е 53 173. Осигуреността на населението с тях през 2018 г. се увеличава на 76.0 на 10 000 души при стойности на показателя през 2017 г. 74.8 на 10 000 души.

Към 31.12.2018 г. лечебните заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, които не са разпределени по вид, разполагат всичко с 50 927 болнични легла при 50 519 за 2017 г. От тях 25 483 са в многопрофилните болници (25 521 легла за 2017 г.), в частните болници 12 677 (12 254 легла за 2017 г.), 6 877 в специализирани болниците (6 862 легла – 2017 г.) и 2 135 в психиатричните болници (2 225 легла за 2017 г.).

Осигуреността на населението с болнични легла в лечебните заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, неразпределени по вид, през 2018 г. се увеличава на 72.8 на 10 000 души при стойности на показателя през 2017 г. 71.7 на 10 000 души.

Броят на леглата в другите лечебни заведения (КОЦ, ЦПЗ, ЦКВЗ) е 2 246, при 2 225 за 2017 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 31.12.2018 г. на 10 000 души са област Пловдив – 98.0, област Смолян – 97.4, област Плевен – 92.9, област Ловеч – 85.4. Най-ниска е осигуреността с болнични легла на населението в област Ямбол – 34.5 на 10 000 души, област Перник – 37.1, област Видин – 39.5, област Добрич – 43.8. Над половината от общия болничен леглови фонд (59.1%) е концентриран в 7 области - София-столица (20.8%), Пловдив (13.3%), Бургас (5.9%), Варна (5.4%), Стара Загора (4.9%), Плевен (4.5%), Пазарджик (4.3%).

През 2018 г. през стационарите на лечебните заведения за болнична помощ в страната (без ведомствените болници) са преминали 2 221 170 болни, което е с 63 856 повече от преминалите през 2017 г. (2 157 314). Преминалите болни през частните лечебни заведения се увеличават с 7.2% - от 674 888 през 2017 г. на 723 451 болни през 2018 г.

Броят на проведените леглодни в лечебните заведения за болнична помощ (без ведомствените болници) през 2018 г. се увеличава - от 11 139 648 през 2017 г. - на 11 322 343.

Средният престой на 1 болен в тях намалява от 5.2 на 5.1 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен се запазва значително по-нисък - 4.0 дни.

Използваемостта на леглата през 2018 г. в лечебните заведения за болнична помощ (без ведомствените болници) е 66.2%, като най-ниска е в частните болници – 64.3%. Използваемостта на леглата в многопрофилните болници за активно лечение е 64.6%, а в специализираните болници за активно лечение – 72.6%.

Брой и вид на договорните партньори, изпълнители на болнична помощ, които подлежат на контрол

Към 31.12.2018 г. по НРД за медицинските дейности за 2018 г. 368 лечебни заведения, изпълнители на болнична помощ (ЛЗБП) са сключили договори с НЗОК, от които 316 са лечебни заведения за болнична медицинска помощ, 39 - СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа 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
31.12.2017 г.	369	315	41	13
31.03.2018 г.	369	315	41	13
31.12.2018 г.	368	316	39	13

Таблица 19: Брой ЛЗБЦ, с които са сключени договори на територията на страната към 31.12.2018 г., разпределени за Северна и Южна България

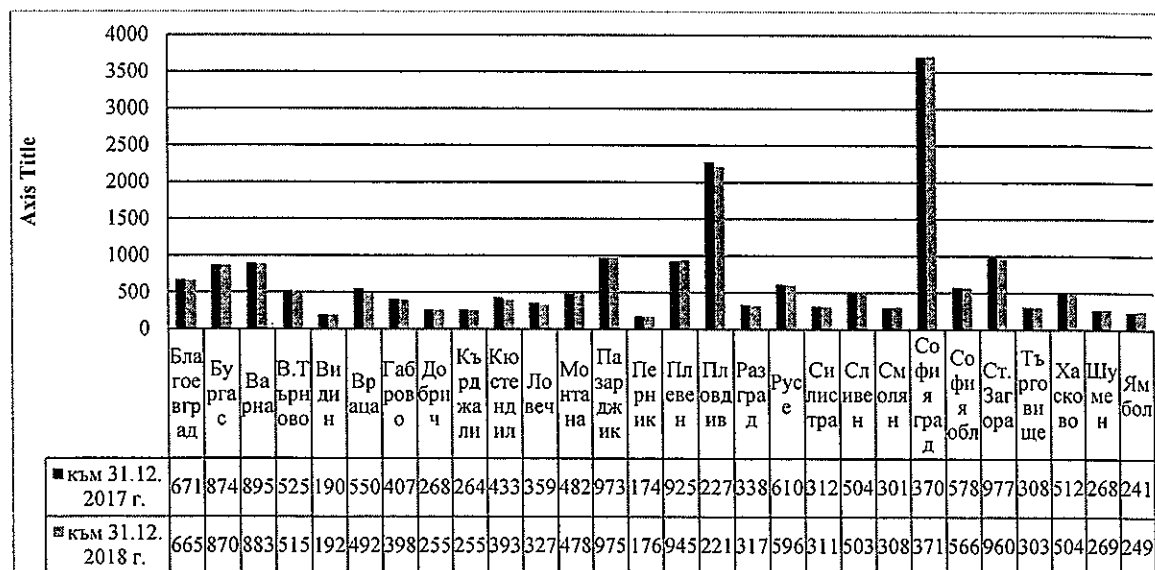
Изпълнители на БМП в северна България	2017 г.	2018 г.	Изпълнители на БМП в южна България	2017 г.	2018 г.
Варна	24	23	София град	80	80
Плевен	18	18	Пловдив	43	44
В.Търново	13	13	Бургас	27	27
Враца	12	12	София област	13	13
Русе	8	8	Ст. Загора	15	15
Габрово	5	4	Пазарджик	14	14
Добрич	7	7	Благоевград	13	13
Шумен	5	5	Хасково	10	10
Ловеч	6	6	Сливен	9	9
Монтана	6	6	Кърджали	5	5
Търговище	4	4	Кюстендил	7	7
Видин	2	2	Смолян	7	7
Разград	4	4	Ямбол	4	4
Силистра	3	3	Перник	5	5
ОБЩО	117	115	ОБЩО	252	253

За периода 01.04-31.12.2018 г. по НРД за медицинските дейности 2018 г. са сключени договори с 2 нови лечебни заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ (АМЦСМП "Очна клиника д-р Хубанов" ЕООД, гр. Бургас и МБПЛР - Витус ООД, гр. Пловдив). Нови дейности по КП са установени в 20 лечебни заведения, като в 17 от тях има изцяло нова дейност за РЗОК. Нови дейности по КПр няма. Нови дейности по АПр са установени в 12 лечебни заведения, като в 10 от тях има изцяло нова дейност за РЗОК.

Брой и вид дейности, изпълнявани от ЛЗБМЦ, подлежащи на контрол

През 2018 г. 28,6 % от РЗОК (8 на брой) са договорили повече КП, а 20 РЗОК - (71,4% от РЗОК в страната), са договорили по-малък брой КП. Сключените договори по КП към 31 декември 2018 г. са 18 635 бр. или със 285 бр. КП по-малко спрямо 2017 г. Сключените договори по КП към същия период на 2017 г. са 18 920 бр.

Фигура 35. Брой сключени договори за изпълнение на КП към 31.12.2018 г. спрямо същия период на 2017 г.



Най голям брой Клинични пътеки през 2018 г. са договорени в СЗОК - 3717 бр. и РЗОК Пловдив – 2212 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. 20.

Таблица 20. Топ 10 на КП с най-голям брой сключени договори към 31.12.2018 г.

КП №	999	181	29	182	184	33	84	177	195	179
Брой договори по КП	214	152	150	149	147	146	145	145	145	144

Най голям брой сключени договори има по КП № 999 „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“, КП № 181 „Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство“, КП № 29 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“.

Таблица 21. Изпълнители на болнична медицинска помощ с най-голям брой договорени КП през 2018 г.

РЗОК	Изпълнител на болнична медицинска помощ	Брой сключени договори по КП
Пловдив	УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД Пловдив	274
Плевен	УМБАЛ „Д-р Г.Странски-Плевен“ ЕАД	258
Стара Загора	УМБАЛ Проф. Д-р Ст. Киркович АД	246
СЗОК	„АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА“ ЕАД	243
Варна	МБАЛ Св. Марина ЕАД, Варна	242
СЗОК	Военномедицинска академия, София 10 рн Триадица	229
Пазарджик	"МБАЛ - УНИ ХОСПИТАЛ" ООД, гр. Панагюрище	229
Русе	"УМБАЛ "КАНЕВ" АД	225
Габрово	МБАЛ д-р Тота Венкова АД, Габрово	211
СЗОК	МБАЛ Св. Анна АД, София	207
Шумен	МБАЛ -ШУМЕН АД	202

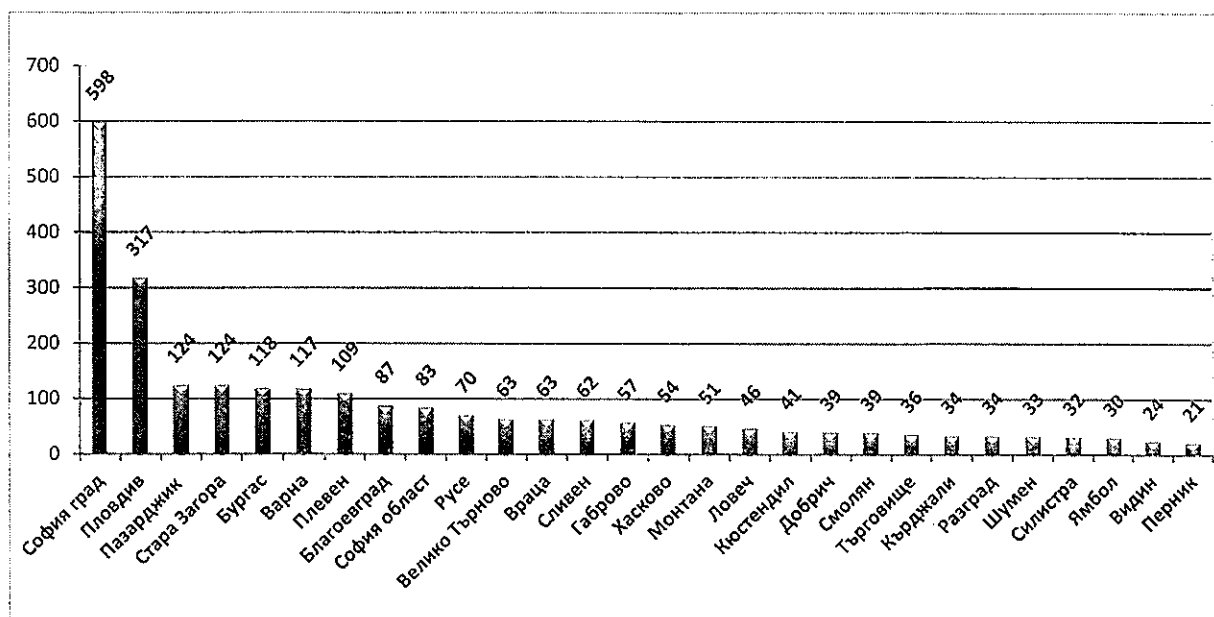
За изпълнение на клинични процедури (КПр) са сключени договори с 86 изпълнители на болнична медицинска помощ, за изпълнение на 198 броя КПр. (Табл. 22).

Таблица 22. Сключени договори по КПр/Пр

Година	Общ брой КПр/Пр	КПр № 1	КПр № 2	КПр № 3	КПр № 4
Към 31.12.2018 г.	198	64	101	62	62

Към 31 декември 2018 г. по НРД 2018 г. за изпълнение на амбулаторни(АПр) са сключени договори с 312 изпълнители на болнична медицинска помощ, за изпълнение на 2 506 броя АПр или с 61 бр. АПр по-малко спрямо 2017 г. Сключените договори по АПр към същия период на 2017 г. са 2 567 бр., като най-голям брой АПр. са договорени в СЗОК - 598 бр. и РЗОК Пловдив – 317 бр., това са и РЗОК с най-голям брой договорни партньори. Данните за сключените договори за изпълнение на АПр по РЗОК в низходящ ред са представени на Фиг. 36.

Фигура 36. Сключени договори за изпълнение на АПр към 31.12.2018 г.



Прекратени договори по КП/КПр/АПр

Частично са прекратени и/или отказани за сключване договори по 57 броя клинични пътеки, по 2 клинични процедури и 16 амбулаторни процедури (Табл. 23.)

Таблица 23. Прекратени и/или отказани договори по КП/АПр

Име на РЗОК	Име на ЛЗБП	Причина за прекратяването	Номера на прекратени КП/АПр
Бургас	ДКЦ „Ел Масри“ ООД, гр. Бургас	Прекратен договор	АПр 19, 20, 21
Варна	МБАЛ – Еврохоспитал, ООД, гр. Варна,	Срочен договор	КП 217.2, 217.3, 218
Велико Търново	МОБАЛ Д-р Ст. Черкезов АД, гр. Велико Търново	Срочен договор	КП 12, 89.1, 90,1, 91, АПр 32, 42
Враца	МБАЛ „Христо Ботев“ АД гр. Враца	Липса в ЛЗ отделение по Инфекциозни болести в което да се изпълнява дейността	КП 99, КПр 3 и 4
Враца	МБАЛ „Вива Медика“ ООД	Установено неизвършване и неотчитане на дейност повече от 3 последователни отчетни периода /месеци/	АПр 33
Пазарджик	„МБАЛ Хигия Север“ ООД гр. Пазарджик	Липса на лекар специалист с допълнителна квалификация Хистероскопия	КП 163
Пазарджик	МБАЛ Велинград ЕООД	Липса на необходимия брой лекари специалисти по „Педиатрия“	КП 40.2 и 41.2

Пазарджик	"МБАЛ - Уни Хоспитал" ООД гр. Панагюрище	Липса на необходимия брой лекари специалисти по „Неврохирургия“	КП 206, КП 17 и 18 (само по отношение на дейността в отделение по Неврохирургия)
Плевен	МБАЛ - Левски ЕООД		АПр 11, 25, 28, 29, 33
Пловдив	МБАЛ "Св. Мина" ЕООД, гр. Пловдив		КП 68, 205, 208, 232
Пловдив	МБАЛ д-р Киро Попов ЕООД, гр. Карлово		КП 1, 3, 4.1, 4.2, 5, 162, 163, 164, 165, 166, 208
Пловдив	УМБАЛ Пълмед, гр.Пловдив		КП 201
Пловдив	"Медикус Алфа СХБАЛ Пловдив ЕООД		КП 138, 140, 159, 210, 212, 217.1, 220, 227, 228, 229, 231 и АПр 18, 24
Разград	МБАЛ „Свети Иван Рилски – Разград“ АД	Постъпило писмо от изпълнителния директор	КП 141; 143; 144; 145; 146; 148; 149; 150; 151; 152; 153; 154; 155
СЗОК	МБАЛ СВ. Анна - София АД, гр. София	Не отговарят на изискванията за брой специалисти за изпълнение на КП и АПр	КП 241,1,241,2 и 243 и АПр 06 и 08
София област	"МБАЛ - Своге" ЕООД	Липсва отделение по „Анестезиология и интензивно лечение“	КП 158
София област	"МБАЛ - Проф. д-р Ал. Герчев - Етрополе" ЕООД	Липсва трето ниво на компетентност на отделение по „Ортопедия и травматология“	КП 217.2
Хасково	МБАЛ - Хасково АД		АПр 4

Основни параметри на контролната дейност за периода януари-декември 2017 и 2018 г.

Основните параметри, характеризиращи контролната дейност в ЛЗБП за периода 01.01-31.12.2018 г., сравнени със същия период на 2017 г., са представени Табл. 24.

Таблица 24. Сравнение между основни параметри, характеризиращи контролната дейност за периода януари-декември 2017 и 2018 г.

№	Показатели	Резултат	Резултат
		01.01- 31.12.2017 г.	01.01- 31.12.2018 г.
1	Брой ЛЗ, с които са сключени договори за изпълнение на КП/КПр/АПр	369	368
2	Сключени договори по КП (клинични пътеки)	18 920	18 635
2.1	Сключени договори по КПр (клинични процедури)	206	198
2.2	Сключени договори по АПр (амбулаторни процедури)	2 566	2 506
3	Общ брой извършени проверки в ЛЗБП в т.ч.:	5167	6758
3.1.	Самостоятелни проверки (РЗОК)	4820	6475
3.2.	Съвместни проверки (РЗОК/НЗ ОК)	210	117

3.4	Самостоятелни проверки (НЗОК)	137	166
4	Брой проверки с установени нарушения	1507	1883
4.1	% на проверките с установени нарушения	29,2%	27,9%
5	Брой проверки с установени суми за възстановяване	828	873
5.1	% на проверките с установени суми за възстановяване	16%	12,9%
6	Общ брой проверени КП	34 555	32 951
7	Брой проверени ИЗ	404 345	360 968
7.1	Брой ИЗ с нарушения	6570	5533
7.1.1	% ИЗ с установени нарушения от общо проверените	1,6%	1,5%
8	Общ брой проверени КПр	4475	5704
8.1	Брой КПр с нарушения	25	15
9	Общ брой проверени АПр	29 897	44 431
9.1	Брой АПр с нарушения	484	832
9.1.1	% АПр с установени нарушения от общо проверените АПр	1,6%	1,9%

Таблица 25. Обобщени данни за начислените имуществени санкции, суми за възстановяване, както и суми свалени на предварителен контрол за периода 01.01-31.12.2018 г.

№	Показатели	За периода 01.01- 31.12.2017 г.	За периода 01.01- 31.12.2018 г.
1	Суми, установени за незаплащане на предварителен контрол.	772 2247 лв.	8 498 777 лв.
2.1	Начислената имуществена санкция в системата на НЗОК при проверки от РЗОК, съвместно с НЗОК /лв./	127 730 лв.	79 300 лв.
2.2	Начислената имуществена санкция при извършени самостоятелни проверки от РЗОК /суми в лв./	652 150 лв.	774 150 лв.
3.1	Начислени суми за възстановяване при извършени проверки от РЗОК, съвместно с НЗОК /суми в лв./	316 229 лв.	122 824 лв.
3.2	Начислени суми за възстановяване при извършени самостоятелни проверка от РЗОК /суми в лв./	1 168 725 лв.	2 422 179 лв.
4.1	Предложения за налагане на максимална имуществена санкция при извършени самостоятелни проверки от НЗОК /суми в лв./	135 500 лв.	425 000 лв.
4.2	Предложения за възстановяване/ незаплащане на суми (в т.ч. и суми от внезапен контрол)	401367 лв.	671619 лв.
5	Общо санкции и суми за възстановяване от ЛЗ	10 523 948 лв.	12 993 849 лв.

При сравняване на гореизложените данни с тези от 2017 г. е видно, че сумите установени за незаплащане на предварителен контрол през 2018 г. са нараснали спрямо 2017 г. с 776 530 лв. или с 10,1 %. 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 69,6% от общо санкции и суми за възстановяване от ЛЗ. Акцентът на проверките преди заплащане на дейността води до значително завишение на сумите свалени на предварителен контрол, с което се намалява разхода за здравноосигурителни плащания, има превантивен характер за недопускане на необосновани хоспитализации и не на последно място, не налагането на административни санкции намалява съдебните производства и от там събираемостта на стойността на неоснователно отчетената дейност. Тенденцията към повишаване ефективността на предварителния контрол е свързана със:

- Системна обработка на случаите, отпаднали при логически контрол.
- Ежемесечна работа по аналитичните справки от системата Носр
- Ежемесечни проверки на случаите по чл.347, ал.6 от НРД за МД за 2018 г.
- Ежемесечни проверки на случаите по чл.352, ал.14 от НРД за МД за 2018 г.
- Инициране на внезапен контрол в случаите на изпреварващо достигане на определените месечни стойности в съответствие с чл.357, ал.3 от НРД за МД за 2018 г.

За периода 01.01-31.12.2018 г. с около 10% се е увеличил размерът на начислените санкции спрямо същия период на 2017 г. Начислените суми за 2018 г. също са се увеличили в сравнение с 2017 г. с 71,4%. За периода м. януари – м. декември 2018 г. са осъществени 166 бр. самостоятелни проверки от служители на дирекция БМП в НЗОК по заповеди на управителя на НЗОК, което представлява 76% от общия брой заповеди за извършени проверки. За същия период на 2017 г. са извършени 135 самостоятелни проверки по заповеди на управителя на НЗОК, което е 59 % от общия брой заповеди за извършени проверки.

За разглеждания период на 2018 г. при самостоятелни проверки са проверени 166 лечебни заведения за болнична медицинска помощ, което е с 21 % повече от проверените 137 лечебни заведения за болнична помощ за същия период на 2017 г.

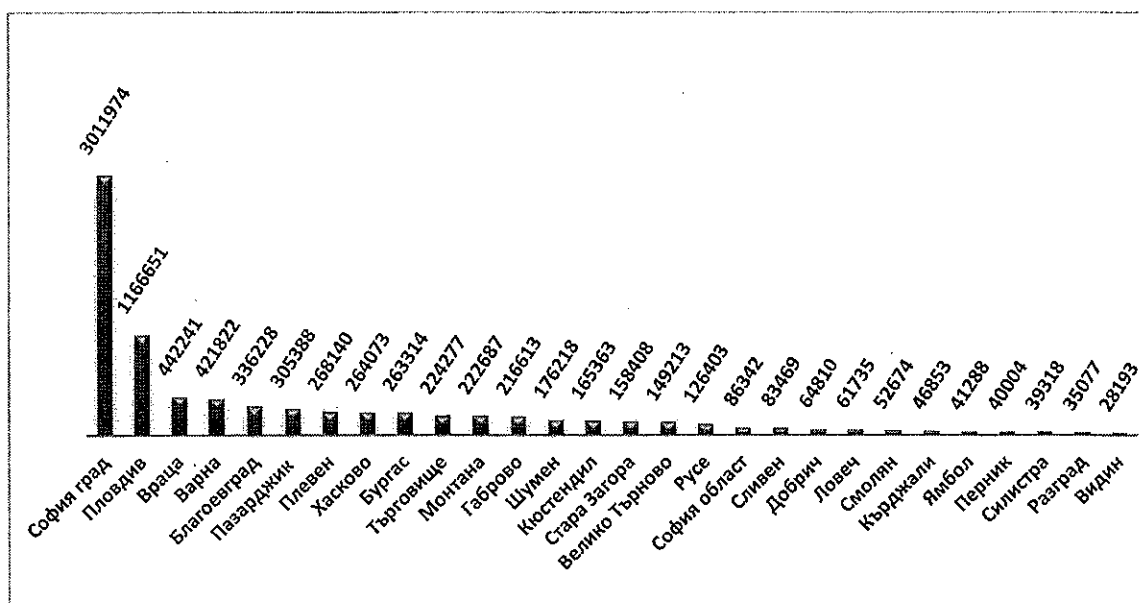
Във връзка с констатираните нарушения от извършените самостоятелни проверки през 2018 г. са направени предложения за налагане на максимални санкции в размер 425 000,00 лв., което е с 289 500,00 лв. повече от сумите за същия период на 2017 г.

През 2018 г. предложените 671 618,73 лв. (в т.ч. и от внезапен контрол) за възстановяване и незаплащане са с 270 251,27 лв. повече от сумите за същия период на 2017 г.

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 2018 г., след извършване на предварителен контрол, от заплащане са отпаднали случаи на стойност 8 498 777 лв. Данните от предварителния контрол за суми, отпаднали от заплащане по РЗОК в низходящ ред са представени на Фиг. 37.

Фигура 32 Суми отпаднали на предварителен контрол за периода 01.01-31.12.2018 г.



Данните сочат, че най-големи по размер са свалените суми от предварителния контрол в РЗОК София град – 3 011 974 лв., Пловдив – 1 166 651 лв., РЗОК Враца – 442 241 лв., РЗОК Варна – 421 822 лв. Основните причините за отказ от плащане при предварителен контрол са :

- отчитане на случаи по КП, АПр и КПр на лица с прекъснати здравноосигурителни права;
- отчетени случаи на хоспитализация без да е спазен минималния болничен престой;
- дублирани КП в рамките на 30 дни от дехоспитализацията, установени при аналитични справки;
- едновременни хоспитализации на ЗОЛ в различни лечебни заведения;
- липсващ реквизит в документацията/неправилно попълнени документи;
- дейност, която не е извършена в целия обем;
- едновременни хоспитализации на ЗОЛ в различни лечебни заведения;
- едновременни хоспитализации на ЗОЛ по КПр и АПр - хемодиализа в същото лечебно заведение;
- отчитане на случаи по КП на самоволно напуснали пациенти, при които не е спазен минимален престой и не са извършени определения брой терапевтични процедури и отсъствие на пациенти при междинен одит.

Наблюдава се повторемост на грешки и пропуски, свързани с попълване на медицинската документация и неспазване на диагностично-лечебния алгоритъм при хоспитализация/дехоспитализация на пациентите спрямо същия период на 2017 г.

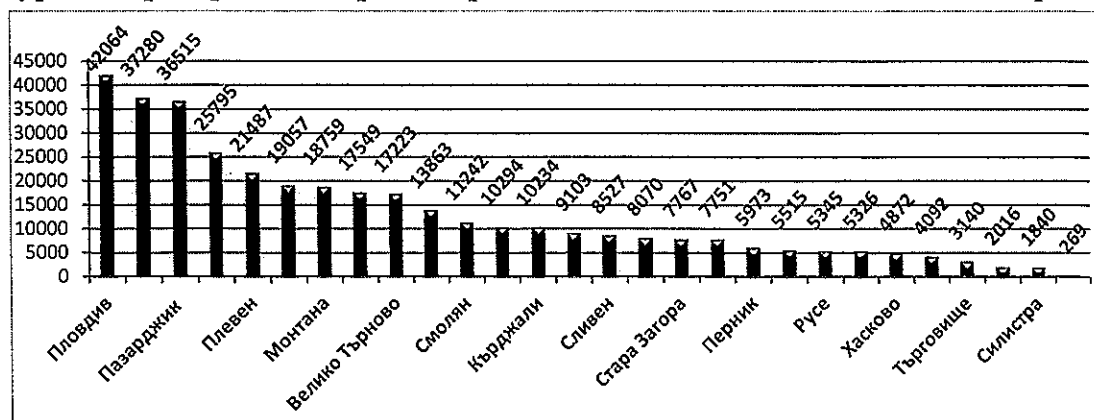
Последващ контрол

За периода 01.01 - 31.12.2018 г. в съответствие с общите и специални условия на НРД за медицинските дейности за 2017 г. и НРД за медицинските дейности за 2018 г., в системата на НЗОК са извършени общо 6592 бр. проверки на лечебни заведения за болнична помощ. Самостоятелните проверки на контролните органи на РЗОК са общо 6 369 бр., от които 2 225 бр. проверки по жалби. Съвместните проверки с участието на експертите от ЦУ-НЗОК са 114 бр. от които 30 бр. проверки по жалби. Брой самостоятелни проверки на условията за сключване на договорите по КП/КПр/АПр – 52 бр. Съвместните проверки с др. институции са - 54 бр. Кръстосани проверки – 3бр.

Извършени проверки по клинични пътеки

За периода януари-декември 2018 г. са проверени общо 32 951 бр. КП. Проверени са 360 968 бр. ИЗ, нарушения са констатирани при 1,5% от общо проверените ИЗ или при 5 533 бр., през 2017 г. процентния дял на ИЗ с нарушения е бил почти същия - 1,6%. Най-много проверени ИЗ при извършените проверки по клинични пътеки има в РЗОК Пловдив – 42 064 бр., София град – 37 280 бр., Пазарджик – 36 515 бр.

Фигура 33 Проверени ИЗ при извършените самостоятелни и съвместни проверки



- В рамките на контролната дейност са извършвани различни видове проверки като: проверки след анализ на икономически и медико-статистически показатели на ЛЗБП с цел установяване на съответствие на преминалите болни и капацитетните възможности на ЛЗБП, както и осъществяване на ежедневен контрол на хоспитализираните и дехоспитализираните ЗОЛ;

- проверки на дейност, изработена до момента на проверката за съответния месец;

- проверка на ЛЗ и КП, които имат голям обем дейност за съответния месец по определени клинични пътеки и съответно висок процент на използваемост на леглата по специалности и нива на компетентност и надвишаване на определените индикативни параметри по Приложение №1 от ЗБНЗОК;

- проверки във връзка с отчетени дейности над утвърдените месечни стойности на лечебните заведения;

- проверка на отчетени КП със значителен ръст, както и многократни пролежавания на ЗОЛ в рамките на годината и отчетени хоспитализации на едно ЗОЛ в рамките на 30 дневния период;

- проверки на случаи с дублирани хоспитализации в едно и също или различни лечебни заведения;

- внезапен контрол на документацията на пациентите по време на хоспитализация;

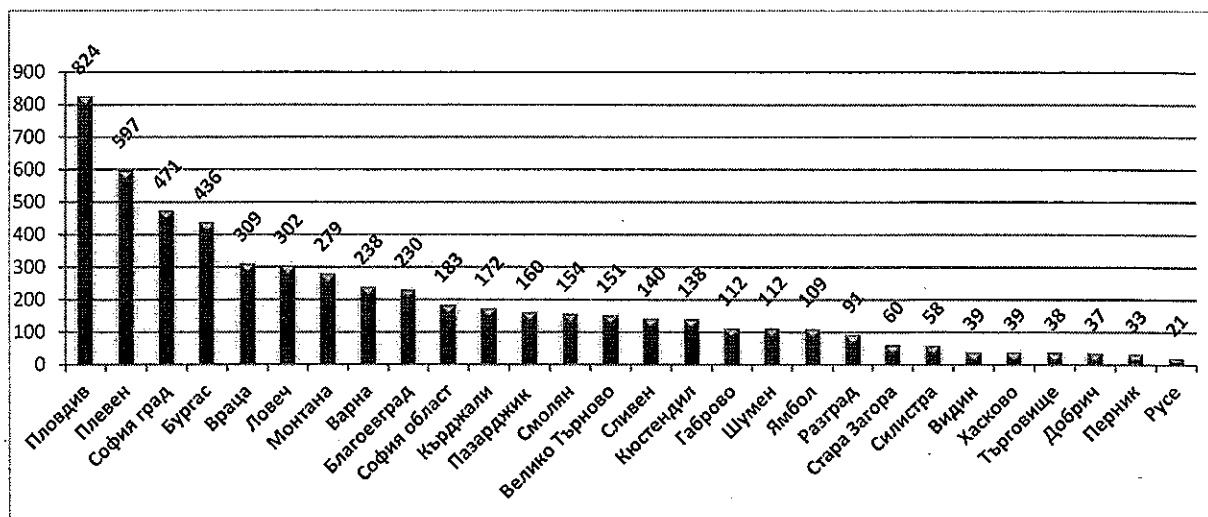
- проверки по жалби и сигнали;

- непосредствен контрол на реалното присъствие на пациентите, хоспитализирани в ЛЗБП и воденето на тяхната медицинска документация по договорените клинични пътеки;

- проверки във връзка с „Нови изисквания при проверка на документацията на пациенти с онкологични/хематологични заболявания от страна на НЗОК/РЗОК“ във всички лечебни заведения договорили клинични пътеки и амбулаторни процедури за лечение на пациенти с онкологични заболявания.

В резултат на извършените проверки по клинични пътеки са установени нарушения в 5 533 бр. ИЗ. С най-голям брой ИЗ с нарушения при извършените проверки са РЗОК Пловдив – 824 бр., Плевен – 597 бр., СЗОК – 471, Бургас - 436 бр.

Фигура 34. Брой ИЗ с нарушения при извършени проверки по КП



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

- не се спазват индикациите за хоспитализация - пациентите да бъдат хоспитализирани, когато лечебната цел не е постигната в извънболничната помощ.
- наблюдава се дехоспитализация на пациенти, при които лечебният процес не е довел до по-трайни положителни резултати в условията на минималния болничен престой или не са покрити изискванията на критериите за дехоспитализация;
- хоспитализация на пациенти с прекъснати здравноосигурителни права;
- отчитане на дейност на едно и също ЗОЛ по терапевтична КП, в хода на лечението по която се индикира оперативно лечение;
- неосигуряване на пациентите на непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват;
- 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;
- неизготвяне на протокол за ултразвуково изследване, както и непопълнени реквизити в епикризите;
- 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.

Често установявано нарушение в изпълнение алгоритъма на КП е липсата на ясно и точно медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране състоянието на пациента при дехоспитализация.

Извършени проверки по клинични процедури

Проверени са 10 352 броя КПр. Нарушения са констатирани при 65 бр. от проверените клинични процедури.

Извършени проверки по амбулаторни процедури

За периода януари-декември 2018 г. са проверени 44 431 бр. АПр. При извършените проверки са проверени 80 424 бр. направления/истории на заболяването, като са установени нарушения при 188 бр.. Констатираните нарушения са свързани с:

- нарушения на установеният ред за работа с първичната медицинска документация;
- липса на Декларация за информирано съгласие към ИЗ;
- неизпълнение в пълен обем ДЛА на АПр;
- неспазване на 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“;
- неспазване на изискването екземпляри от решенията на Общата онкологична комисия и КОКХ, да бъдат прилагани към медицинската документация на пациента.

Внезапен контрол

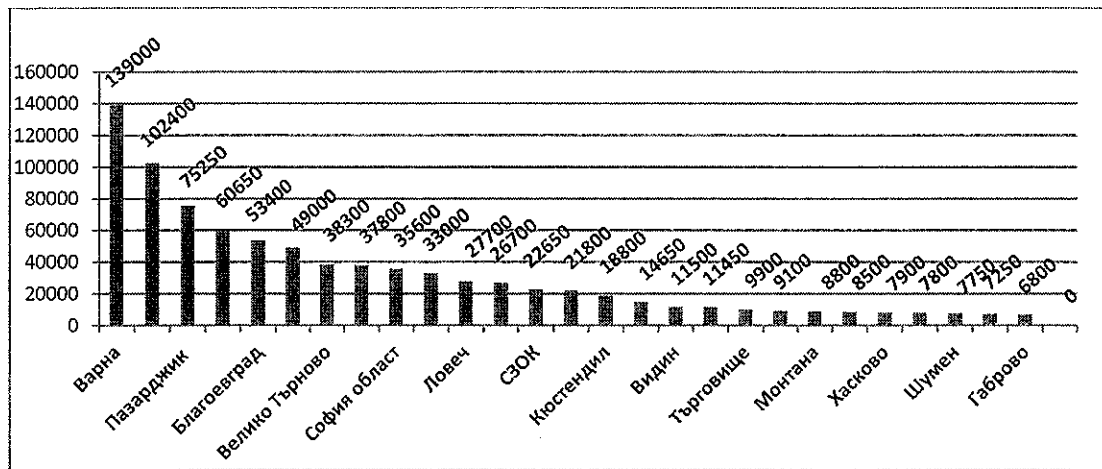
През 2018 г. в ЛЗБП са извършени близо 3 000 внезапни проверки по КП, КПр и АПр, като констатираните нарушения са свързани предимно с неспазване на

изискванията за водене на медицинската документация и установена липса на пациенти по време на хоспитализация.

Санкции

Начислената имуществена санкция в системата на НЗОК за издадени наказателни постановления за периода 01.01-31.12.2018 г. е в размер на 853 450 лв. Внесената имуществената санкция/глоба в РЗОК е в размер на 626 050 лв., което представлява 73,4% от общо наложената санкция.

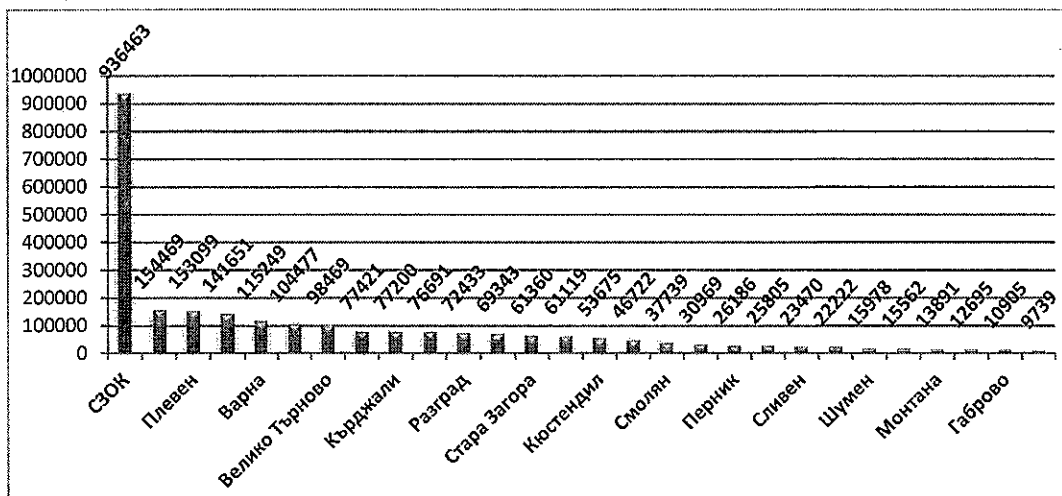
Фигура 35 Начислени имуществени санкции към 31 декември 2018 г. по РЗОК, представени в низходящ ред



5. Начислени суми за възстановяване за периода 01.01-31.12.2018 г.:

За периода 01.01-31.12.2018 г. общо начислените суми, получени без правно основание по протокол за неоснователно получени суми, в системата на НЗОК са в размер на 1 759 742 лв. Към 31 декември 2018 г. начислените суми, получени без правно основание, по писмени покани в системата на НЗОК са в размер на 2 545 003 лв. Начислените суми за възстановяване при извършени самостоятелни проверки от контролори на РЗОК са в размер на 2 422 179 лв., което представлява 95,2% от общо начислената сума за възстановяване. От проверки, извършени с участието на експерти от ЦУ-НЗОК са начислени суми в размер на 122 824 лв. (4,8% 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 1 371 208 лв., или 53,9% от начислените суми за възстановяване.

Фигура 41. Начислени суми за възстановяване за периода 01.01-31.12.2018 г.



Най-честите нарушения за налагане на санкции са:

- неспазени индикации за хоспитализация по КП и неизпълнени критерии за дехоспитализация по КП;
- неспазен диагностично-лечебен алгоритъм на КП;
- неосигуряване на непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват;
- несъответствие между договорената по вид и обем и оказаната медицинска помощ;
- проведено лечение на болни с установени онкологични заболявания при липса на заключение от клинична онкологична комисия;
- нарушение на установените изисквания за работа с медицинска документация, определени в НРД;
- неоснователно заплащане на потребителска такса от ЗОЛ със заболяване, посочено в Приложение № 12 към НРД;
- плащане или доплащане от осигурено лице за дейност, заплатена от НЗОК по време на хоспитализацията му по клинична пътека;
- издадена от ЛЗ епикриза при дехоспитализация на пациент с предписание към пациента за предварително извършване на конкретни изследвания, необходими за назначеният в епикризата втори контролен преглед; неоснователно заплатена сума в повече за вложено медицинско изделие при лечението на ЗОЛ.

Извършени проверки по жалби

За периода от 01.01-31.12.2018 г. са постъпили общо 263 писмени жалби. Извършени са 114 проверки от контролните органи на РЗОК, от които 30 с участието на експерти от НЗОК. 28 бр. жалби са изпратени по компетентност към други институции. Брой основателни жалби – 72. Брой жалби, които не изискват извършване на проверки – 28. Основните причини за подаване на жалбите са за:

- предоставяне на недостатъчна по вид и обем медицинска помощ;
- задържана лична карта и некоректна дата на изписване, отразена в епикризата на пациент при дехоспитализацията му от ЛЗ;
- неоснователно заплащане от ЗОЛ потребителска такса по чл.37 от ЗЗО,
- изискани от пациента рентгенологични изследвания, необходими за извършване на задължителните контролни прегледи след дехоспитализацията;
- заплащане на скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение;
- закупуване на медицински консумативи, за които в КП не е изрично упоменато, че не се заплащат от НЗОК;
- искане за възстановяване на заплатени анестезия и лекарствени средства след извършена оперативна интервенция;
- отказано провеждане на оперативно лечение по КП;
- вписване в епикризата на дейности, които не са извършени с цел отчитане на по-скъпа пътека.

Психиатрична мрежа

Стационарната психиатрична помощ се осъществява в 3 вида лечебни заведения - 12 Държавни психиатрични болници (ДПБ), 12 Центъра за психично здраве (ЦПЗ) и 22 Многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ) с разкрити психиатрични клиники и отделения.

В ДПБ се извършват дейности, свързани със спешно стационарно лечение до 24 часа на болни с психични разстройства, активно лечение на болни с психични заболявания в стационарни условия; лечение и рехабилитация на болни в условия на дневен стационар и социална рехабилитация на болни чрез трудотерапия, арттерапия. Финансирането тези 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. От 01.01.2018 г. са повишени възнагражденията на работещите в ДПБ с 13%.

Данните за дейността на ДПБ сочат, че общият брой на леглата в държавните психиатрични болници е 2 303, което е намаление с 32 легла спрямо 2017 г. Тази тенденция е положителна, тъй като процесът на деинституционализация на пациентите с психични заболявания предполага броят на леглата в ДПБ, където единствено се осъществява дълготрайно болнично лечение на лица с психични разстройства, да не се увеличава, а постепенно да намалява. В подкрепа на процеса на деинституционализация на психиатричната помощ е дадена възможност в чл. 5, ал. 4 от ЗЛЗ на ДПБ да регистрират социални услуги по Закона за социалното подпомагане (дневни центрове и защитени жилища). Към момента само две ДПБ имат регистрирани социални услуги. Това са ДПБ-Церова Кория - защитено жилище и ДПБЛНА-Суходол. В ДПБ-Раднево също има защитено жилище, но не е регистрирано.

По отношение на данните за брой проведени леглодни се наблюдава леко увеличение в сравнение с 2017 г. – от 613 835 на 614 209 през 2018 г. Общият брой преминали болни обаче е намалял от 10 319 през 2017 г. на 9 976 през 2018 г. Намалял е и броят на преминалите болни с престой до 2 месеца – от 6 180 през 2017 г. на 5 981 през 2018 г. Наблюдава се и намаление на броя на преминалите болни с продължителен престой над 2 месеца – от 4 139 през 2017 г. на 3 612 през 2018 г..

През 2018 г. Министерство на здравеопазването субсидира за диагностика и лечение на болни с психични заболявания 12 ЦПЗ и 22 психиатрични отделения/клиники към МБАЛ. За сравнение през 2017 г. са функционирали 23 психиатрични отделения/клиники към МБАЛ, като в последствие е закрито отделението в МБАЛ – Враца.

Леглата за активно лечение в ЦПЗ и МБАЛ през 2018 г. са 1 836, като се наблюдава тенденция към увеличаване в сравнение с 2017 г., когато са били 1 653. Реализираните леглодни през отчетения период са 593 844, като не се различава съществено от тези през 2017 г. – 547 802.

Налице е положителна тенденция в развитието на дневните грижи, които способстват за пълноценна реинтеграция и ресоциализация на пациентите. Доказателство за това са данните за броя на пациентите на дневно стационарно лечение, които през 2018 г. са 15 903, при 10 192 за 2017 г.

Положителна тенденция се наблюдава и по отношение на проведените рехабилитационни курсове чрез трудотерапия, арттерапия и др., които са увеличени значително - 36 588 за 2018 г. при 14 666 за 2017 г.

Случаите на проведено спешно стационарно лечение до 24 часа на болни с психични разстройства с висок риск, слепни състояния и изразена психомоторна възбуда през 2018 г. са 1 950, с което се отчита леко намаляване в сравнение с 2017 г., когато са били 2 265 при целева стойност от 2 100.

Трансплантации

През 2018 г. продължава негативната тенденция за намаляване броя на органните трансплантации. През 2018 г. са извършени общо 44 органни трансплантации, от които 27 са бъбречни, 13 - чернодробни и 4 - сърдечни. За сравнение през 2017 г. са извършени общо 58 трансплантации, през 2016 г. - 58, а през 2015 г. – 74. Общият брой на донорите е 23, от които 7 са живи донори. Осъществените трансплантации на тъкани и клетки са 882, от които 98 автоложни и 784 алогенни трансплантации. Общият брой на лицата, включени в служебния регистър за трансплантация към 31.12.2018 г., е 1158, от които нови 221 са включени през годината. В регистъра са включени и 2661 лица за тъкани и клетки, от които нови 403 – през 2018 г.

Извършени са 1 824 имунологични изследвания, свързани със служебния регистър на ИАТ, от които 256 са за включване в регистъра и 1 568 са за актуализиране на статута на включените в него. За 2018 г. изследванията в следтрансплантационния период през първата година от трансплантацията са 1 893, а наблюдаваните лица - 179. Изследванията в следтрансплантационния период през всяка следваща година от трансплантацията са 6701 при, а лицата са 707.

2.5.6. Лечебни заведения за лечение на пациенти с опиева зависимост

Програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти

Към края на 2018 г. в страната функционират 30 програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти с общ капацитет 4 122 лечебни места, от които 3 907 за лечение с Метадон хидрохлорид, 191 за лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол) и 24 места за лечение с Бупренорфин хидрохлорид. Общо заетите места към 31.12.2018 г. са 3 181, от които 3 058 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. След като от 2009 г. се наблюдаваше тенденция на намаляване на броя на разрешените места за лечение, като това важи и за трите лекарствени продукта – Метадон, Субститол и Бупренорфин, през 2018 г. има увеличение на разрешените места с 2,1%.

Таблица 26. Капацитет на програмите за лечение с опиев агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди (2014 – 2018 г.)

	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Брой функциониращи програми	30	30	32	30	30
Брой разрешени места	4632	4258	4377	4037	4122
Брой заети места	3404	3423	3338	3247	3181
Относителен дял на заетите	73,5%	80,4%	76,3%	80,4%	77,2%

Източник: Регистър на пациентите за лечение с опиев агонисти и агонисти-антагонисти на лица зависими към опиоиди

Общият брой на държавните и на общинските програми – 9, се запазва и през 2018 г., но капацитетът на разрешените места за този вид програми продължава да намалява. През 2016 г. е 1310, през 2017 г. е 1285, а през 2018 г. вече е 1275 места. Броят на програмите без държавни и/или общинско участие през 2018 г. остава непроменен (21) спрямо предишната година, като общият брой на разрешените места се увеличава с 95 (от 2752 през 2017 г. на 2847 през 2018 г.).⁶

Психо-социална рехабилитация

През 2018 г. в България работят 14 програми за психосоциална рехабилитация на лица зависими към наркотични вещества, които имат издадено съгласие по реда на Наредба № 8 от 07. 09. 2011 г. за условията и реда за осъществяване на програми за психосоциална рехабилитация на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества. Всички програми, с изключение на програмите осъществявани в центрове за психично здраве (ЦПЗ) и програмата към Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм (ДПБЛНА) имат задължително регистрация към Агенция социално подпомагане (АСП) като доставчици на социални услуги. За ЦПЗ и ДПБЛНА такава регистрация не се изисква.

⁶ Източник: Обобщени данни от годишните отчети на програмите за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти, функциониращи на територията на Република България през 2018 г., НЦН, С.

Шест от програмите са резиденциални и функционират по модела на „терапевтична общност“: ТО „Феникс“, с. Бракъовци; ТО „Билани“, гр.Банкя; ТО „Ново начало“, гр. Банкя; Център „Ренесанс Интер“, гр. Варна; Международна психотерапевтична асоциация „СВОБОДА“, с. Приморци, обл. Добрич.

Шест от програмите функционират като дневни центрове: Сдружение „Фракарита България“, Рехабилитационен център „Ка Спорт“ и центрове за психично здраве в градовете Русе, Добрич, Пловдив, Велико Търново. Една програма осъществява терапевтична дейност като дневен център и защитено жилище – Център „Жива“, гр. София и една дневна програма към Държавната психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм.

Общият капацитет на програмите за психосоциална рехабилитация в България за 2018 г. е нараснал с 73 места (от 283 през 2017 г. на 356 места през 2018 г.). Само 4 от програмите са със същия капацитет. Най-чувствително увеличение се наблюдава в програмите Сдружение „Фракарита България“, Дневен център към ДПБЛНА и ЦПЗ Русе, където местата са увеличени почти двойно.

За календарната 2018 г. програмите за психосоциална рехабилитация са приели общо 814 лица за лечение – 610 мъже и 204 жени. Успешно завършилите са 478 лица, 211 са прекъсналите, а 64 а били пренасочени към друга програма за психосоциална рехабилитация, или друга форма на лечение. За сравнение с миналогодишните данни при капацитет 283 места, общо преминалите лица са били 708, от тях завършили са 365, а прекъсналите са 237 лица. Наблюдава се тенденция към увеличаване на потребителите на този тип услуга, т.е. лечение на зависимости чрез психосоциалната рехабилитация. Основна причина е холистичният подход, където се работи на ниво био-психо-социален модел. Съотношението мъже/жени в програмите се запазва 3:1 и пред 2018 г., т.е. мъжете по-често търсят лечение, спрямо жените.

На базата на извършените годишни мониторинги на програмите за психосоциална рехабилитация и получените данни от годишните отчети за дейността им, може да се посочи, че водеща проблемна област като цяло е намирането на средства за обезпечаване престоя на едно лице в дадена програма. Програмите от типа „терапевтична общност“ се самофинансират и разчитат на спонсорство или направени дарения. Друг източник на материална подкрепа са местата, които са финансирани според Плана за изпълнение на Националната стратегия за борба с наркотиците. Тези средства не покриват всички заложи дейности в рехабилитацията на зависимите пациенти, което води до няколко слабости в лечението – съкращаване престоя в програмата, незавършеност на процеса на възстановяване от зависимостта, по-висок риск от срив и рецидив, а също и евентуална смърт от свръхдоза.

Запазва се негативната тенденция резидентите да отпаднат от програма на по-ранен етап. Посочват се причини като: ниска мотивация, финансови и лични проблеми, започване на работа, насочване към други програми. Ранното отпадане от рехабилитационния процес би могло да се дължи и на субективното възприемане на дадена програма като неефективна или неотговаряща на очакванията на пациента. Получаването предварително на подробна информация за програмата и процеса би минимизирало този негативен ефект, а това е възможно да се направи чрез популяризиране на самата програма.

И през 2018 г. се запазва негативната тенденция за увеличаване на случаи на зависимост към синтетични дроги, както и нарастващата честота на случаите на съпътстваща коморбидност, което неминуемо води до сериозен обществен проблем и проблем за специалистите работещи в областта, поради множеството неясноти в подхода и местата за лечение.⁷

⁷ Източник: Описание и анализ на ситуацията в областта на психосоциалната рехабилитация и интеграция на зависимите лица в страната през 2018 г., НЦН, С.

2.5.7. Спешна медицинска помощ

Основните приоритети и мерките за 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, 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.

В изпълнение на заложените мерки Министерството на здравеопазването, в качеството си на конкретен бенефициент по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020, през 2018 г. изпълнява проект № BG05M9OP001-3.007-0001 „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“, с основна цел подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ чрез инвестиции в човешкия капитал. Общият бюджет на проекта е 7 млн. лв., които са 100 % безвъзмездна финансова помощ за Министерството на здравеопазването. В изпълнение на дейностите по проекта е изграден и оборудван Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ, създаден с ПМС № 239 от 13 септември 2016 г., като второстепенен разпоредител с бюджет към министъра на здравеопазването. През 2018 г. са подготвени обществените поръчки за доставка на заложеното в проекта специализирано и технологично оборудване и обзавеждане. Извършена е по-голямата част от дейността по подготовката на обществената поръчка за избор на изпълнител, който ще проведе обученията за служителите на центровете за спешна медицинска помощ и спешните отделения към многопрофилните болници за активно лечение.

С цел оптимизиране на дейностите и постигане на допълнителни ползи за системата на спешната медицинска помощ проектът бе изменен и пред Управляващия орган на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ успешно бяха защитени допълнителни дейности като създаване на онлайн система за дистанционно обучение чрез разработване на специализиран софтуер за осигуряване на теоретично и практическо обучение на участниците в обученията, закупуване на високотехнологично оборудване и създаване на диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми.

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. Обучението по темата продължи и през 2018 г.

За подобряване на материалната база и през 2018 г. се реализираха дейности по големия инвестиционен проект BG16RFOP001-4.001-0001 „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“, по който ще се осъществи изграждане на нови, обновяване и реконструкция на старите сгради, в които са разположени центровете за спешна медицинска помощ и цялостна подмяна на автопарка и медицинското оборудване в него. По проекта ще се направят инвестиции в здравната инфраструктура с

цел подобряване на условията за предоставяне на адекватна спешна медицинска помощ. Проектът предвижда да бъдат закупени 400 съвременни санитарни превозни средства, осигурени с комуникационно и друго оборудване и медицинска апаратура за спешна медицинска помощ и възможност за отдалечени консултации (телемедицина).

През 2018 г. приключи подготовката за изготвяне на проектно предложение „Придобиване на вещни права на имоти, свързани с изграждане и преустройство на структури на ЦСМП“. Приключи подготовката на техническите спецификации за доставка на апаратура и линейки за нуждите на центрове за спешна медицинска помощ.

Във връзка с изпълнението на проекта през 2017 г. бяха предприети действия за решаване на дългогодишния проблем със собствеността на филиалите, като през 2018 г. приключиха процедурите по договаряне на обектите.

През 2018 г. избраният изпълнител завърши анализа на съществуващия сграден фонд в системата за спешна медицинска помощ и изготвянето на проекти в голямата си част. От страна Министерство на здравеопазването се приеха изготвените проекти за реконструкцията и строителството на новите сгради.

Министерство на здравеопазването и през 2018 г. 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 годината бюджетът за персонал на ЦСМП беше увеличен с 8 845 400 лв. По този начин за периода 2015-2018 г. увеличението достигна 52 % спрямо изходното ниво през 2014 г. В резултат на предприетите мерки вече се наблюдава положителна тенденция за намаляване текучеството на персонал в ЦСМП, като за 2018 процентът незаети щатни бройки остава на същото ниво както през 2017 г.

През 2018 г. са осъществени дейности по диагностика и лечение на спешни състояния, като приетите повиквания са 801 911, а изпълнените повиквания от екипите на Центровете за спешна медицинска помощ са 784 519. Изпълнението през 2018 г. показва увеличение на броя на повикванията спрямо предходната година. Извършените амбулаторни прегледи през 2018 г. са 588 738, при 569 088 през 2017 г., а извършените реанимации са 4 453, при 3 734 през предходната година.

Част от дейностите в системата продължават да 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 2018 г. в брой е 432, като остава почти постоянен в сравнение с предшестващите години. Осъщественият специализиран транспорт за кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура е 2 839 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 15 614, 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 – 6.

И през 2018 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 3 208 проби за алкохол, при 5 846 бр. през 2017 г. 2 758 броя 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, при 2 833 бр. през 2017 г.

Хоспитализираните пациенти транспортирани от екипите на ЦСМП през 2018 г. са 229 603.

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

За отчетния период ИАМО е осъществила контрол, чрез извършване на проверки в 646 подконтролни обекта, с обхват на 778 одитни задачи, като следва: 764 задачи в лечебни заведения от които 594 в лечебни заведения за болнична медицинска помощ и 170 в лечебни заведения за извънболнична помощ; 2 в Националната здравноосигурителна каса; 8 в Районните здравноосигурителни каси; и 3 в Здравнозастрахователни фондове.

Извършени са 744 проверки по сигнали и жалби, насочени към ИАМО от:

- Прокуратура, ОД на МВР, ДАНС и ГДИН - 86 проверки;
- Министерство на здравеопазването - 171 проверки;
- НЗОК/РЗОК – 46 проверки;
- Здравноосигурителни фондове - 15 проверки;
- Граждански лица и организации - 381 проверки;
- РЗИ - 35 проверки;
- Омбудсман на РБ - 10 проверки.

В резултат от реализираната контролна дейност през 2018 г. са констатирани 1230 нарушения на регулиращата правна рамка, както следва:

- нарушения на Закона за здравето – 663;
- нарушения на Закона за лечебните заведения – 27;
- нарушения на Наредба № 49 от 18.10.2010 г. 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 - 10;
 - нарушения на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ - 490;
 - нарушения на Наредба № 2 от 1.07.2005 г. за условията и реда за оказване на медицинска помощ на чужденците, които не се ползват с правата на българските граждани - 10 броя;
 - нарушения на Наредба № 8 от 3.11.2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията 1 брой.

От констатираните 1230 нарушения, 846 са установени в „Многопрофилна болница за активно лечение Тримонциум“ АД.

За констатираните 1230 нарушения са съставени и връчени 363 акта за установяване на административни нарушения, от които 75 са на „Многопрофилна болница за активно лечение Тримонциум“ АД.

За периода 01.01.- 31.12.2018 г. са извършени 27 проверки по сигнали относно неблагоприятния при новородени и родилки, довели до летален изход при 6 родилки и 16 новородени/мъртвородени.

Административно-наказателна отговорност

За периода от 01.01.2018 г. до 31.12.2018 г. най често са нарушавани нормите на:

- чл. 86, ал. 2, т. 2 от Закона за здравето „При хоспитализация пациентът има право на осигуряване от лечебното заведение за болнична помощ на необходимите за лечението му медицински изделия, когато те не се заплащат от Националната здравноосигурителна каса или от държавния бюджет“ - 349 нарушения;

- чл. 82б, ал. 2, т. от Закона за здравето „Медицинските изделия по ал. 1 се осигуряват чрез болничните аптеки на лечебните заведения за болнична помощ“ - 349 нарушения;

- 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“ - 28 нарушения;

- чл. 29, т. 1 от Наредба за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ „Не се допуска извършването на избор на лекар/екип, който да лекува и наблюдава пациента за цялото време на престоя му в лечебното заведение, в т.ч. на служебно определения от лечебното заведение лекуващ лекар на пациента“ - 360 нарушения.

Състояние на административнонаказателно производство:

- съставени актове за установяване на административни нарушения – 363 бр. за 1230 констатирани нарушения;

- издадени наказателни постановления (НП) – 250 бр.;

- предстоят за издаване НП по материали от 2018 г. – 113 бр.

- обжалвани НП – 184 бр.

- висящи съдебни производства - 128 бр.;

- административно-наказателни производства, при които нарушението е определено като маловажен случай по смисъла на чл. 28 от Закона за административните нарушения и наказания - 5 бр.;

- административно-наказателни производства, прекратени по реда на чл. 54 от Закона за административните нарушения и наказания - 1 бр.;

- спрени административно-наказателни производства на основание чл. 43, ал. 6 от Закона за административните нарушения и наказания - 1 бр.

- заведени са 374 дела по реда на ЗАНН (по едно дело дневно) които са разгледани в 567 заседания към 31.12.2018 г.

От анализа на данните за административно-наказателната дейност и преглед на причините за отмяна на НП, с които се налагат санкции на лечебни заведения и медицински специалисти за периода, е видно, че 34% от видовете нарушения са за качество на медицинската дейност. Същевременно, голяма част от отменените НП касаят санкции, наложени за неспазване на чл. 81, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето, регламентиращи принципите за качество, достатъчност и своєвременност на медицинската помощ, като съдилищата приемат константно, че тази квалификация е обща, бланкетна и не съдържа конкретни правила за поведение. Анализът на мотивите на съдилищата води до извода, че твърде общото формулиране на тези принципи без наличието на легални дефиниции, разписани в нормативен акт, пречи на законосъобразното ангажиране на административно-наказателна отговорност на адресатите на тези принципи. Съществено е да се отбележи, че чл. 6а, ал. 2, т. 4 от ЗЛЗ предвижда критерии за качество на изпълняваните дейности по медицинската специалност/медицинската дейност.

Изводи от контролната дейност:

• При проверките в РЗОК се установи недостига на лекари специалисти и неравномерно териториално разпределение на същите. Това обстоятелство поставя в риск осигуряване на потребностите на населението при медицинските специалности: Медицинска паразитология, Неврохирургия, Кардиохирургия, Клинична алергология и педиатрия, Детска ендокринология и болести на обмяната, Детска кардиология, Клинична токсикология, Детска психиатрия, Детска ревматология, Клинична имунология, Нуклеарна медицина, Детска клинична хематология и онкология, Детска гастроентерология, Детска нефрология и хемодиализа, Детска неврология, Лицево-челюстна хирургия, Неонатология, Пластично-възстановителна и естетична хирургия, Медицинска генетика, Орална хирургия, Лъчелечение и Ангиология.

• Анализ на данните от извършените проверки на лечебни заведения за болнична медицинска помощ налага извода, че лечебните заведения не мога да покриват разходите си с приходите от осъществяваната дейност и натрупват задължения

което води до тяхната декапитализация. Влошеното икономическо състояние оказва влияние върху качеството на медицинската услуга и състоянието на диагностично – лечебните структури.

- С приемането на Наредба № 19 от 22.12.2014 г. беше отменено изискването за задължителна връзка между нивата на компетентност на структурата по акушерство и гинекология с нивото на компетентност на структурата по неонатология, което е предпоставка за намаляване на качеството на диагностично – лечебния процес.

2.6. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика

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 усъвършенстване на оценката на здравните технологии за иновативни лекарствени продукти, основаващи се на научни доказателства.

Провежданата лекарствената политика цели създаването на баланс между необходимостта от реимбурсиране на иновативни лекарствени продукти и нуждите на пациентите, съобразявайки се с анализа на съществуващите терапевтични алтернативи в рамките на установения бюджет за лекарствени продукти. Процедурните и управленски механизми на системата за ценообразуване и реимбурсиране се стремят да гарантират, че добавянето на нови лекарства в Позитивния лекарствен списък се основава както на оценка на научните доказателства за терапевтична ефективност, така и на ефикасността на разходите, въздействието върху бюджета и конкретно разглеждане на необходимите условия за целесъобразно предписване. Чрез прилагането на законоустановената мярка – договаряне на отстъпки, се постигна очакваният резултат за осъществяване на контрол на разходите на НЗОК за лекарства, като същевременно са подготвени нормативни промени за усъвършенстване на предоставянето на отстъпки от ПРУ, както и за въвеждане на качествено нов механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК, като мярка за осъществяване на контрол на разходите, но и с цел осигуряване на ефективно и качествено лечение на по-голям брой здравноосигурени лица.

Провежданата рационална лекарствена употреба е подкрепена от нормативното изискване за разработване на фармако-терапевтични ръководства, които се въвеждат в практиката и са задължителни за изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, при предписване на лекарствени продукти, заплащани с публични средства. С цел гарантиране на качествени и стойностно-ефективни лекарства се усъвършенства процедурата за задължително проследяване на ефекта от терапията с лекарствени продукти с ново международно непатентно наименование, за които при включването им в Позитивния лекарствен списък не са представени доказателства за терапевтична ефективност и/или съотношението разход-резултат е стойностно неефективно. Продължава прилагането на процедурата за поддържане на реимбурсен статус на лекарствените продукти, които вече са включени в ПЛС, с което се гарантира че след включването на лекарствен продукт в реимбурсната система, същият ще бъде отново оценяван на всеки 3 години, с оглед проследяване на доказателства за ефикасност, терапевтична ефективност, безопасност и анализ на фармако-икономически показатели.

Поради голямата значимост на Директива 2011/62/ЕС на Европейско ниво и комплексния характер на системата за верификация на лекарствените продукти, през 2018 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 процесът 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 канали 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.

2.6.1. Ценообразуване и реимбурсиране на лекарствени продукти

Дейността на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти (НСЦРПП) през 2018 г. е свързана с:

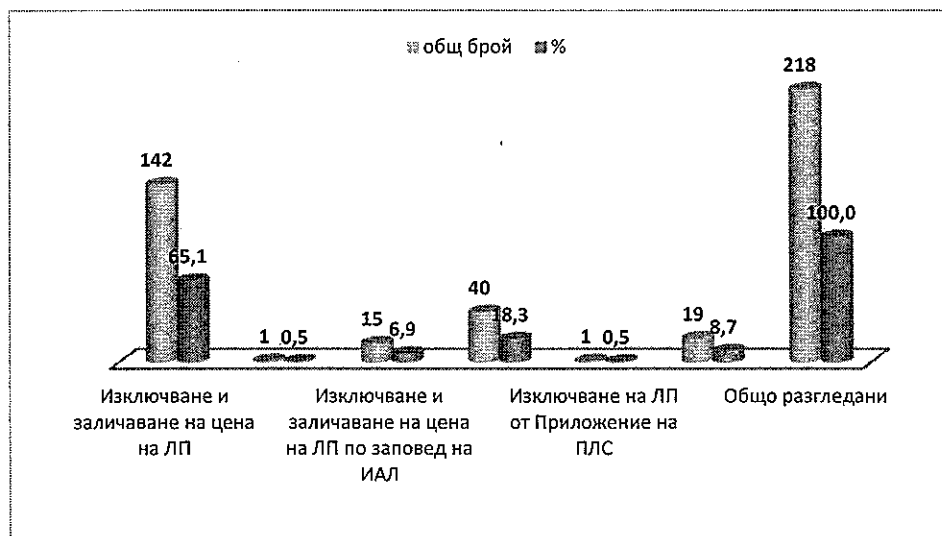
- **Нови INN, включени в Позитивния лекарствен списък (ПЛС)**

През 2018 г. в ПЛС са включени 32 нови лекарствени продукти, които принадлежат към 21 нови международни непатентни наименования (INN) в следните терапевтични области: гастроентерология, кардиология, гинекология, ревматология, психиатрия, неврология, ендокринология, хематология, онкология, алергология, дерматология и други области на приложение - образна диагностика, анитибактериална терапия и болест на Гоше.

През 2018 г. Националният съвет по цени и реимбурсиране е разгледал 218 процедури за изключване на ЛП от ПЛС, като от тях 19 процедури са прекратени. Процедурите за 2018 г. се разпределят както следва:

- 142 (65.1%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС, включително заличаване на цена;
- 1 (0.5%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС, включително заличаване на цена по предложение МЗ;
- 15 (6.9%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС, включително заличаване на цена по заповед на ИАЛ за прекратяване на разрешението за употреба;
- 40 (18.3%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС и вписване на цената в регистъра на пределните цени;
- 1 (0.5%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от Приложение на ПЛС;
- 19 (8.7%) Прекратени.

Фигура 36. Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС



Източник: НСЦРПП

От всички изключени лекарствени продукти от ПЛС, най-голямата група са предназначени за лечение на сърдечно-съдови заболявания, следвани от групата лекарствени продукти предназначени за лечение на онкологични заболявания и онкохематологични заболявания. Третата група е тази на антиинфекциозните лекарствени продукти и антимиотици (антибиотици, противовирусни и ваксини). От всички изключени ЛП, 39 са носители на референтна стойност.

Четири от лекарствените продукта, които са заличени от ПЛС са били единствени със съответната лекарствена форма, но INN-ът продължава да присъства в ПЛС. Две от тях са вписани в Регистъра на пределните цени, отпускани по лекарско предписание и по този начин са налични на пазара.

Заличени от ПЛС са 8 международни непатентни наименования, като 2 от тях са вписани в Регистъра на пределните цени, отпускани по лекарско предписание и по този начин са налични на пазара.

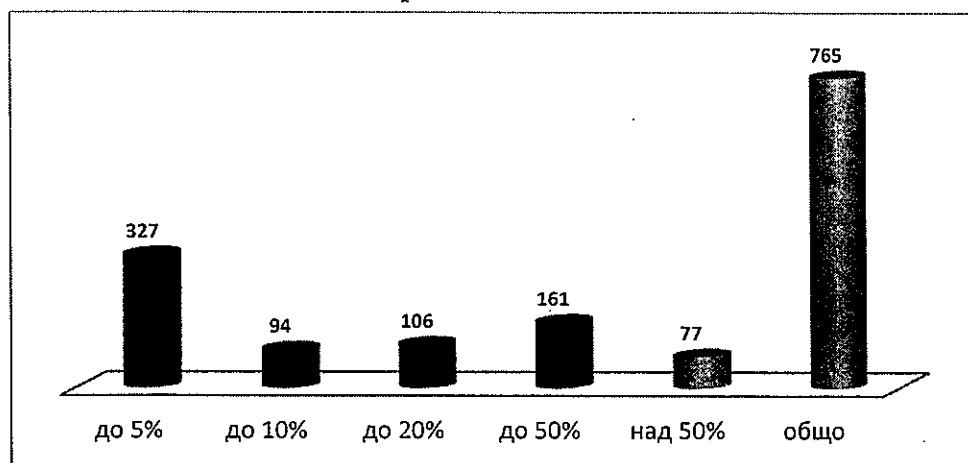
Терапевтичните области на изключените международни непатентни наименования са разнообразни – кардиология (хипертония, стенокардия, намаляване на риска от инфаркт при пациенти с нестабилна стенокардия и др.), онкология и онкохематология (карцином на пикочния мехур, карцином на дебелото черво, рак на млечната жлеза, мултиплен миелом, лимфоцитна левкемия и др.), антиинфекциозни и антимиотични продукти, като нито един от заличените INN не е без алтернатива за лечение на съответното заболяване.

Причини за изключване на лекарствени продукти и заличаване на цената е прекратяване на разрешението за употреба и намаляване на цената на ЛП вследствие външното ценово рефриране.

• Намалени цени на лекарствени продукти

За периода 01.01.-31.12.2018 г. са влезли в сила решения за намаляване цената на 765 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 – Гърция, Словакия и Румъния са с най-голям относителен дял при намалението на цените.

Фигура 43. ЛП с влезли в сила решения за намаление на цена и процент намаление за периода 01.01.2018-31.12.2018 г.



Източник: НСЦРЛП

За сравнение – през предходната 2017 г. са влезли в сила решения за намаляване на 570 бр. цени на лекарствени продукти.

- **Анализ на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК и МЗ**

Върху разходите на публични средства за лекарствени продукти, включени в ПЛС и заплащани от НЗОК/МЗ оказват разнопосочно влияние редица фактори. Един от основните фактори е изменението на референтната стойност за ДДД на лекарствените продукти в резултат на:

- включване/изключване на лекарствени продукти;
- промени в цените на лекарствените продукти, дължащи се в голяма степен на външното ценово рефериране.

Анализът е изготвен на база справки на НЗОК и МЗ за заплатените лекарствени продукти за периода 01.01.2018 г. – 31.12.2018 г. относно: лекарствени продукти, за чието домашно лечение НЗОК заплаща напълно или частично; онкологични лекарствени продукти за болнична употреба, заплатени от НЗОК на лечебните заведения, извън стойността на клиничната пътека; лекарствени продукти, които се осигуряват от МЗ, както следва:

- **Лекарствени продукти, включени в Приложение № 1 на ПЛС:**

При анализа е оценено влиянието на изменението на референтната стойност за ДДД, което рефлектира върху стойността на окончателна опаковка, изчислена на база референтна стойност, респективно върху заплащаната от НЗОК стойност, за окончателна опаковка по ЛП, включени в съответния INN в зависимост от процента на тяхното реимбурсиране. Стойността, заплащана от НЗОК, е определена на база заплатените окончателни опаковки за периода на действие на променената референтна стойност за ДДД.

За определяне стойността на заплащане на лекарствените продукти същите са групирани по INN и лекарствена форма и е изчислена референтна стойност за ДДД.

Намалението на референтната стойност се дължи на:

- намаляване цената на лекарствен продукт – референт;
- включване на генерични лекарствени продукти.

В резултат на посочените по-горе фактори при 203 INN референтната стойност за ДДД се е понижала, както следва – при 81 INN с ниво на реимбурсиране 100%, при 30 INN с ниво 75%, при 38 INN с ниво 50% и при 54 INN с ниво 25.

Изменението на референтната стойност е довело до общо намаляване на стойността, заплащана от НЗОК с 15 912 568 лева, като:

- 7 220 692,93 лева е намалението при лекарствените продукти с ниво на реимбурсиране 100%;
- 6 026 785,85 лева е намалението при лекарствените продукти с ниво на реимбурсиране 75%;
- 1 920 694,16 лева е намалението при лекарствените продукти с ниво на реимбурсиране 50%;
- 744 395,24 лева е намалението при лекарствените продукти с ниво на реимбурсиране 25%.

Един от примерите с най-голямо отражение върху публичния разход е намаляването на цената, вследствие на външното ценово рефериране на лекарствен продукт в INN Sofosbuvir, Velpatasvir, който се реимбурсира 100%. Понижаването на референтната стойност за ДДД с 33.22% е довело до намаляване на стойността на заплащане от НЗОК с 1 567 701 лева.

- **Лекарствени продукти, заплащани от НЗОК, извън стойността на клиничната пътека, включени в Приложение № 2 на ПЛС (ЛП, предназначени за лечение на онкологични заболявания).**

При анализа е оценено влиянието на изменението на референтната стойност за ДДД, което рефлектира върху стойността на окончателна опаковка, изчислена на база

референтна стойност, респективно върху стойността, която се заплаща от НЗОК за окончателна опаковка по ЛП, включени в съответния INN. Намалението на заплащаната от НЗОК стойност, определено на база заплатените окончателни опаковки за периода на действие на променената референтна стойност за ДДД, е 9 492 370 лева.

През анализирания период референтната стойност за ДДД се е понижила при 53 INN от общо 110 INN. Това е обусловено от:

- намаляване цената в резултат на външното ценово рефериране при 44 INN;
- включване на нов лекарствен продукт при 2 INN;
- включване на първи генеричен лекарствен продукт в 7 INN.

Намалението на референтната стойност е в границите от 0.01% до 80.51%.

Включването на генерични лекарствени продукти в INN Trastuzumab е довело до намаляване стойността на опаковка, изчислена на база референтна стойност за ДДД с 27.04%, в резултат на което заплащаната от НЗОК стойност се е намалила с 1 660 683 лева.

• 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. Предвид това е изчислено единствено процентното намаление на референтната стойност.

В резултат на включване на ЛП и промяна на цените при 13 INN от общо 27 INN референтната стойност за ДДД се е намалила, като при 6 INN това се дължи на намаляване цената на лекарствени продукти, принадлежащи към съответния INN, докато при 7 INN се дължи на включване първи генеричен лекарствен продукт или на нов лекарствен продукт през отчетния период. Намалението на референтната стойност е в границите от 0.2% до 58.02%.

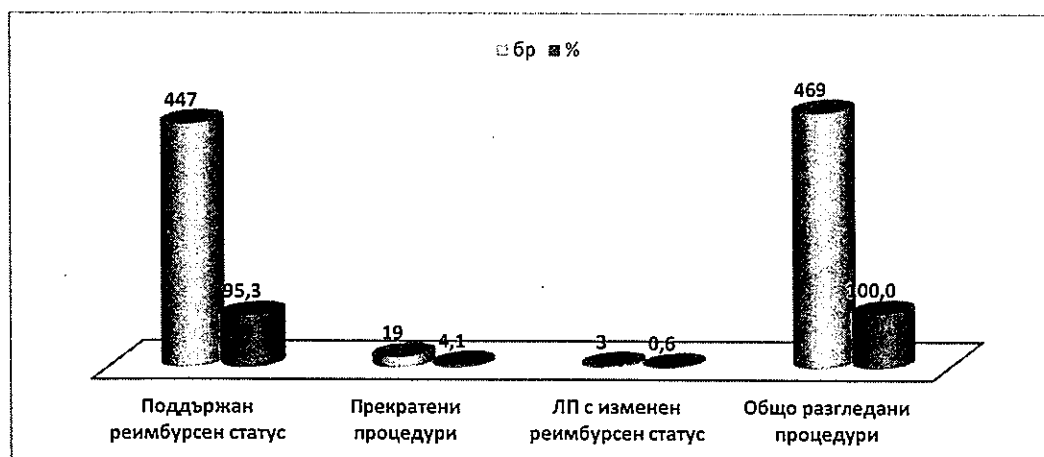
Включването на генерични лекарствени продукти в INN – Abacavir, lamivudine, Lopinavir, Ritonavir и Ritonavir води до намаляване на референтната стойност за ДДД съответно 50.34%, 41.61% и 58.02%.

• Поддържане на реимбурсен статус на лекарствените продукти в ПЛС

През 2018 г. разгледаните заявления за поддържане на реимбурсен статус са 469 и се разделят както следва:

- 447 (95.3%) заявление за ЛП с издадени решения за поддържане на реимбурсен статус, от които за 1 ЛП е постановен отказ;
- 19 (4.1%) прекратени процедури за поддържане на реимбурсен статус;
- 3 (0.6%) ЛП с издадени решения за изменение на реимбурсен статус.

Фигура 44. Разгледани заявления за поддържане на реимбурсен статус през 2018 г.



• Утвърдени Фармако-терапевтични ръководства

НСЦРЛП утвърждава фармако-терапевтични ръководства и алгоритми за лечение с лекарствени продукти на основание чл. 259 от ЗЛПХМ. През 2018 г. НСЦРЛП прие и актуализира 9 бр. Фармако-терапевтични ръководства, както следва:

- Фармако-терапевтично ръководство за лечение на алергичните болести;
- Фармако-терапевтично ръководство по хематология;
- Фармако-терапевтично ръководство по нуклеарна медицина;
- Фармако-терапевтично ръководство за лечение на урологични заболявания;
- Фармако-терапевтично ръководство по акушерство и гинекология;
- Фармако-терапевтично ръководство по неонатология.
- Актуализирани:
 - Фармако-терапевтично ръководство по медицинска онкология;
 - Фармако-терапевтично ръководство за лечение на неврологичните заболявания;
 - Фармако-терапевтично ръководство по гастроентерология.

• Проследяване ефекта от терапията

Съгласно Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти е въведено изискване за определяне условията и критериите за проследяване ефекта от терапията, както и прогнозният брой пациенти при лечение с лекарствени продукти, които за първи път се включват в системата на заплащане с публични средства. Това изискване обхваща само иновативни продукти, за които не са представени доказателства за терапевтична ефективност и/или съотношението разход-резултат е стойностно неефективно при включването им в Позитивния лекарствен списък.

През 2018 г. в Позитивния лекарствен списък са включени 8 лекарствени продукта, принадлежащи към 5 нови международни непатентни наименования (INN) - Inotuzumab ozogamicin, Ixazomib, Ocrelizumab, Benralizumab и Daratumumab, със задължение за проследяване на ефекта от терапията. За тези лекарствени продукти са определени условията и критериите за проследяване на ефекта от терапията, както и прогнозният брой пациенти за срок до първоначалното подаване на заявление по чл. 57б от Наредбата за поддържане на реимбурсен статус на лекарствения продукт. Определени са и лечебните заведения, в които ще се извършва проследяването на ефекта от терапията, като същите са вписани в регистрите на Съвета.

• Оценка на здравните технологии

С изменение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, обн. в ДВ бр. 102 от 2018 г., в сила от 01.01.2019 г. към функциите на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти бяха включени функции по оценка на здравните технологии за включване в Позитивния лекарствен списък) на лекарствените продукти, принадлежащи към нови международни непатентни наименования и за добавяне на нови терапевтични показания на лекарствените продукти.

• Надграждане и усъвършенстване на Информационната система на Националния съвет

За целите на ефективното изпълнение на своите държавни регулаторни функции, Националния съвет е разработил и внедрил Национална информационна система за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти, която е в условия на динамично развитие и надграждане. Информационната система включва единен национален портал (<http://portal.ncprg.bg>), който служи като входна точка за всички заинтересовани страни в процеса на ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти - държавни институции, бизнес и граждани. Основната цел на надграждането

на Информационната система е осигуряване на ефективна информационна подкрепа за създаване на Национална здравна информационна система, за подобряване обслужването и повишаване на ефективността в лекарствения сектор в България. Реализацията на новите функционални промени на информационната система ще предложи решение на редица задачи в следните области: реинженеринг за поддържане различни нива (процент) на реимбурсиране на лекарствените продукти в зависимост от Международната класификация на болестите (МКБ) и др. критерии; разработване и внедряване на нови електронни административни услуги и дейности; промяна на потребителски интерфейс на уеб-портала за електронни услуги; създаване на автоматизиран интерфейс, който да обменя електронни документи; присъединяване към средата за междурегистров обмен и др.

• **Националният съвет - бенефициент по проект за специализирани обучения по Оперативна програма „Добро управление“**

Националният съвет е бенефициент по договор за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ № BG05SFOP001-2.006-0010-C01/06.07.2018 г. за финансиране на проект № BG05SFOP001-2.006-0010, с наименование „Специализирани обучения за подобряване знанията и уменията на служителите от администрацията на Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти“, на обща стойност 90 849.42 лв. (Финансиране от Европейски съюз-Европейски социален фонд 77 222.01 лв.; Национално финансиране 13 627.41 лв.) по процедура BG05SFOP001-2.006 с наименование „Специализирани обучения за централната администрация“, която се реализира с безвъзмездната финансова помощ на Оперативна програма „Добро управление“, съфинансирана от Европейския социален фонд.

2.6.2. 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.

• **Разрешаване за употреба на лекарствени продукти**

Една от основните дейности на ИАЛ е разрешаване употребата на лекарствени продукти на територията на България въз основа на извършена експертна оценка на качеството, безопасността и ефикасността им.

През 2018 г. ИАЛ завърши успешно и в регламентираните срокове две международни процедури (DCP), стартирали през 2017 г., по които беше референтна държава. Същевременно, бяха завършени и международните процедури на голяма фармацевтична компания, които България пое като референтна страна по препоръка на Европейската Комисия.

През 2018 г. ИАЛ пое ангажиментите за референтна страна по 13 международни процедури за 20 лекарствени продукта, от които:

- 6 сплит процедури за 8 лекарствени продукта;
- 7 процедури в резултат на смяната на референтната държава-членка във връзка с Brexit за 12 лекарствени продукта.

През 2018 г. България беше определена да изготви девет рецензии (Peer Reviews) към лекарствени продукти за научна консултация преди стартиране на съответните Централизирани процедури преди разрешаване за употреба на лекарствен продукт.

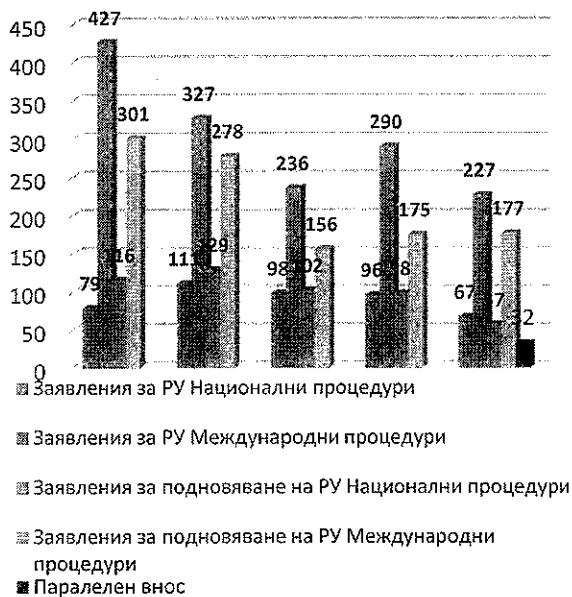
Във връзка с Централизирани процедури ЕМЕА/Н/С/004722 и ЕМЕА/Н/С/004860 за разрешаване за употреба на лекарствен продукт съответно Doptelet (Avatrombopag

maleate) и QUOFENIX (Delafloxacin) е извършена оценка на неклиничната част на документацията (Non-clinical Модул 2.4 и 4).

За 2018 г. в ИАЛ са постъпили 12 394 заявления за разрешения за употреба, подновявания и промени на разрешения за употреба по международни (децентрализирана и по взаимно признаване) и национална процедури.

Фигура 37.

Заявления за нови РУ, подновяване на РУ и паралелен внос по видове процедури за 2018 г.



Фигура 38.

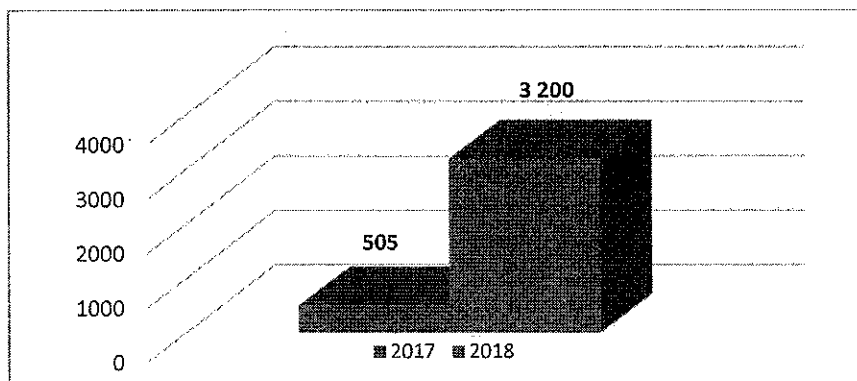
Заявления за промени в РУ по видове процедури за 2018 г.



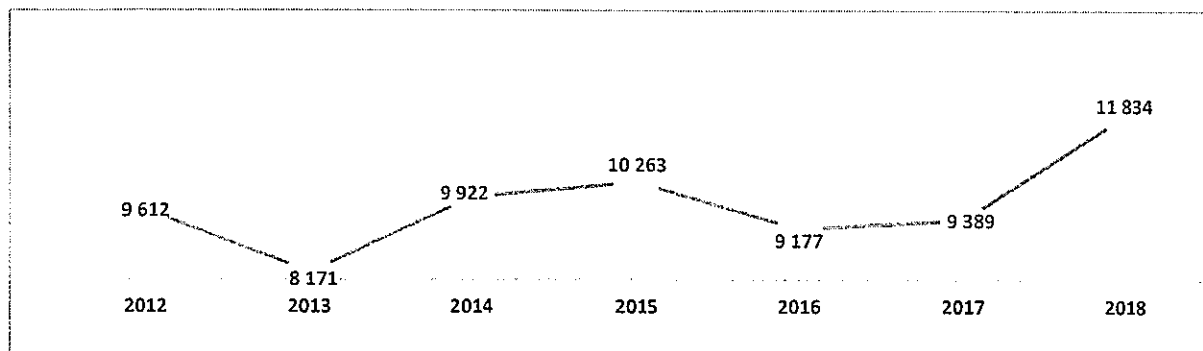
През 2018 г. се наблюдава значително увеличение в броя на заявленията за прехвърляне на правата върху разрешението за употреба – 580 броя, което се дължи на обстоятелствата, свързани с предстоящото напускане на Европейския съюз от страна на Обединеното кралство (Brexit) и изискването седалището на притежателите на разрешенията за употреба на лекарствени продукти да е в Съюза.

С оглед влизането в сила на делегиран Регламент (ЕС) 2016/161 на Комисията от 2 октомври 2015 година за допълване на Директива 2001/83/ЕО на Европейския парламент и на Съвета чрез установяване на подробни правила за показателите за безопасност, поставени върху опаковката на лекарствените продукти за хуманна употреба, също наложи кампанийно подаване на заявления за изменение на дизайна на опаковката, в резултат на което постъпиха 3 200 заявления.

Фигура 39. Постъпили заявления за промяна в дизайна на опаковката на ЛП 2017-2018 г.



Фигура 40. Заявления за промени на РУ 2012-2018 г.



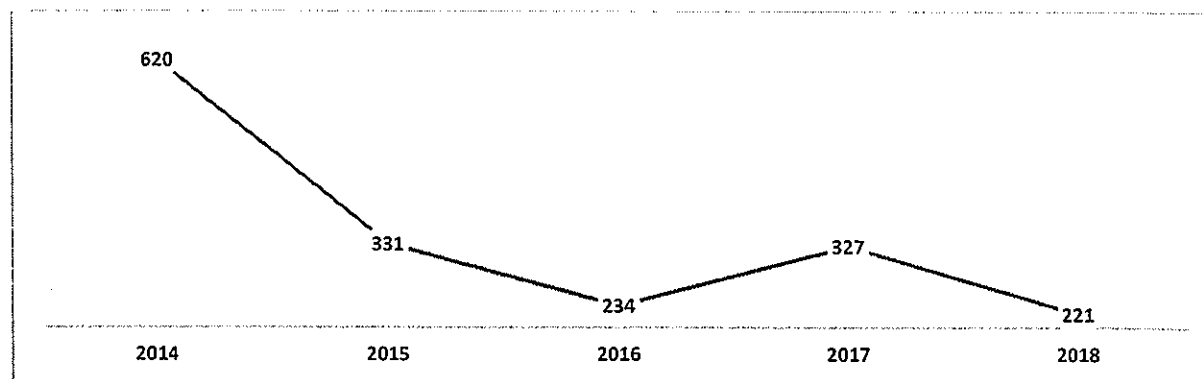
Общо за годината са приключени 9 576 процедури за промяна в разрешенията за употреба, като това включва 366 процедури по прехвърляне на правата върху разрешенията за употреба на лекарствени продукти 2 291 изменения на дизайна на опаковка и/или листовка за пациента.

• Прекратени разрешения за употреба

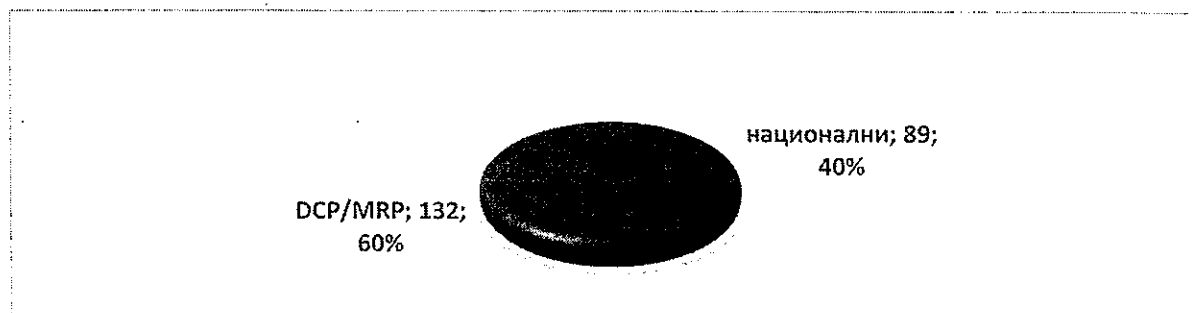
През 2018 г. по заявление на притежателите на разрешения за употреба са прекратени 221 разрешения за употреба на лекарствени продукти. Нито едно от прекратените разрешения за употреба не е свързано със сериозен риск за общественото здраве или поради констатирани проблеми в качеството на продуктите.

В изпълнение на Решение за изпълнение на Европейската Комисия С (2017) 7941 от 23.11.2017 г. относно разрешенията за търговия с контрастни вещества за хуманна употреба с гадолиний в рамките на чл. 31 от Директива 2001/83/ЕО на Европейския парламент и на Съвета ИАЛ спря разрешенията за употреба на два лекарствени продукта, съдържащи гадолиний.

Фигура 41. Брой прекратени РУ 2014-2018 г.



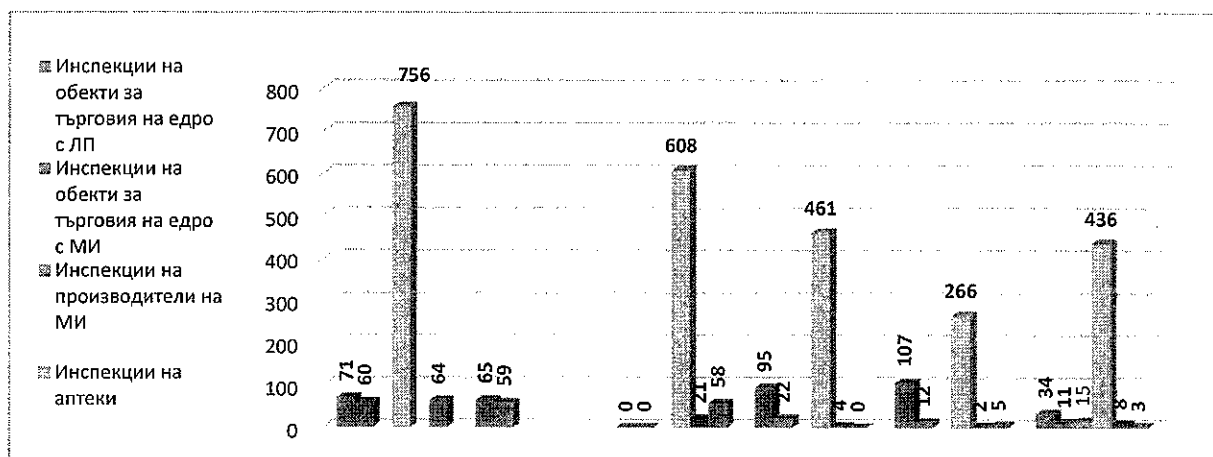
Фигура 42. Прекратени РУ за 2018 г.



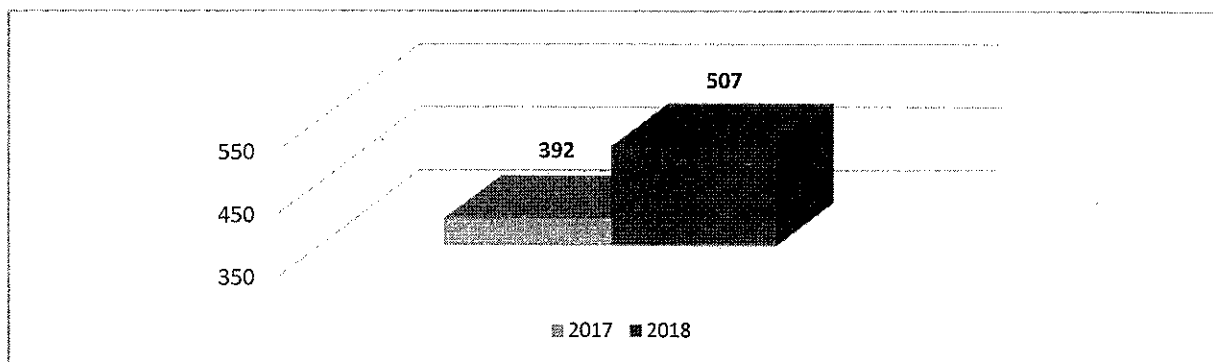
• **Контрол и инспекции**

През 2018 г. при осъществяване на държавен контрол върху лекарствените продукти по чл. 267 от ЗЛПХМ, както и такъв по надзор на пазара с медицински изделия по чл. 86 от ЗМИ, длъжностните лица на 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 на спазване на изискванията за Добра дистрибуторска практика (ДДП), ЗЛПХМ, ЗМИ и подзаконовите нормативни актове по прилагането им. Общият брой на извършените инспекции на територията на Р. България е 507.

Фигура 43. Инспекции през 2018 г.



Фигура 52. Общ брой инспекции 2017 – 2018 г.



Най-често установяваните нарушения са:

- нарушен ред на доставка/снабдяване с лекарствени продукти в лекарствоснабдителната верига.
- продажба (отпускане) на лекарствен продукт с режим на отпускане „по лекарско предписание“ от магистър-фармацевт без да му бъде представено лекарско предписание (рецепта).
- продажба (отпускане) на лекарствен продукт с режим на отпускане „по лекарско предписание“ от помощник-фармацевт.
- неправилно съхранение на термолабилни лекарствени продукти, както и на 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 на горими и леснозапалими лекарствени продукти.
- осъществяване на дейност по отпускане на лекарствени продукти от неправопособни лица (без фармацевтично образование).

Инспекции по проследяване на лекарствената безопасност

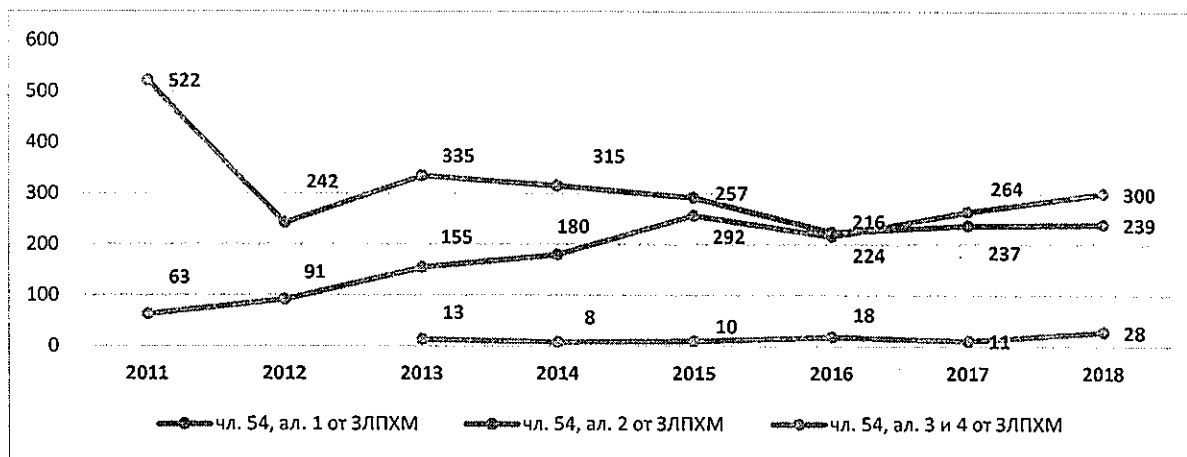
Извършени са 7 инспекции/повторни инспекции на притежателите на разрешения за употреба, свързани с проверка на системата за проследяване на лекарствена безопасност или на отделни дейности, свързани с минимизиране на риска при употребата на определени лекарствени продукти.

Контрол върху клиничните изпитвания

Проведени са 7 инспекции на 7 центъра, които провеждат клинични изпитвания, за спазването на Добрата клинична практика във връзка с провеждане на изпитванията.

Уведомления за пускане на пазара и за преустановяване на продажбите на лекарствени продукти

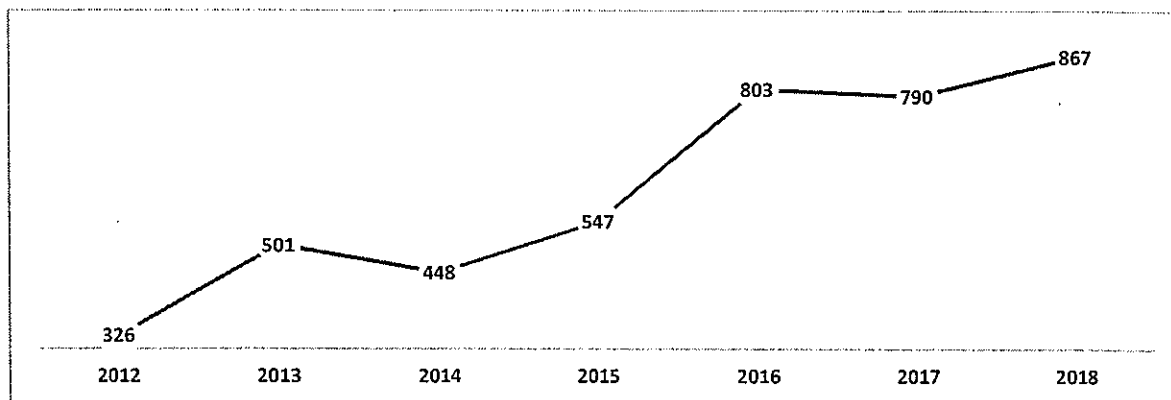
Фигура 53. Подадени уведомления по чл. 54 от ЗЛПХМ в периода 2014-2018 г.



Внос на неразрешени за употреба лекарствени продукти

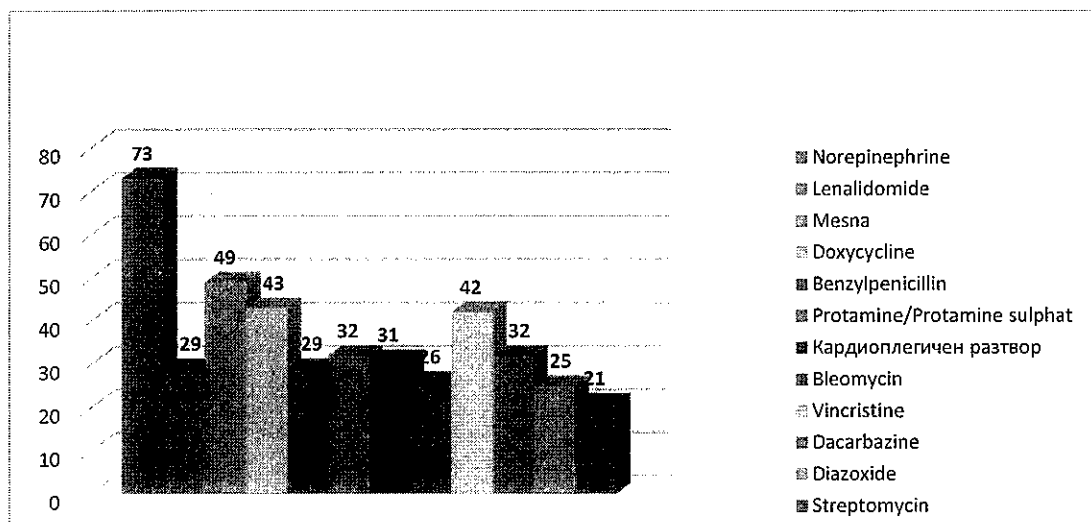
През 2018 г. са изготвени 867 становища за внос на неразрешени за употреба в България лекарствени продукти или такива, които не са налични на нашия пазар по реда на Наредба № 10 на МЗ.

Фигура 54. Брой издавани становища по Наредба No 10 за периода 2012-2018 г.



Направеният анализ показва, че най-често са издавани становища за следните лекарства:

Фигура 44. Най-често изготвяни становища за неразрешен внос на лекарствени продукти съгласно Наредба No 10 за 2018 г.

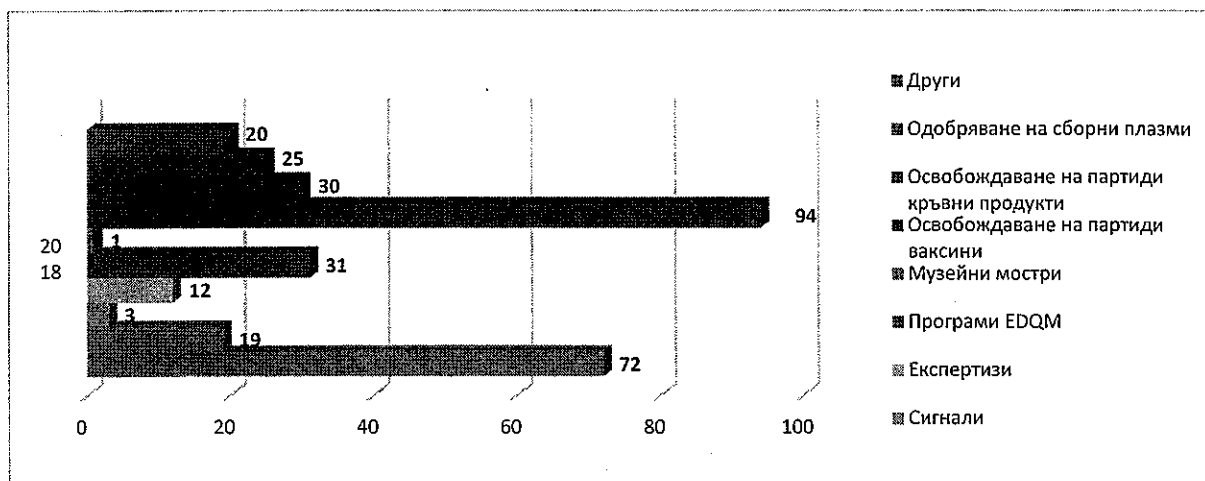


• **Анализи на лекарствените продукти**

Аналитична дейност

През 2018 г. в ИАЛ са проведени изпитвания на общо 307 броя проби, постъпили за анализ по различни процедури. Наблюдава се увеличение на броя на анализиранияте проби с 45,4% в сравнение с пробите през 2017 г.

Фигура 45. Анализирани проби за 2018 г.



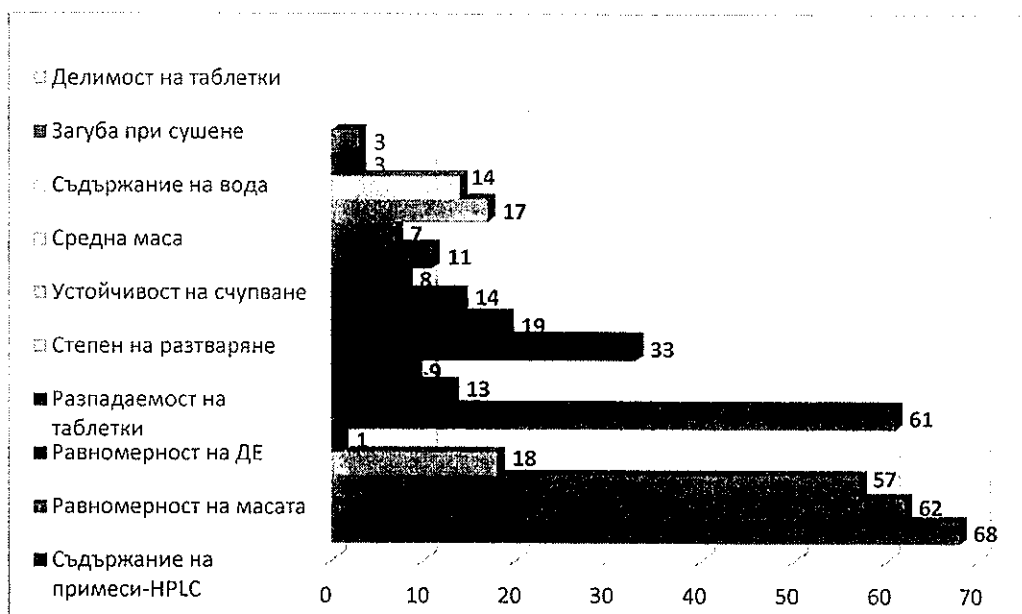
Надзор на българския пазар

По плана за наблюдение на българския пазар са анализирани 72 партиди лекарствени продукти с 13 различни активни вещества (Ambroxol hydrochloride, Cilostazol, Diltiazem hydrochloride, Flurbiprofen, Letrozole, Lidocaine hydrochloride, Metoclopramide hydrochloride, Metamizole sodium, Pregabalin, Rifampicin, Rosuvastatin, Troxerutin, Indometacine/Troxerutin, Paracetamol/ Phenylephrin hydrochloride/Ascorbic

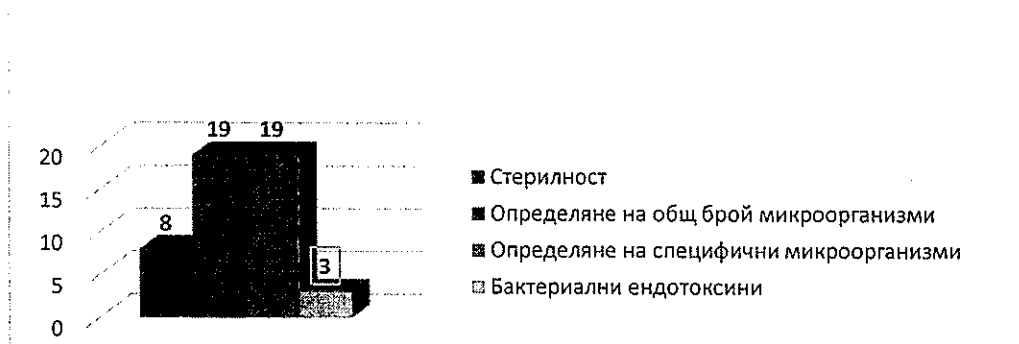
acid). Всички анализирани партии лекарствени продукти са отговорили на изискванията по проведените изпитвания.

Във връзка с изпитванията на проби по надзор на пазара една от целите за работа през 2018 г. беше проследяване съдържанието на примеси в лекарствени форми сиропи в края на срока на годност след отваряне на опаковката с активно вещество Ambroxol hydrochloride. Бяха изпитани 6 лекарствени продукта със срок на годност на отворена опаковка 1 месец, 3 месеца и 6 месеца след отваряне. Всички продукти са отговорили на изискванията на спецификациите за съдържание на примеси. Всички изпитани партии отговарят на критериите за микробиологично качество, Ph. Eur. 5.1.4., проследено в края на срока на годност след отваряне на опаковката.

Фигура 46. Анализирани партии по план за надзор на пазара за 2018 г.



Фигура 47. Извършени анализи във връзка с надзор на пазара за 2018 г.



Всички са отговорили на одобрената спецификация по проведените изпитвания.

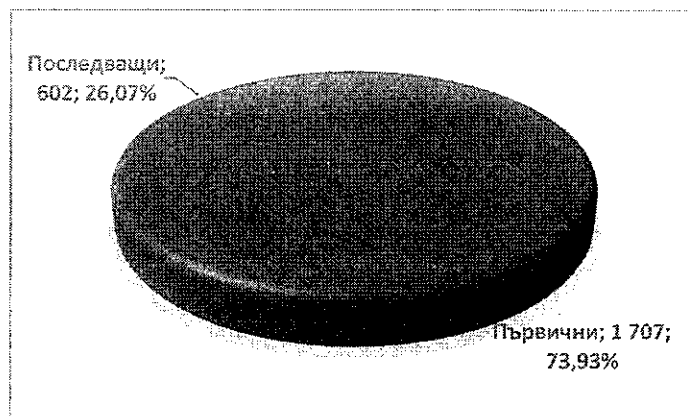
- **Проследяване на лекарствената безопасност**

Съобщения за нежелани лекарствени реакции

Част от отговорностите на ИАЛ включват приемане и оценка на съобщения за нежелани лекарствени реакции (НЛР). През 2018 г. получените, обработени и оценени първични и последващи съобщения нарастват в сравнение с предходната година.

Техният общ брой е 2 354, от които 2 309 съобщения са оценени като валидни. Първичните съобщения са 1 707, а последващите 602.

Фигура 59. Получени, обработени и оценени първични и последващи съобщения за нежелани лекарствени реакции за 2018 г.

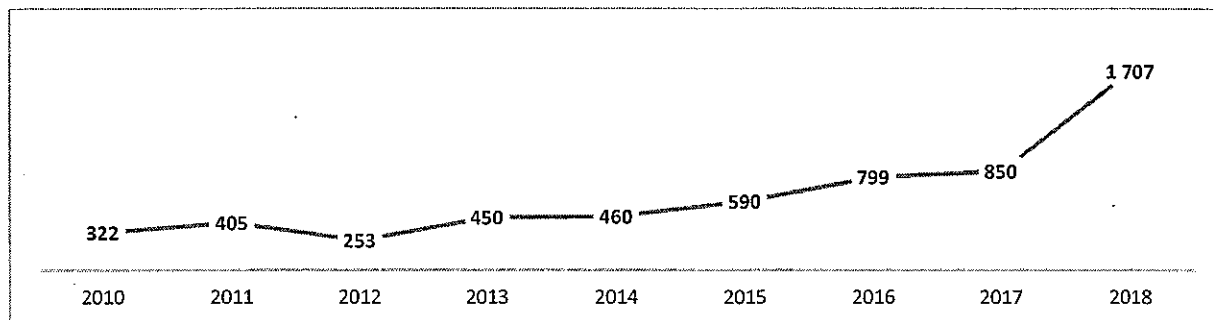


Фигура 60. Съотношение на получените съобщения за нежелани лекарствени реакции по отношение на сериозност и очакваност за 2018 г.



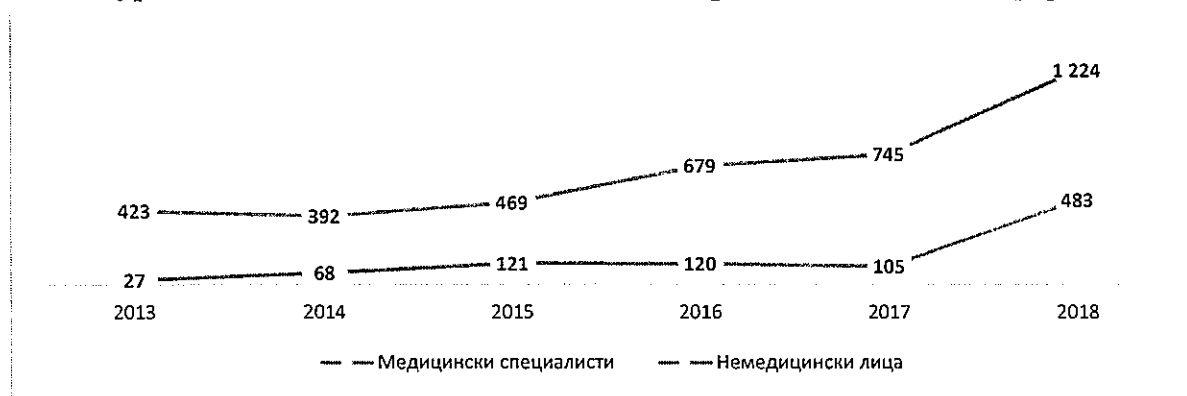
Запазва се тенденцията за увеличаване на съобщителната активност и броя на валидните получени НЛР, като от 850 през 2017 г. са нараснали на 1 707, т.е. увеличението е с 201%.

Фигура 61. Валидни случаи с нежелани лекарствени реакции



Съобщаваемостта от медицински специалисти продължава да нараства и достига 1 224 съобщения през 2018 г. От пациенти са докладвани 483 съобщения, което представлява увеличение на показателя с 22% в сравнение с 2017 г. Най-голям брой съобщения са получени чрез притежателите на разрешения за употреба – 1 450, а директно в ИАЛ са постъпили 151 съобщения от медицински специалисти и 106 съобщения от пациенти.

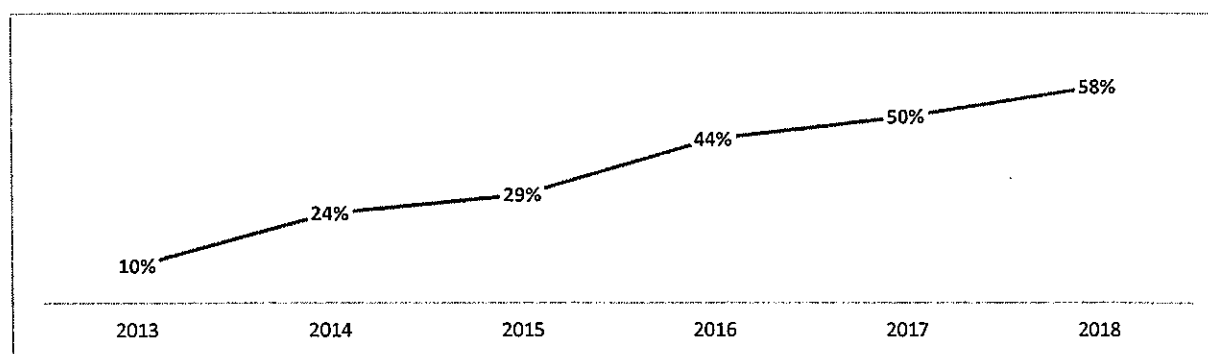
Фигура 6248. Тенденции в съобщаването според източника на информация



Съобщения за нежелани реакции след ваксиниране

През 2018 г. в ИАЛ са постъпили 103 съобщения за нежелани реакции след ваксиниране или 6% от общия брой съобщения. От 103 съобщения за нежелани реакции след ваксиниране директно в ИАЛ са получени 51 (8 от медицински специалисти и 43 от пациенти или 84%), а чрез притежателите на разрешения за употреба - 52 (35 от медицински специалисти и 17 от пациенти). Общо получените съобщения от медицински специалисти са 43 (42%), а от пациенти 60 (58%).

Фигура 63. Относителен дял на съобщения за нежелани реакции след ваксинация, съобщени от пациенти 2013-2018 г.



Информационни активности, свързани с проследяване на лекарствената безопасност и с информирание за риска

За 2018 г. е направена оценка на 59 обучителни материала, свързани с лекарствената безопасност. Съгласувани са 35 преки съобщения до медицински специалисти.

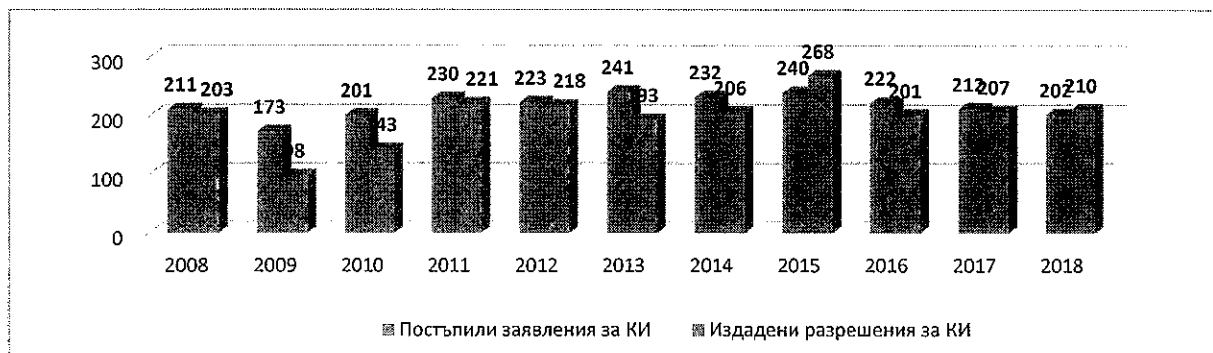
• **Клинични изпитвания**

ИАЛ осъществява регулаторната и контролната дейност 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.

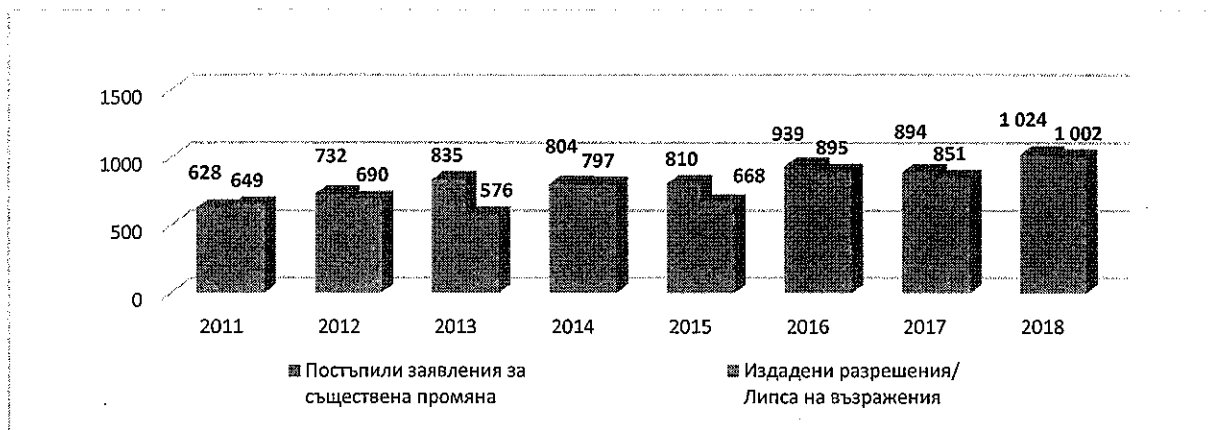
През 2018 г. в ИАЛ са постъпили 202 заявления за разрешаване на нови клинични изпитвания и 1 024 заявления за одобрение на съществена промяна. Общият брой заявления е 1 226.

През 2018 г. ИАЛ е издала 210 разрешения/уведомления за липса на възражения за клинични изпитвания, 1 002 разрешения за съществени промени в клинични изпитвания и 1 отказ.

Фигура 64. Клинични изпитвания за периода 2013-2018 г.

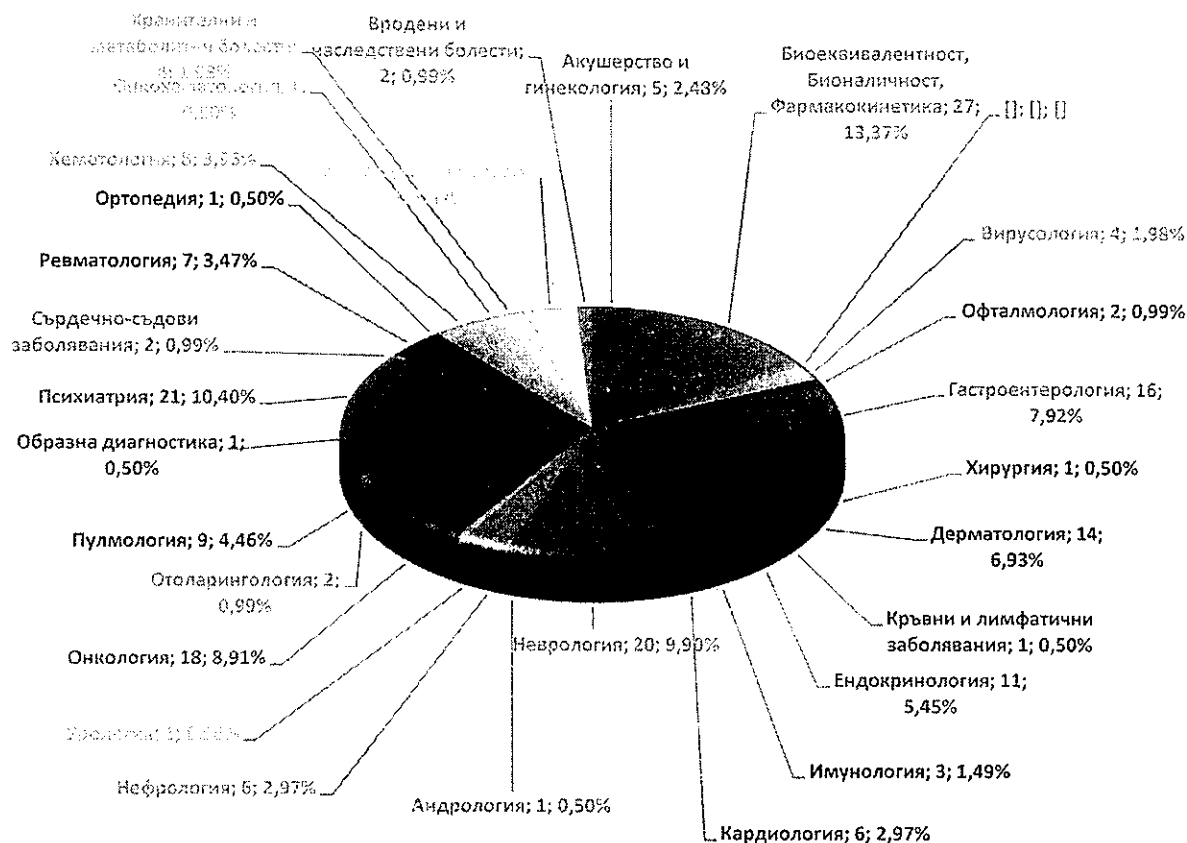


Фигура 65. Съществени промени за периода 2013-2018 г.

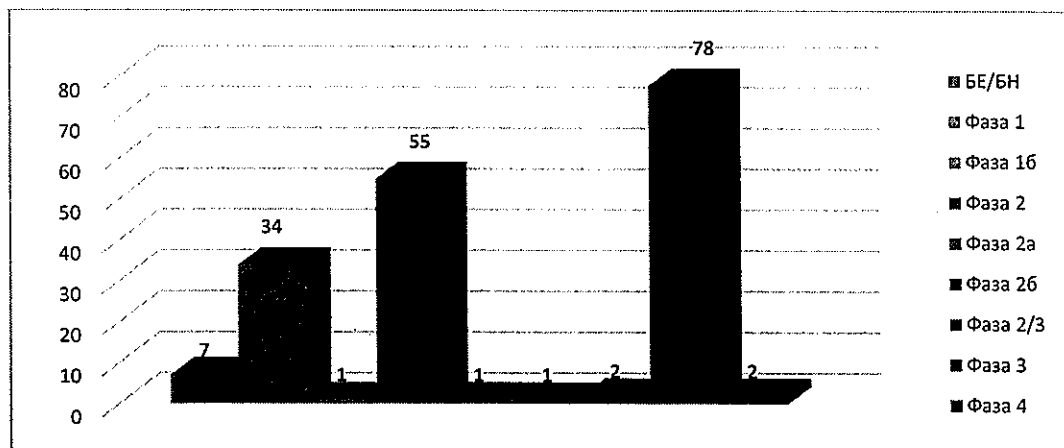


През 2018 г. областите с най-голям интерес за възложителите на клинични изпитвания са Неврология (9,9%) , Психиатрия (10,4%) и Биоеквивалентност, Бионаличност, Фармакокинетика (13,37%). Нова област, в която е разрешено клинично изпитване, е Андрология.

Фигура 66. Клинични изпитвания по области за 2018 г.

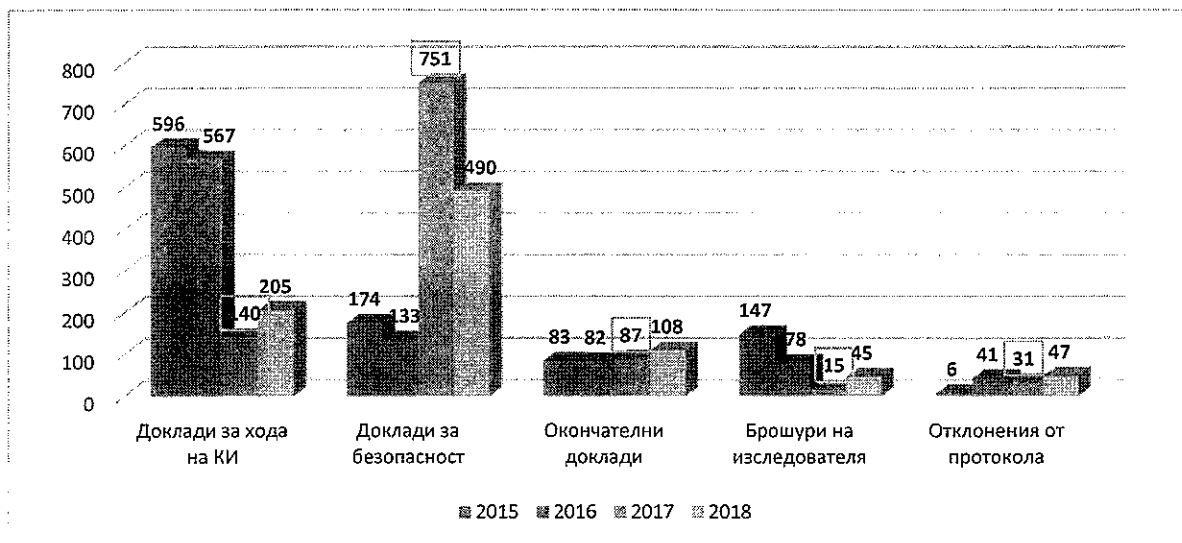


Фигура 49. Клинични изпитвания по фази за 2018 г.



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 клиничните изпитвания включва също разглеждане на различни уведомителни документи, окончателните доклади и други документи.

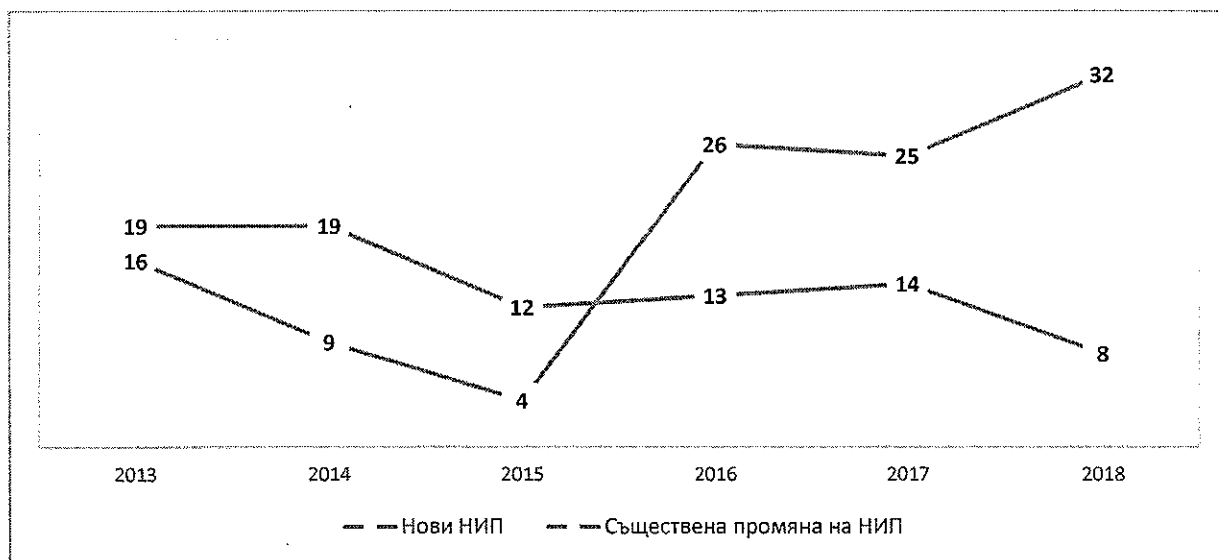
Фигура 50. Документи за проследяване на безопасността



• Неинтервенционални проучвания

През 2018 г. е постъпила и оценена документация за 8 нови неинтервенционални проучвания, както и документация за 32 съществени промени.

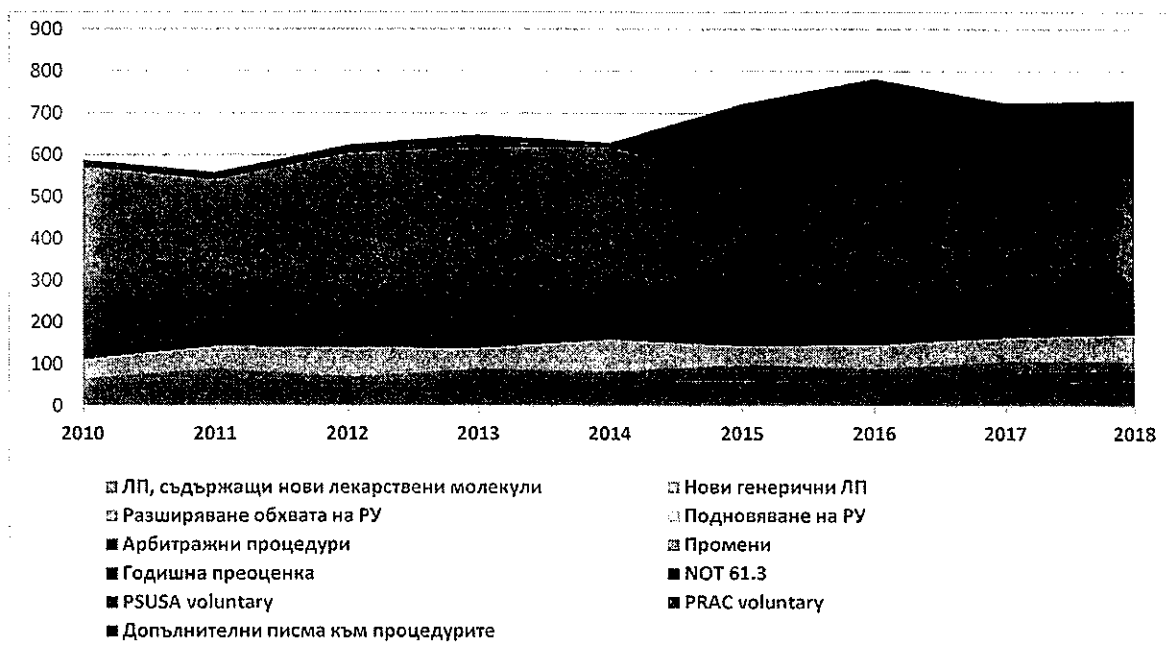
Фигура 51. Оценка на документацията за НИП в периода 2013-2018 г.



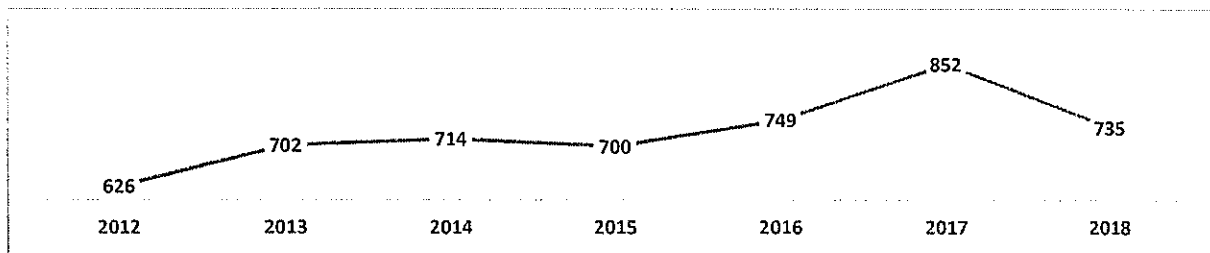
• Лекарствена информация

Оценъчна и експертна дейност чрез лингвистична проверка на продуктовата информация (Кратка характеристика на продукта, Означение върху опаковката, Листовка) на лекарствените продукти, кандидатстващи за разрешения за употреба или промени в тях по централизирана процедура в ЕМА.

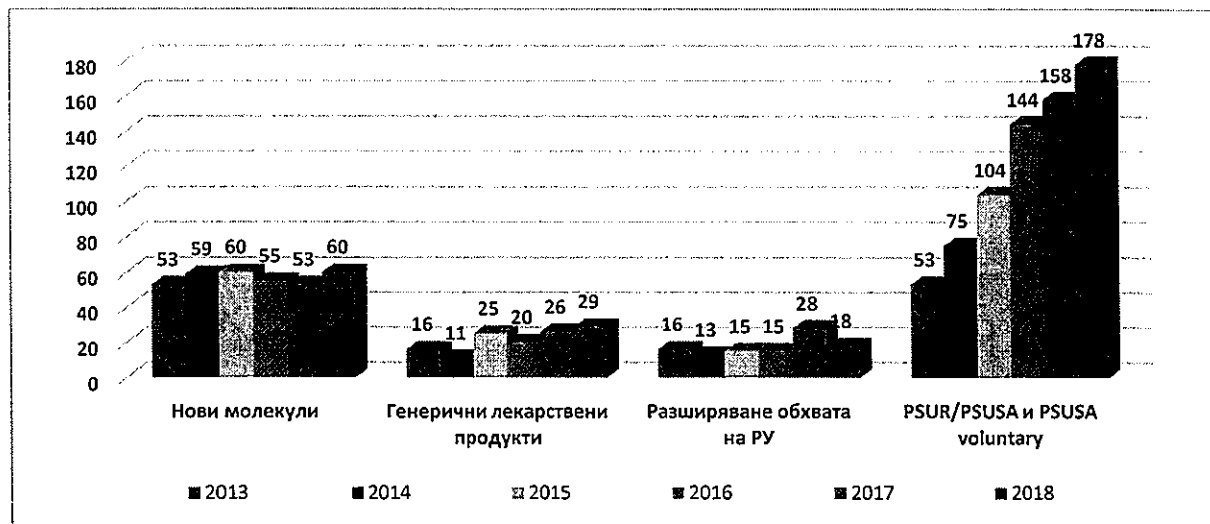
Фигура 70. Процедури, обект на оценка/проверка за 2018 г.



Фигура 71. Оценени продуктови информации по централизирана процедура 2012-2018 г.

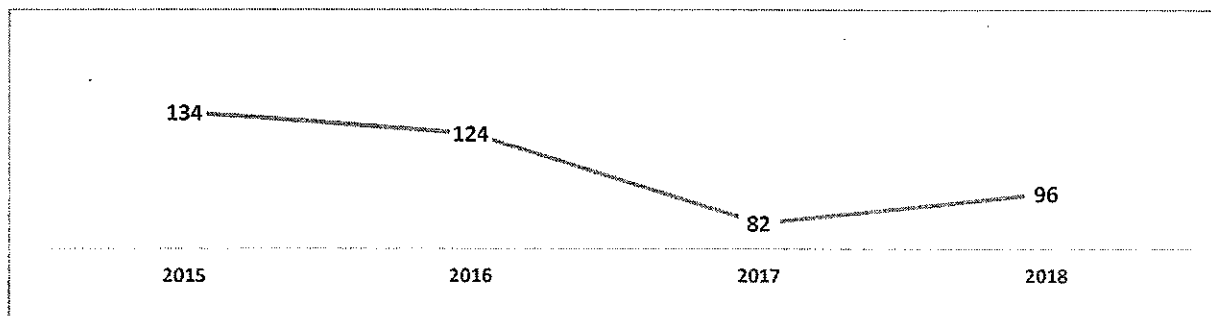


Фигура 72. Сравнителен анализ процедури за лингвистична проверка 2013-2018 г.



Продължава тенденцията за увеличаване на процедурите за продукти, съдържащи нови молекули, генерични лекарствени продукти, разширяване на обхвата на разрешението за употреба, както и PSUR/PSUSA, включително доброволните процедури PSUSA voluntary+PRAC препоръки (vol) + PASS (vol).

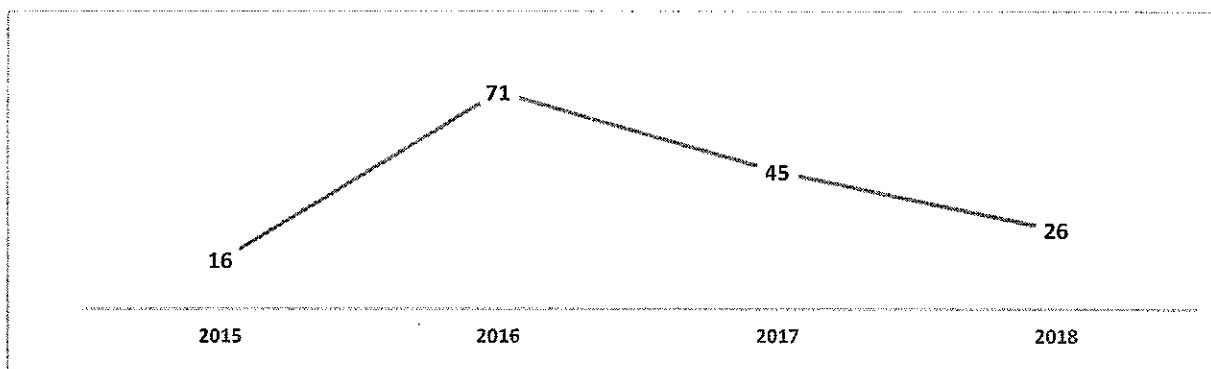
Фигура 73. Процедури, обект на допълнително съгласуване 2015-2018 г.



За периода 2015-2018 се регистрира относително намаляване на броя на процедурите, обект на допълнително съгласуване, което е един от индикаторите за подобряване на качеството на работата.

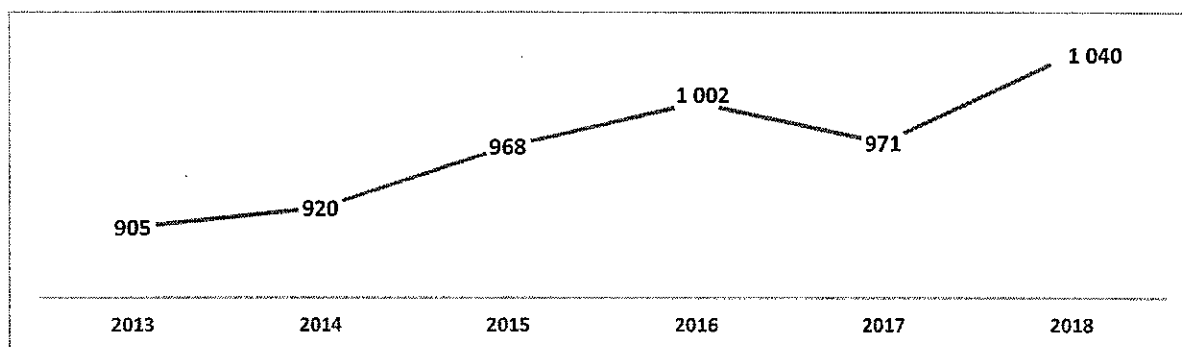
Като част от процедурата по разрешаване за употреба е и оценката на нивото на разбираемост на продуктовата информация.

Фигура 74. Оценка на тестове за ниво на разбираемост 2015-2018 г.



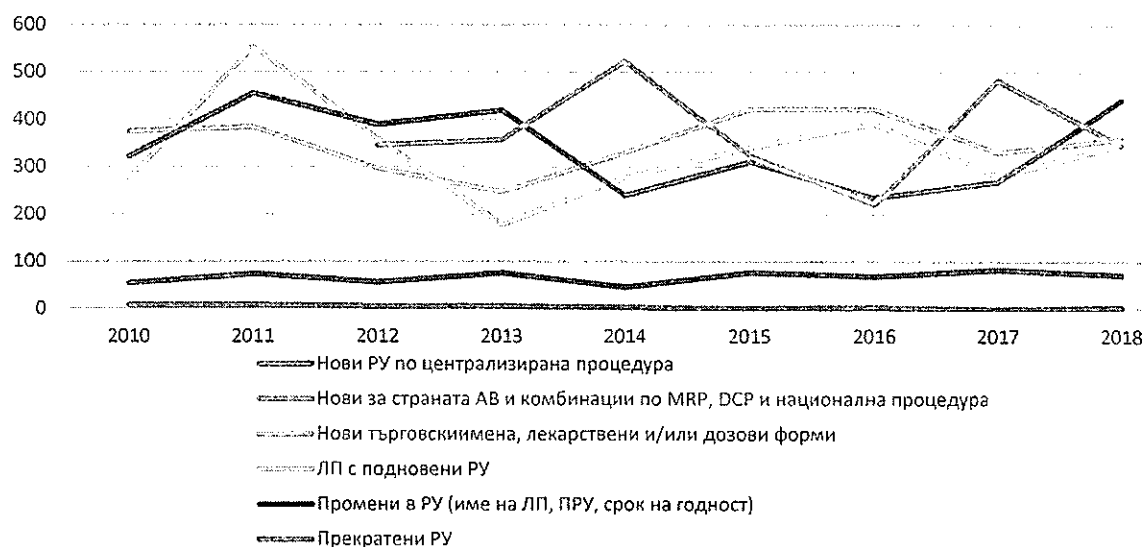
Ежемесечно се актуализира Списъкът на разрешените за употреба лекарствени продукти, които се отпускат без лекарско предписание:

Фигура 75. Актуализирани позиции в Списъка на разрешените за употреба ЛП 2013-2018 г.



На интернет страницата си ИАЛ 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 76. Актуализации чрез публикуване на Бюлетин за 2018 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.

Основните дейности, които извършват ЦТХ, ОТХ и ЛТХ, са регламентирани от ЗККК, Правилника за устройството и дейността на центровете по трансфузионна хематология и определените в медицинския стандарт по трансфузионна хематология, утвърден с Наредба № 9 от 25.04.2006 г. на МЗ (МС по ТХ). През 2018 г. в националното законодателство беше транспонирана Директива 2016/1214/ЕК. Това доведе до съществени промени в стандарта по трансфузионна хематология. Промяната до голяма степен се свежда до въвеждането от Ръководството на Съвета на Европа на основните насоки за добра практика в трансфузионната система (за разлика от т.нар. добра производствена практика в други области – ДПП/GMP), като съществена част от тази промяна е насочена към детайлното описание на всеки процес.

- Трансфузионен надзор

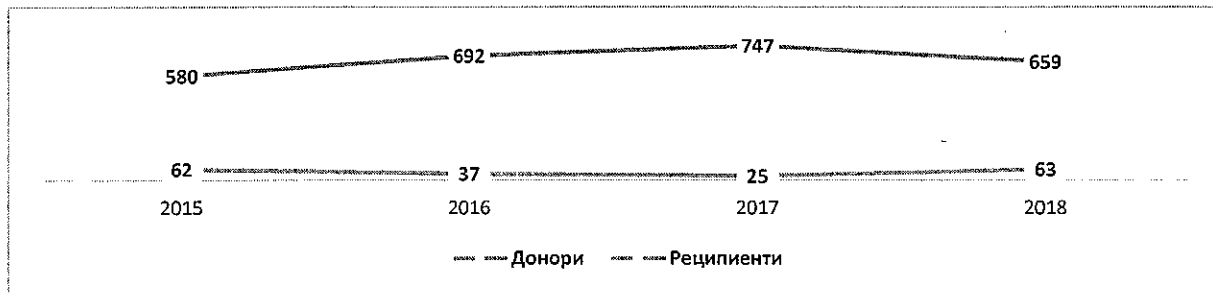
Трансфузионният надзор се извършва с цел проследяемост на кръвните съставки, осигуряване на безопасни кръв и кръвни съставки и предотвратяване условията за повтаряне на нежелани реакции и инциденти в трансфузионния процес.

Надзорът на трансфузионния процес, от даряването на кръв до нейното клинично приложение, се опосредства от добре структурирана и работеща Национална информационна система по трансфузионна хематология (НИСТХ), която изпълнява изискванията на централизиран регистър на три нива, на донори и реципиенти, както е посочено в чл. 36 от ЗККК. НИСТХ дава възможност за проследяване съдбата на единицата кръв в случай на нежелана реакция или инцидент от донора до реципиента и обратно. В нея е заложена и възможността да се създаде „досие“ на единицата кръвна съставка, като цялата информация бъде въведена директно от софтуера на апаратурата. Промените в Наредба № 9 за утвърждаване на медицински стандарт по трансфузионна

хематология от 2018 г. въведоха европейските критерии за инспектиране на информационна система по трансфузионна хематология.

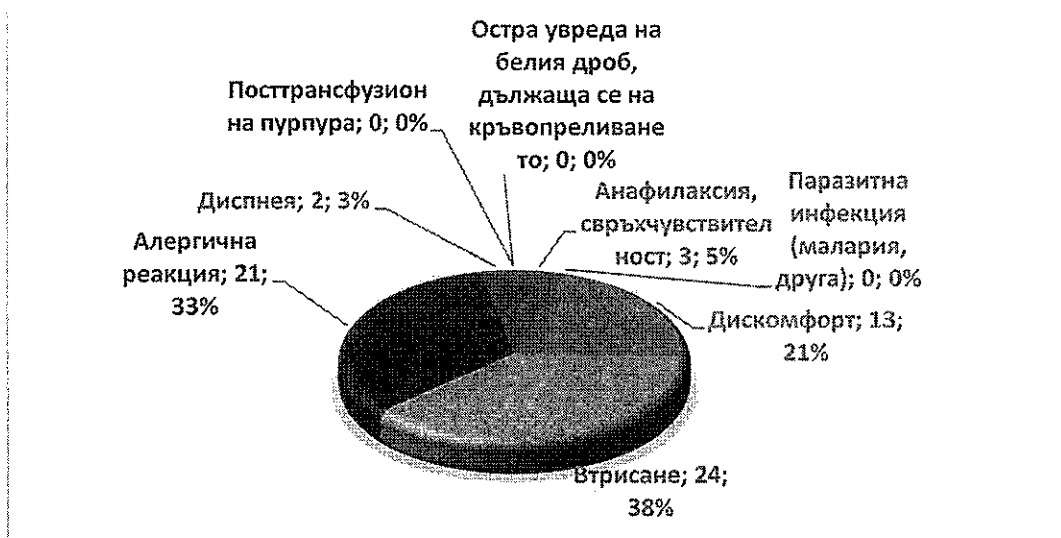
ИАЛ води регистър за сериозните инциденти и нежелани реакции, възникнали при вземане и употреба на кръв и кръвни съставки. Лицата, които извършват вземане, диагностициране, преработка, преливане и съхраняване на кръв или кръвни съставки, са длъжни да съобщават незабавно в ИАЛ за възникнали сериозни инциденти или нежелани реакции, или за съмнения за сериозни инциденти или сериозни нежелани реакции.

Фигура 52. Съобщения за нежелани реакции 2015-2018 г.



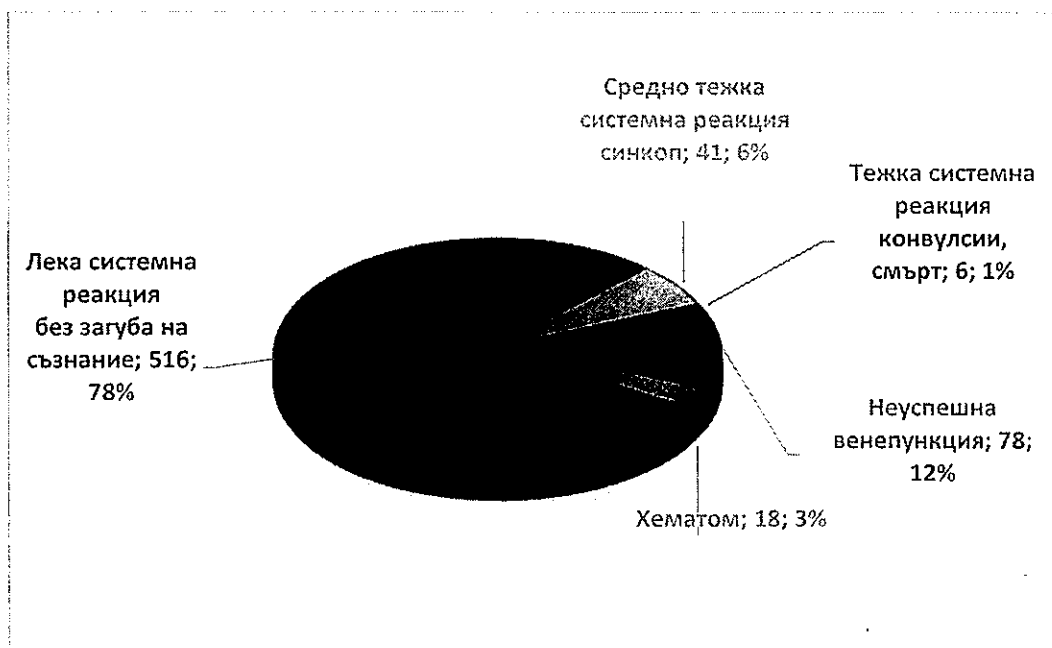
През 2018 г. в ИАЛ са постъпили 63 съобщения за нежелани реакции след преливане на кръв или кръвни съставки. По тежест са класифицирани като леки или средно тежки. Всички те са с благоприятен изход, като пациентите са се възстановили напълно след спиране на кръвопреливането. Преобладават втрисане и алергични реакции. В сравнение с 2017 г. броят на докладваните нежелани реакции при кръвопреливане се е увеличил.

Фигура 53. Съобщения за нежелани реакции след преливане на кръв или кръвни съставки за 2018 г.



През 2018 г. в ИАЛ са постъпили общо 659 съобщения за нежелани реакции, възникнали по време на кръводаряване. Основно леки системни реакции без загуба на съзнание или развитие на тежки хематоми. Случаите, при които е имало по-тежка системна реакция у донора бяха проучени при плановите инспекции. При всички донори персоналят на ЦТХ и ОТХ са реагирали адекватно и възстановяването е пълно и без последствия за здравето на кръводарителя. Не са установени нарушения в процедурите от страна на персонала, вземал кръвта.

Фигура 54. Съобщения за нежелани реакции, възникнали по време на кръводаряване за 2018 г.

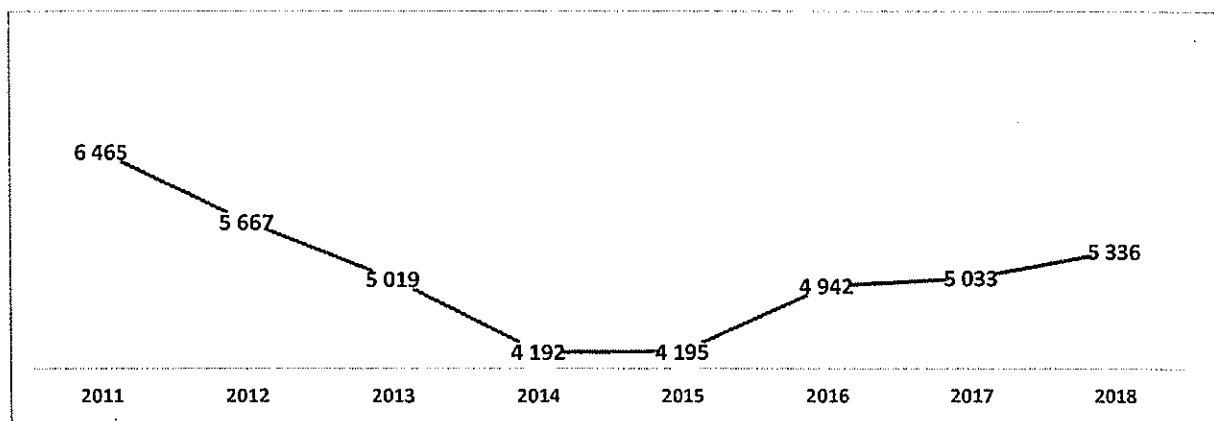


- Унищожени единици кръв и кръвни съставки

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.

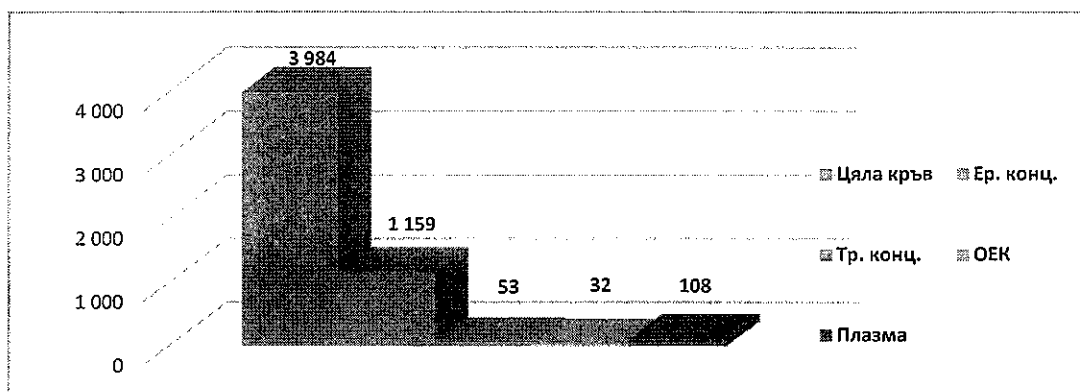
В трансфузионната система през 2018 г. са унищожени или предадени за научно-медицински цели 5336 единици цяла кръв или кръвни съставки (вкл. еритроцитен концентрат, прясно-замразена плазма или тромбоцитен концентрат). Сравнението с 2017 г. показва увеличение на общия брой унищожени или предадени за научно-медицински цели, единици с 303 броя.

Фигура 80. Унищожени единици кръв и кръвни съставки 2011-2018 г.

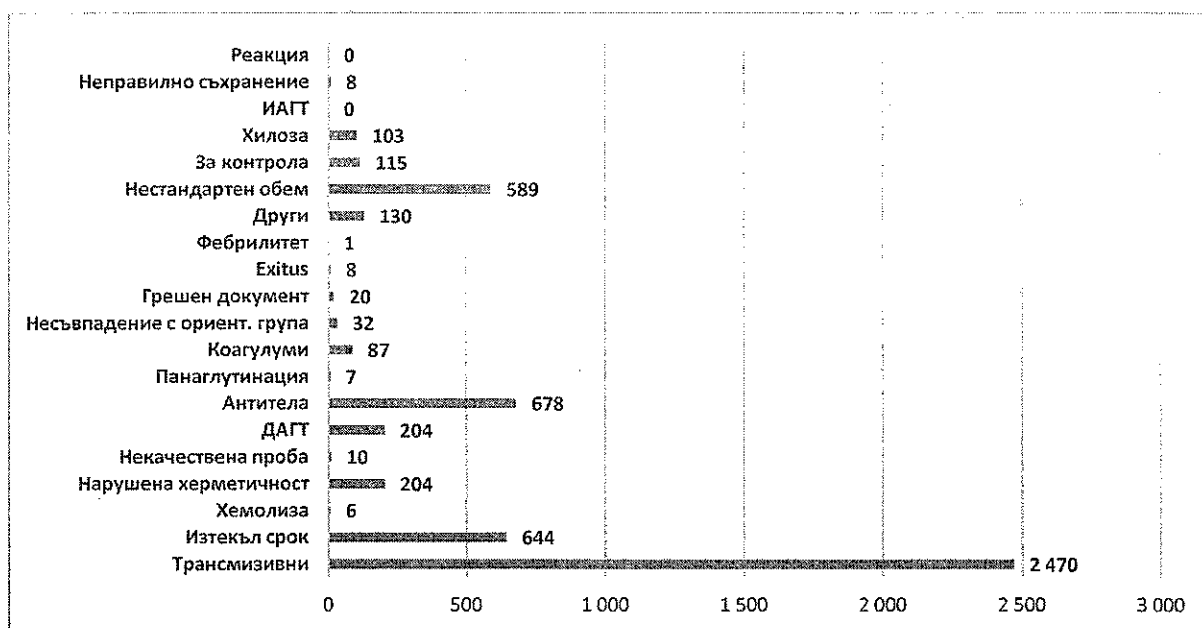


При направената статистическа обработка на данните се вижда тенденцията, причини за унищожаване на единици да са факторите, които правят кръвта неприложима в трансфузионната система още на ниво преработка и изследване в централите – почти 75 % от унищожените единици (трансмисивни инфекции, несъответствие на обема взета кръв и наличие на антитела).

Фигура 81. Унищожени единици кръв и кръвни съставки по вид за 2018 г.



Фигура 82. Унищожени единици кръв и кръвни съставки по причина за 2018 г.



Във връзка с констатираните в предходни години тенденции за повишаване на случаите на заболяване от Западно-Нилска треска в съседни страни ИАЛ предложи въвеждането на мерки за изпълнение в хемотрансфузионната система за периода от юни до ноември 2018 г., които имаха за цел да се намали възможността за даряване на кръв, заразена с причинителя на Западно-Нилска треска (WNV), и запазване безопасността на кръвта и кръвните съставки. Информацията своевременно беше публикувана на интернет страницата на ИАЛ и разпратена до ЦТХ в страната с цел информиране на здравните специалисти. В тази връзка Експертният съвет по трансфузионна хематология към Министъра на здравеопазването е запоздаван своевременно с информацията, която се получава в ИАЛ по системата за бързо известяване към Европейската комисия – Rapid Alert for Blood за възникването на случаи на трансмисивни заболявания в други страни членки на Европейския съюз, както и за насоките на мерките, предприети от хемотрансфузионната система на всяка от засегнатите страни. През 2018 г. Експертният съвет по трансфузионна хематология прие на свое заседание План за действие при поява на случай на Западно-Нилска треска в страната.

• **Международно сътрудничество на ИАЛ**

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.

В рамките на Българското председателството на Съвета на Европейския съюз ИАЛ беше домакин на три от редовните срещи на Мрежата на регулаторните органи по лекарствата:

- Ръководителите на лекарствените агенции (НМА II) 20-21 юни 2018 г.;
- Работната група за сътрудничество на Европейските агенции по лекарствата по правни и законодателни въпроси (EMACOLEX) 29 - 30 май 2018 г.;
- Работната група на комуникационните професионалисти (WGCP) 10-11 май 2018 г.

Във форматите на трите срещи, проведени в София, участваха повече от 200 делегати, които обсъдиха теми, засягащи издигнатите от Българското председателство приоритети в областта на лекарствената регулация, а именно:

- Достъпност на разрешени за употреба лекарства
- Иновации и достъп до нови лекарства

Темите са и част от Стратегическата програма до 2020 г. на Мрежата на регулаторните органи по лекарствата.

Ръководителите на лекарствените агенции обсъдиха предизвикателствата, които всеки регулаторен орган трябва да реши не само самостоятелно, а и в по-широк европейски и глобален контекст. Темите включваха напредъка на всяка държава-членка на ЕС във връзка с Регламента за клинични изпитвания (Регламент (ЕС) № 536/2014), ресурсите, необходими за прилагането му, както и съществуващите различия и специфики в националните системи. Бяха споделени и обсъдени предизвикателствата във връзка с Делегирания регламент за фалшиви лекарства (Делегиран регламент (ЕС) 2016/161) и осигуряването на условия за своевременното му прилагане. Тема на дискусия бяха различни инициативи във връзка с ранния достъп до иновативни лекарства, както и в контекста на предложението на Европейската комисия в областта на оценката на здравни технологии. Европейската агенция по лекарствата и държавите-членки на ЕС представиха доклад за натрупания опит с лекарствени продукти, обект на допълнителен мониторинг по отношение на безопасността. На заседанието докладът беше приет, след което изпратен до Европейската комисия и Европейския Парламент. Проведе се дискусия по стратегически въпроси, свързани с напускането на Обединеното кралство от Европейския съюз. Работната група за BREXIT докладва позитивните резултати от проучването за подготвеността на държавите-членки да поемат процедури по взаимно признаване и децентрализираните процедури, по които Обединеното кралство е референтна държава.

За първи път представители на лекарствените агенции на Молдова и Сърбия по покана на ИАЛ участваха като наблюдатели в срещата на Работната група за сътрудничество на Европейските агенции по лекарствата по правни и законодателни въпроси (EMACOLEX), която се проведе в София.

По време на Българското председателството на Съвета на Европейския съюз бяха проведени и останалите тринадесет редовни срещи на работните групи към Мрежата на регулаторните органи по лекарствата и научните комитети към ЕМА, като

домакинството бе поделено с други държави-членки на ЕС. Експерти от Агенцията активно участваха в тяхната подготовката и успешното им провеждане.

Представители на ИАЛ на 06.03.2018 г. взеха участие в Конференция, посветена на възможностите за осигуряване на по-добър достъп до лекарствени продукти за европейските граждани, като събитието бе част от календара на Българското председателство на Съвета на ЕС в сектор Здравеопазване.

През 2018 г. бяха подписани три Споразумения за сътрудничество съответно с Центъра за държавно управление на лекарствените продукти и медицинските изделия (СЕСМЕД) на Р Куба, с Борда за оценяване на лекарства на Кралство Нидерландия (МЕВ) и с Държавния институт за лекарствени средства и добри практики (ДИЛСДП) към Министерството на промишлеността и търговията на Руската Федерация. С СЕСМЕД, Куба ще се осъществи обмен на информация относно лекарствени продукти и медицински изделия, включително установени изисквания за разрешения за употреба, контрол на качеството и нежелани реакции, както и ще се работи върху сближаване на практиките и оптимизиране на изпълнението на здравните изисквания за лекарствените продукти, предназначени за употреба в хуманната медицина. Споразумението с МЕВ, Кралство Нидерландия е с фокус върху областта на фармацевтичните политики и засилването на капацитета и качеството на лекарствената регулация чрез обучение на български специалисти, както и осигуряване на подкрепа и експертиза за ИАЛ в областите предклинична и клинична оценка, проследяване на лекарствената безопасност и оценка на качеството на лекарствените продукти. Предвижда се обмяна на опит и добри практики за оценка на биологични и биоподобни лекарства, оценка на качеството на специфични фармацевтични форми и оценка на неклинични данни. Сътрудничеството с ДИЛСДП, Руска Федерация има за цел да създаде рамка за сътрудничество за провеждане на инспекции за установяване на съответствие с добрите производствени практики, като по този начин ще се засили взаимното доверие, ще се подобри безопасността и ще се уеднакви качеството на инспекциите, включително чрез двустранно участие на наблюдатели във фармацевтичните инспекции на териториите на двете държави, организирането на образователни инспекции и разработването на съвместни образователни програми, проекти за допълнително обучение и усъвършенстване на уменията на инспекторите. Предвижда се и обмен на информация и създаване на стратегии за борба с фалшифицираните лекарства.

Експерти на ИАЛ взеха участие в заседания на експертна група по темата Делегиран акт за характеристиките за безопасност и семинар, организиран от EMVO; в заседание на работна група за изготвяне на рамкова позиция относно Предложение за Регламент на Европейския парламент и на Съвета за изменение на Регламент (ЕО) № 469/2009 относно сертификата за допълнителна закрила на лекарствените продукти, както и в дискусия в рамките на кръгла маса, посветена на темата за защита на здравните специалисти от тяхното излагане на опасни лекарства, особено от цитотоксични лекарства, проведена в Европейския парламент в Брюксел, Белгия. Агенцията взе участие и в 14-тия годишен симпозиум на Сръбската агенция по лекарствата и медицинските изделия, проведен в гр. Крагуевац, Сърбия.

През 2018 г. към Регулаторния комитет по кръвта (Blood regulatory Committee) на Европейската комисия, част от който е Комитета на компетентните органи, беше създадена експертна подгрупа, свързана с инспекционната дейност в областта на кръвта, тъканите и клетките (Commission Expert Sub-Group on Inspections in the Blood and Tissues and Cells Sectors /IES/). Създадената постоянна подгрупа ще работи в областта на европейското законодателство, касаещо инспекционния процес в областта на кръвта, тъканите и клетките, като дискутираните въпроси ще са свързани със създаването на регламент за извършването на одити на системата за качество на Компетентните органи в страните-членки чрез програмата CESIP от завършилия през 2018 г., европейски проект

VISTART. В дневния ред са и приемането на условия за извършване на международни, съвместни инспекции на кръвни центрове и тъканни банки в страните-членки.

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 2017-2018 г. са регистрирани важни изменения по отношение на източниците на доходи. Запазва се тенденцията, касаеща ръста на доходите на домакинствата, които и през последните години леко изпреварват този на разходите. Реалните доходи на домакинствата нарастват с 7,3% през 2018 г. в сравнение с предходната 2017 г. като най-висок е индексът на реалните доходи през 2018 г. спрямо 2011-138.1% (Фиг. 83). През 2018 г. годишният общ доход средно на лице от домакинство е 6013 лв. и нараства с 7,6% спрямо 2017 г.

В структурата на общия доход за последните години продължава да се запазва най-високият относителен дял на дохода от работна заплата. През 2018 г. той е 55,5% или с 1,1% повече в сравнение с 2017 г. и с 3,3% спрямо 2009 г. В цифрово изражение през 2018 г. е 3336 лв. и се увеличава с 9,8% спрямо 2017 г., а спрямо 2009 г. нарастването му е с 73%.

През 2018 г. доходите от всички социални трансфери (пенсии, обезщетения за безработни, семейни добавки за деца и други социални помощи и обезщетения) формират 29,8% от общия доход на домакинствата през 2018 г.

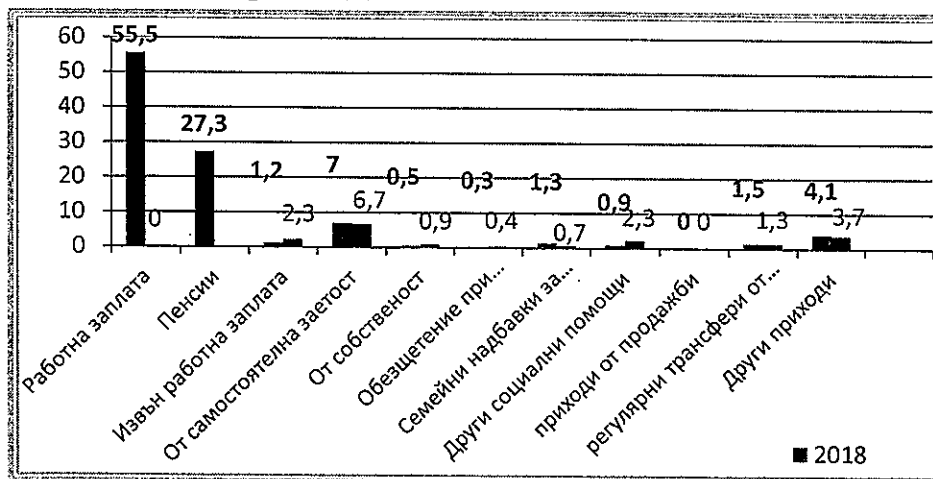
Пенсиите продължават да са вторият по значимост източник на доходи за българските домакинства. Те са с най-висок относителен дял в социалните трансфери - 27,3% от общия доход на домакинствата, което е с 0,8% повече спрямо 2017 г. и с 0,3% по-малко спрямо 2009 г. За 2018 г. доходът от пенсии е 1645 лв. и се увеличава с 11,2% спрямо 2017 г. и с 61,4% в сравнение с 2009 г.

Доходите от другите социални трансфери през 2018 г. са 156 лв. или намаляват спрямо с 2017 г. с 16,6%, но спрямо 2009 г. нарастват с 27,9%.

Доходът от трудова дейност извън работна заплата за 2018 г. е 70 лв., което е намаление спрямо 2017 г. с 45,7%, а спрямо 2009 г. с 54,2%.

Повишение отбелязват доходите от самостоятелна заетост – за 2018 г. те са 420 лв. или с 11,4% повече спрямо 2017 г. и с 59,1% спрямо 2009 г.

Фигура 55. Доходи за 2017 г. и 2018 г. в %



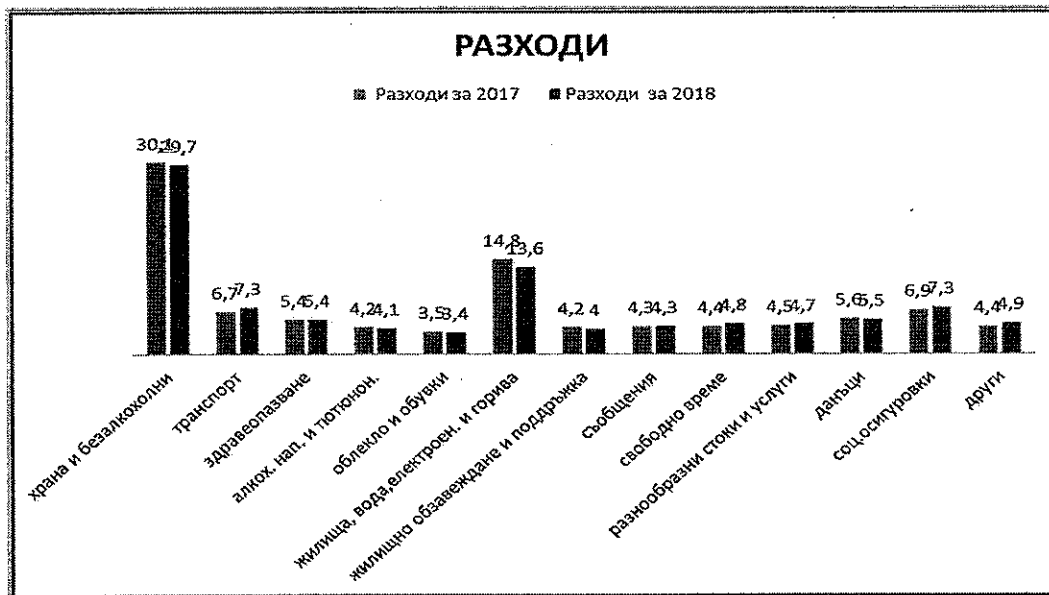
Разходи

Разходите продължават да следват тенденцията на динамичните промени в доходите. Относителният дял на потребителския разход от общите разходи на домакинствата намалява от 85.7% през 2009 г., на 81.3% през 2018 г.

По данни на НСИ през 2018 г. българските домакинства са изразходвали 5772 лв. средно на лице, което е нарастване от 10,6% спрямо 2017 г. Запазва се тенденция на нарастване, като за периода 2009 г. - 2018 г. разходите на домакинствата се увеличават 1,7 пъти.

За периода 2009-2018 г. се отчитат следните промени на групи разходите по отношение на: Средно на домакинство изразходваните средства за храна и безалкохолни напитки през 2018 г. са на стойност 1714 лв. средно на лице от домакинство или с 9,0% повече спрямо 2017 г. и с 41% спрямо 2009 г. Делът на разходите за комунални услуги (жилища, вода, електроенергия, горива, жилищно обзавеждане и поддържане на дома) през 2018 г. са 1017 лв. средно на лице от домакинство и нарастват с 3% спрямо 2017 г. и с 67.5% спрямо 2009 г. За транспорт и съобщения са изразходвани 667 лв., което е с 15,8% повече спрямо 2017 г., а спрямо 2009 г. нараства с 90%. През 2018 г. разходите за данъци и социални осигуровки средно за лице от домакинството са в размер на 738 лв. и бележат ръст с 13.9% спрямо 2017 г., а съпоставени с 2008 и 2009 г. те са нараснали над 3 пъти. Относителният дял на разходите за храна от общия разход е 29,7%, което е с 0.4% по-малко в сравнение с 2017 г. и с 6,8% спрямо 2009 г. Относителният дял на разходите, свързани с жилището, през 2018 г. намалява с 1,4% спрямо 2017 г. и с 0,6% спрямо 2009 г. Делът на разходите за данъци и социални осигуровки е 12,8% от общия разход през 2018 г., което надвишава с 0,3% този дял от 2017 г. и с 5,9% за 2009 г. Делът на разходите за транспорт и съобщения в общия разход за периода 2009 -2018 г. бележи ръст с 11%

Фигура 84. Разходи за 2017 и 2018 г. в %



Източник : НСИ

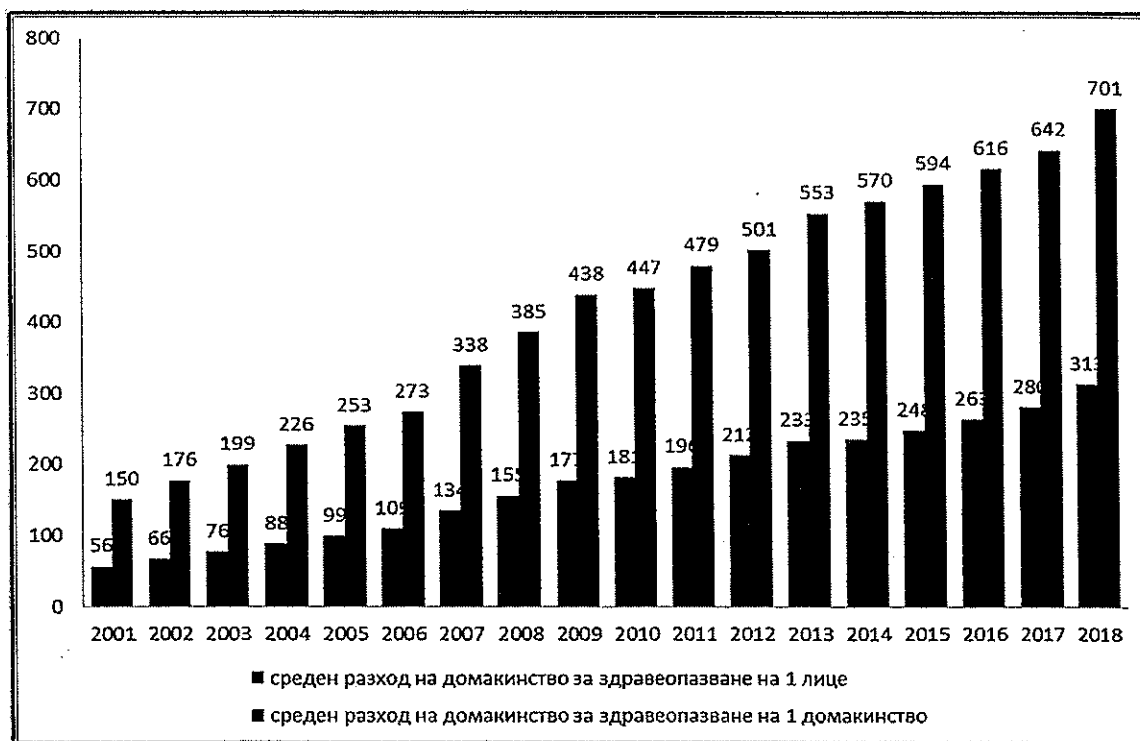
Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. Наблюдава се тенденция на запазване нивото на публичните разходи за здравеопазване. По данни на Евростат здравеопазването е второто по размер перо в бюджетните разходи след разходите за социална защита. По разходи за здравеопазване като част от БВП държавата е на средно европейско равнище в общността. Съществуващата здравна система е така организирана, че принуждава

пациентите да доплащат повече пари, отколкото се събират от всички граждани чрез осигуровки. Най-голям дял от доплащанията са за лекарства. България остава сред страните в ЕС, които продължават да отделят значително по-малко средства за здравеопазване в сравнение със средното ниво на страните – членки. Все още у нас не се отделя процент за дългосрочна грижа. За 2018 г. се запазва делът публичен разход за здравеопазване от БВП 5,4%, както е и през 2017 г.

Средният разход за здравеопазване на едно домакинство през 2000 г. е 139 лв., през 2010 г. е 447 лв., докато за 2017 г. е в размер на 642 лв. и достига през 2018 г. 701 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 280 лв. през 2017 г. и 313 лв. през 2018 г.

Запазва се тенденцията почти половината от българските домакинства да срещат трудности при покриване на разходите си за здравеопазване. (разходи за обществено и частно здравеопазване, консултации със специалист, лечение, медикаменти и т.н.). Една част от тези разходи се реимбурсират. Здравните разходи са по-сериозен проблем за хората с ниски доходи (40%), но и хората с по-високи доходи изпитват затруднения (27%). Много сериозни проблеми да платят своите разходи за здраве са изпитвали 10% от българите, а средно в ЕС 4,2% от европейците имат същите затруднения. У нас затруднения за плащане на здравни разходи имат 15,4%, а за относителни проблеми в тази насока съобщават 21,1% от хората. Съвсем лесно обаче плащат тези разходи 38,8% от българите. В ЕС 71% от европейците нямат никакви проблеми да покрият здравните си разходи. Реално финансовата тежест се прехвърля все повече към бюджетите на домакинствата, без да се разпределя рискът и без да се осигурят възможности за контрол на разходите и качеството на здравните услуги. Високото равнище на плащанията със собствени средства значително ограничава финансовата защита на всички, като се отразява особено неблагоприятно на най-бедните слоеве от населението.

Фигура 85. Среден разход на за здравеопазване (на едно лице и на домакинство) в лв.



Източник: НСИ

Анализът на данните показва, че през 2018 г. настъпват промени в потреблението на българските домакинства спрямо 2017 г. като се установява, че консумацията на хляб

и тестени изделия намалява средно на лице с 1,8 кг и на плодове с 1,2 кг. Увеличава се консумацията на зеленчуци с 2,7 кг, на кисело мляко с 1,7 кг, на месо с 1,5 кг и безалкохолни напитки с 1.2 литра. На годишна база се увеличава потреблението средно на лице от домакинството на алкохолни напитки от 28,9 на 31 литра и на цигари от 656 на 674 броя.

Покупателната способност през 2018 г. се увеличава в сравнение с 2017 г. за почти всички хранителни продукти, с изключение на белия хляб, краставиците, пиперките, ябълките, гроздето, маслото. Отбелязва се най-много нараснала покупателна способност при ориза, картофите, зрял фасул, прясно мляко, свинското и птичето месо, захарта. През 2018 г. собствени жилища притежават 90.7% от домакинствата, 6,6 % ползват жилище, без да плащат наем, 2,7% от домакинствата плащат наем. Второ жилище притежават 9,4% от домакинствата, 55,2 % от домакинствата притежават компютър. Все още е голям дялът на тези, които преценяват, че нямат нужда от компютър - 38,3%. Все още 2,5% от домакинствата са без телефон (стационарен или мобилен), докато 20,8% от домакинствата притежават и двата вида телефони.

• Бедност

Борбата с бедността и социалното изключване е една от конкретните цели на ЕС и неговите държави - членки в областта на социалната политика. Бедността се запазва като фактор с многопосочно въздействие върху здравето в неговите биологични, психични и социални намерения. Все още няма универсално решение за преодоляване на 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. През 2017 г. и 2018 г. на този фон дялът 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 2018 г. е 351.11 лв. средно месечно на лице от домакинството и бележи ръст спрямо предходната 2017 г. При този размер на линията под прага на бедност са били 1 550,8 хил. лица, или 22% от населението на страната по данни на НСИ. В сравнение с предходната година размерът на линията на бедност се запазва, а относителният дял на бедното население намалява с 1.4%. Системата за социална защита има съществено значение за редуциране на бедността. Данните за 2018 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 22.0% до 29.5%, или с 7.5%. При изключване на пенсиите и останалите социални трансфери равнището на бедност нараства до 45.2% или с 23.2 %.

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. Относителният дял на бедните е най-висок сред безработните лица, които са 56.1% за 2018 г., като рискът от бедност при безработните мъже е с 11.8% по-висок в сравнение с безработните жени.

През 2018 г. дялът на бедните сред заетите лица във възрастовата група 18-64 години се запазва на нивото от предходната година - 10.1%, като при работещите на непълно работно време рискът за изпадане в бедност е повече от 4 пъти по-висок от този при работещите на пълно работно време.

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 - 66.2%. С нарастване на образователното равнище относителният дял на бедните сред работещите намалява приблизително два пъти за лицата с основно

образование и над четири пъти за лицата със средно образование. Делът на работещите бедни с висше образование е 6.2%.

Същевременно рискът от бедност сред работещите жени е с 2.9% по-нисък от този при мъжете. 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.

Оценките на бедността в зависимост от типа на домакинството показват, че най-висок е относителният дял на бедните сред едночленните домакинства с лица на възраст над 65 години, самотните родители с деца, както и домакинствата с три и повече деца. Най-голямо намаление на риска от бедност през 2018 г. в сравнение с 2017 г. се наблюдава при домакинствата с двама родители и три и повече деца (с 13.8%). 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 (13.3%). При едночленните домакинства рискът от бедност при жените е с 16.3% по-висок, отколкото при мъжете. Ако в домакинството живее едно лице над 65 години, рискът от бедност е с 24.% по-висок от домакинство, в което живее едно лице под 65 години.

Продължават да се задълбочават социалните неравенства между отделните групи сред населението.

Месечната издръжката на живот на един член от 4-членно домакинство (2 възрастни и 2 деца) за 2018 г. достига сумата от 602,52 лв. или общо са необходими 2410 лв. (изследването на потребителските цени и издръжката на живот на ИССИ на КНСБ). За София сумата е 3184 лева. За да се достигне общата стойност за покриване на необходимите средства за издръжка, следва нетният размер на работната заплата, която получават двамата възрастни от този тип домакинство да бъде не по-нисък от 1 205 лв. за всеки от тях (бруто 1 551 лв.), при условие, че работната заплата е единствен източник на доходи. От началото на 2018 г. общата стойност на издръжката на живота се е увеличила близо с 85 лв. на човек. Независимо от ръста на работните заплати през годините, едва 30% от българите получават средна или по-висока от средната работна заплата. Констатира се задълбочаване на диференциацията на възнагражденията по области. Най-голямо е изоставането във Видин, Благоевград, Силистра, Кюстендил. Данните за подходящото разпределение за последното тримесечие на 2018 г. показват, че 23.7% от домакинствата или 1.710 млн. души живеят с общ доход на едно лице до 321 лв., което е под официалната линия на бедност за 2018 г.

Важен аспект в оценката на бедността продължава да е проявлението ѝ по области или в регионален аспект. През 2018 г. продължава най-ниска линия на бедност да се отбелязва в областите Монтана (240 лв.) и Пазарджик (239 лв.) съответно по 234 лв., а най-високата в областите София (столица) 513 лв., следвана от областите Стара Загора (403 лв.) и Варна (383 лв.). Най-висок е относителният дял на бедните в областите Монтана и Велико Търново по 26,2%, Ловеч (25,8%) и Сливен (25,5 лв.). Най-нисък е относителният дял на бедните в областите Перник (11.2%), Кюстендил, Разград (14,7%) и Русе -14,9%.

Анализът на отчетените данни показва, че линията на бедност за 2018 г. намалява спрямо 2017 г. в 12 области: Ловеч (с 13,8%), Габрово (10,2%), Шумен (с 9,9%), Разград (с 9,6%), Кърджали (с 8,4%), Ямбол (с 6,6%), Русе (с 6,0%), Кюстендил (с 4,8%), Добрич (с 3,8%), Перник (с 3,7%), Благоевград (с 0,4%) и Монтана (с 0,3%). Основните причини за по-ниския размер на линията на бедност се дължат на следните фактори: намаляване на средния размер на дохода от трудова дейност в областите Добрич (с 23,4%), Разград (с 15,8%), Шумен (с 14,7%), Габрово (8,6%), Кюстендил (с 7,3%), Ямбол (с 5,7%). Намаляване на средния размер на дохода в областите Габрово (с 13,4%), Ловеч (14%), Русе (7,3%), Монтана (7,4%), Кърджали (6,5%), Перник (6,3%) и Разград (6,9%). За три области Перник, Кърджали и Благоевград се увеличава относителният дял на пенсионерите в наблюдаваната съвкупност. Наблюдава се увеличаване на относителния дял на икономически неактивни лица за областите Ловеч, Русе и Габрово. За областите

Кюстендил, Добрич и Габрово се забелязва увеличаване на относителния дял на безработните лица.

Линията на бедност през 2018 г. се увеличава спрямо 2017 г. в останалите 16 области, по-съществени от които са: Сливен (с 14,5%), Хасково (с 14,2%), Велико Търново (с 9,4%), Смолян (с 7,8%), Пловдив (с 7,7%), Видин и Търговище (с 7,5%). Като причини се изтъкват увеличаване на относителния дял на заетите лица в наблюдаваната съвкупност в областите Сливен, Хасково, Велико Търново и Смолян. Влияние оказва намаляване на броя на безработните и други икономически неактивни лица. Не на последно място по важност е увеличаване на средния размер на дохода от трудова заетост, което се отнася за областите Велико Търново, Смолян, Търговище, Видин, Сливен и Пловдив.

С най-нисък относителен дял за бедност при мъжете (9,4%) се нарежда област Габрово, а с най-високо равнище - област Ловеч (28,3%). Сред жените с най-ниско равнище на бедност е област Разград (12,1%), докато при мъжете най-високо се отчита в област Ямбол (28%). Относно разпределение по пол в осем области (Габрово, Смолян, Русе, Ямбол, Враца, Добрич, Варна и Стара Загора) относителният дял на жените е с 5% по-голям, отколкото при мъжете. За пет области Видин, Сливен, Разград, Силистра и Ловеч относителният дял на бедните мъже е по-голям от този при жените.

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 известно съживяване на пазара на труда, за някои области се увеличава размера на дохода от трудова дейност, намаляване на икономически неактивни лица и безработните.

Делът на домакинствата с общ доход на 1 лице над издръжката на живота плавно нараства и вече се задържа трайно около 22%. Затова 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 -EU –комбиниран показател за регулярен мониторинг на напредъка на страните при изпълнение на националните подцели. Показателят включва лица, живеещи в риск от бедност, с материални лишения и в домакинства с безработни или с нисък интензитет на икономическа активност. През 2018 г. 32,8% от населението или 2315,2 хил. лица са били в риск от бедност и социално изключване. Стойността на показателя намалява с 6,1% спрямо 2017 г. повече при мъжете (6,4%), отколкото при жените (5,8%).

Един от основните показатели на стратегията „Европа 2020“ е снижаване прага на бедност и материални лишения в ЕС. По данни на Евростат 1,5 млн. българи (20,9%) са живели в материални лишения. Бедността у нас намалява най-бързо в ЕС, но все още сме на дъното по този показател в общността. Средният показател за гражданите на ЕС, които са били в материални лишения през 2018 г., е 6,2% (31 милиона души в ЕС) или близо три пъти по-нисък показател в сравнение с данните у нас. Положителен факт е, че у нас, лицата, живеели в материални лишения от 30% през 2017 г. са намалели до 20,9% за 2018 г. и е намалял чувствително спрямо 2010 г., когато е отчетен 45,7%. Само за една година около 10% от българите са повишили стандарта си на живот. Докато през 2010 г. според Европейската статистика показателят тежки материални лишения се отнася до жителите на ЕС, които не могат да си позволят поне 4 от 9 елемента, които повечето хора считат за желани или необходими, за да водят адекватен начин на живот, у нас за 2018 г. 31,9% не могат да си платят разходите за жилището си навреме, 31,3% не могат да си позволят месо и риба всеки втори ден, 32,10% не могат да посрещнат неочаквани финансови разходи, 33,6% имат ограничения при отопляване на жилището си. Най-висок дял на лицата, които са изложени на материални лишения са възрастните над 65 г. (50%) и децата до 16г. възраст (38%) - по данни на Евростат.

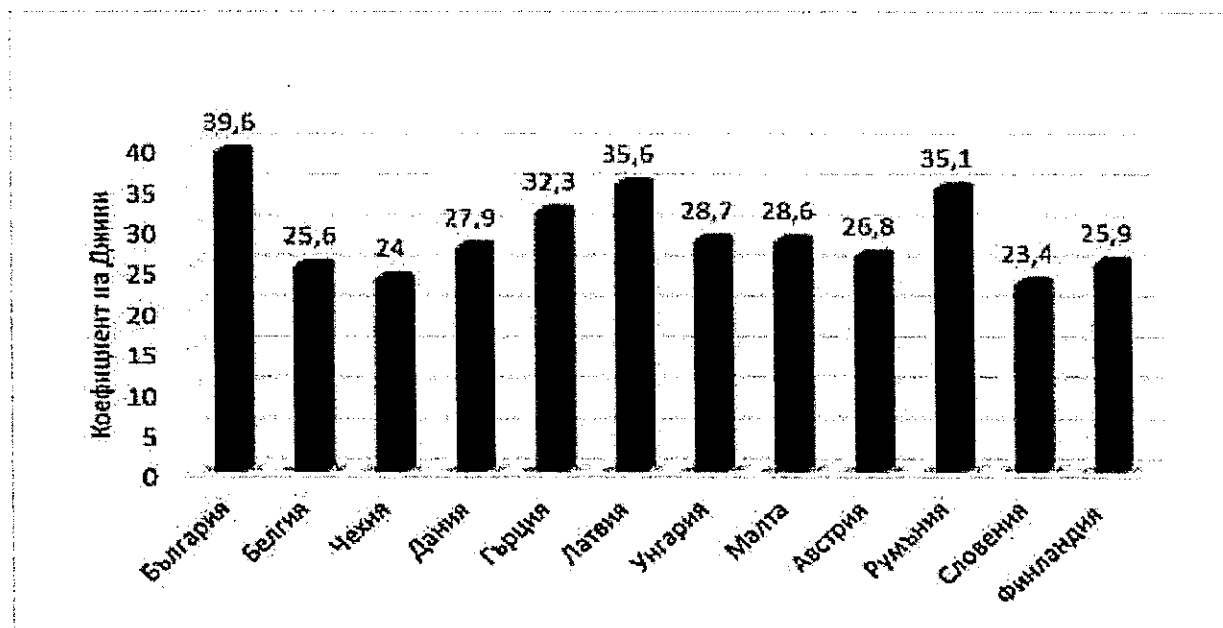
През 2018 г. в домакинствата с нисък интензитет на икономическа активност живеят 331,2 хил. лица на възраст 18-59 г. или 8,6% от населението, като спрямо 2017 г. относителният им дял намалява с 1,9% и делът на мъжете е по-висок - 9% или с 0,9 % от този при жените (8,1%). Най-висок е относителният дял на лицата с нисък интензитет на икономическа активност сред ромите -34,1%, 11,5% за турската етническа общност и 5,2% за лицата с български етнос. Съотношението на доходите на най-богатите и най-бедните в България, продължава да превишава значително средното за ЕС (20%) от най-богатите в България достигна рекордните 8.2 пъти по-високи доходи от 20% най-бедни (при средноевропейско равнище от 5,2пъти отчитат последните данни на Евростат за 2017 г. Делът на хората, които са изложени на риск от бедност и/или социално изключване е 38,9%. България е на последно място по този показател в ЕС при средноевропейско равнище от 22,55. Като цяло комбинацията между икономически растеж и високите ниша на неравенства у нас са израз на неравномерното разпределение на новосъздаденото богатство и концентрирането му в определени високодоходни групи.

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 допринасят 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.

От 2017 г. влезе в сила Регламент (ЕС)310/2017 на Комисията, който представя списъка на целевите второстепенни променливи, свързани с материалните лишения, благополучието и жилищните затруднения.

Коефициентът на Джини, измерващ разпределението на богатата в обществото, е най-висок в България за цяла Европа спрямо 31-32 страни. През 2018 г. е 39,6% докато през 2017 той е 40.2%. Най-социалните държави имат коефициент около 25, средното равнище на ЕС е приблизително 31, а през 2018 г. България става единствената страна в общността с 39,6. България е лидер по високи нива на монетарна бедност и социална депривация. необходимо е да се работи в посока подобряване на механизмите за преразпределение, а не блокиране на данъчната система, по-силна и устойчива социална система, изпълнение на кохезионните политики на ЕС и др.

Фигура 56. Коефициент на Джини в ЕС за 2018 г. %



Наблюдава се и позитивно развитие. Около 20% от населението в страната живеят приемливо. Между 1-2% са богатите в България, докато 2/3 от българите нямат спестени пари.

• Деца в риск от бедност и материални лишения

През 2018 г. 26.6% от децата на възраст 0-17 години в България са изложени на риск от бедност, или с 2.6% по-малко спрямо 2017 г. Социалните трансфери към домакинствата намаляват риска от бедност сред децата с 14.9%. Важен фактор за развитието на децата е образователния ценз на техните родители. През 2018 г. всяко седмо от десет деца (70.7%), чиито родители са с начално или без образование, живеят в бедност. Приблизително 15 пъти по-малко или 4.6% са децата, чиито родители са с висше образование и живеят в риск от бедност. Рискът от бедност при децата в домакинства с родители със средно образование е пет пъти по-висок от този при децата с родители с висше образование.

През 2015 г. към основния въпросник на изследването е добавен въпрос за етническата принадлежност на лицата в отговор на нарастващата нужда от информация за домакинствата по етнически признак, включително и оценки на бедността. През 2018 г. най-висок е относителният дял на бедните сред лицата, самоопределили се от ромската етническа група - 68.3%, а най-нисък е сред лицата, самоопределили се от българската етническа група - 15.6%.

Продължава търсенето и дискусиите за нови политики за преодоляване на неравенствата, бедността и социалното изключване, тъй като разпределението на икономическите ресурси имат директно отношение към степента на дълбочинната бедност.

• Безработица

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 възпре подема на българската икономика.

Визията за развитие на пазара на труда в периода 2013 -2020 г. се свързва с: Осигуряване на условия и възможности за подобряване на качеството на работната сила и повишаване на заетостта в икономика с интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж с цел повишаване на стандарта на живот и насърчаване на социалното включване;

Така дефинираната визия е съобразена и с произтичащата от членството на страната в ЕС необходимост от пълно интегриране на българската икономика в европейския трудов пазар. Промените в нашия трудов пазар трябва да са в съответствие със заложените цели, с Хоризонт 2020 за постигане на растеж и по-висока производителност на труда, отразени в Европейската стратегия за заетост, Стратегия "Европа 2020" и насоките за заетост на ЕК.

За изпълнение на визията управлението трябва да изпълни следните три характеристики:

- Качествена работна сила със знания и умения, съгласно потребностите и изискванията на работните места и с капацитет за по-висока производителност на труда;
- Повишаване предлагане на работна сила;
- Целенасочена подкрепа за нарастване на търсенето на работна сила;

Икономическият растеж е все още недостатъчен, за да подпомогне устойчивото възстановяване на заетостта, а пазарът на труда продължава да бъде предмет на сериозно безпокойство.

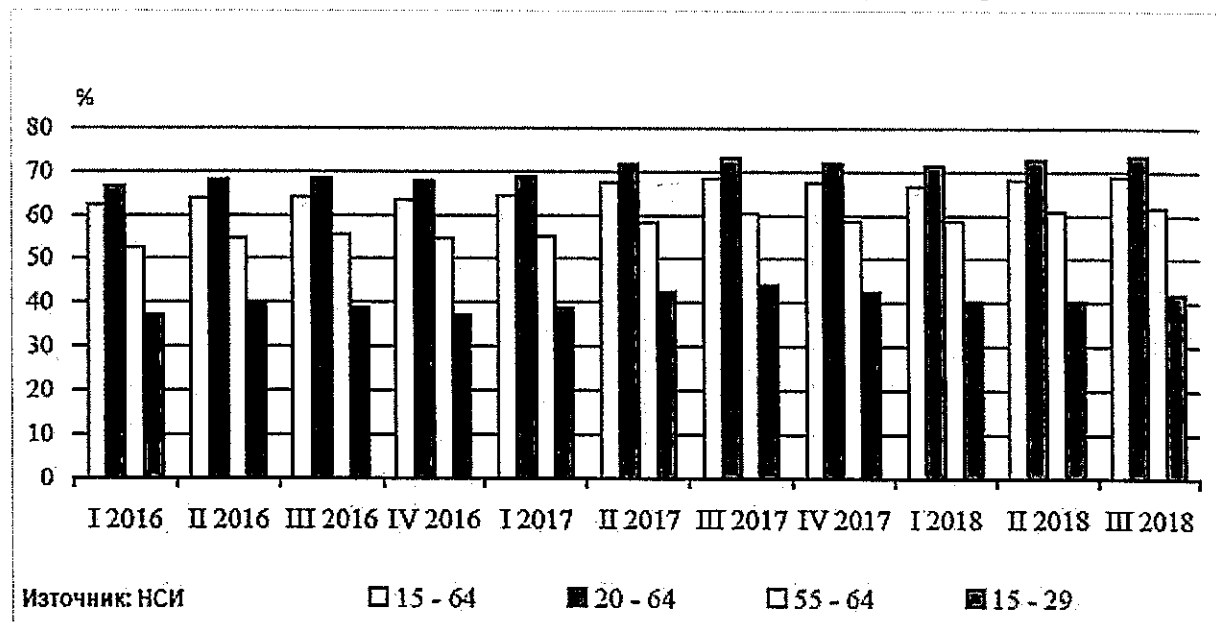
През 2015 г. е приет Национален план за заетостта, чиято визия е свързана с ускоряване на прехода от безработица към заетост в реалната икономика, включително

на неравнопоставените групи на пазара на труда, приоритетно най-слабо развитите райони и намаляване на несъответствието между търсене и предлагане на работна сила. През 2018 г. планът продължава да се изпълнява като е отчетен рекорден най-нисък брой на регистрираните безработни.

2018 г. бележи исторически най-ниския брой безработни. По данни на Агенцията по заетостта, средномесечният им брой е 202 995 или 33 757 по-малко в сравнение с 2017 г. По този начин средногодишната безработица през 2018 г. се установява на равнище от 6,2% спрямо предходната година коефициентът се е понижил с един %. Най-съществено е понижението на броя на продължително безработните. За година техния брой е намалял с 19247 души или с 26%. Така средната продължителност на регистрацията на бюрата по труда намалява от 5,8 месеца през декември 2017 г. на 4,8 месеца през декември 2018 г. Анализите за последните 10 г. показват повишаване на нивото на безработните, като най-засегната е групата на младите хора под 25 години. Според данните на "Евростат", това означава, че всеки шести млад българин е работещ и изложен на риск от бедност. По този показател България е на шесто място в негативната група (над средните нива за ЕС). Най-голям процент застрашени от бедност младежи е отчетен през 2017 г. Само за пет години (2013 г.-2017 г.) увеличението е близо три пъти.

Последните данни НСИ за заетостта и безработицата през третото тримесечие на 2018 г. показват, че коефициентът на заетост за населението на възраст 15 - 29 навършени години е 41.9% (47.2% за мъжете и 36.3% за жените), като се увеличава минимално спрямо предходното тримесечие.

Фигура 57. Коефициенти на заетост по възрастови групи и тримесечия



На годишна база броят на регистрираните лица с увреждания е нараснал с 12,3% от 12 878 души в края на 2017 г. на 14460 в края на 2018 г. В същото време преходите в заетост при тази група се увеличават от 5,7% през 2017 г. на 7,9% през 2018 г. През декември 2018 г. броят на регистрираните безработни е 201 466. Равнището на безработица е 6,1% или с 1% по-ниско в сравнение със същия месец на 2017 г. Спрямо месец ноември броят на безработните се е повишил с малко над 3 500 души. Лекият ръст е сезонно обусловен от понижената икономическа активност на бизнеса в края на годината.

Новорегистрираните лица през декември са 25 562 като от тях 1 036 са били неактивни, т.е. не са били нито заети, нито учащи, нито са търсили работа. През декември общо на работа са постъпили 15 322 лица, като 79,5% от тях са устроени в реалната

икономика. В субсидираната заетост са включени 3 139 лица. От началото на 2018 г. 16 119 безработни са включени в обученията за придобиване на нова квалификация и ключови компетентности, а завършилите успешно са 14 489. Най-голям дял свободни работни места са заявени преработваща промишленост, следвани от търговията, ремонт на автомобили, хотелиерство и ресторантьорство и др. От заявените работни места на първичния пазар на труда през декември са 7526, от които 80,4% са за частния сектор.

По данни на НСИ през четвърто тримесечие на 2018 г. броят на безработните лица е 154,1 хил., от които 88,2 хил. (57,2%) са мъже и 65,9 хил. (42,8%) – жени. Коефициентът на безработица е 4,75, съответно 4,9% за мъжете и 4,3% за жените. В сравнение с четвърто тримесечие на 2017г. коефициентът на безработица намалява с 0,7% при мъжете, а с 1,4% при жените.

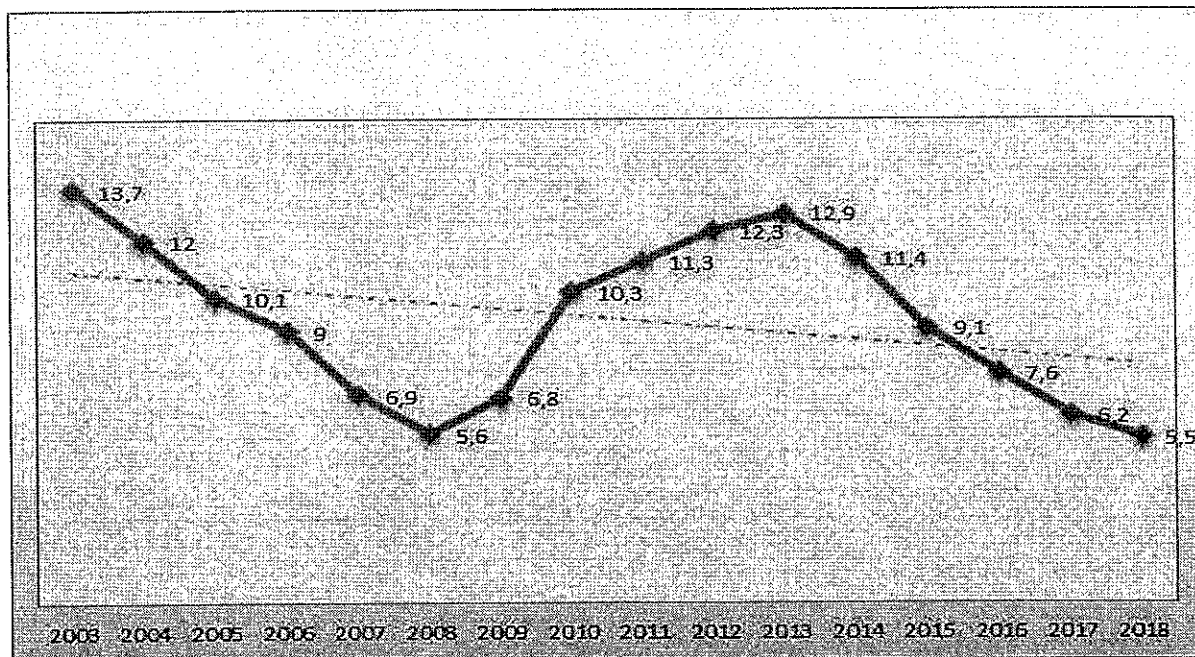
От всички безработни лица 13,5% са с висше образование, 50,1% са със средно и 36,4% са с основно или по-ниско образование. Коефициентите на безработица по степени на образование съответно са: 2,1% за образование, 4,1% за средно образование, 13,8% са за основно и по-ниско образование.

През четвърто тримесечие на 2018 г. продължително безработните (от една и повече години) са 95,7 хил. или 62.1% от всички безработни лица. Коефициентът на продължителна безработица е 2,9% (3,1% за мъжете и 2,7% за жените).

От констатираният общ брой на безработните лица 26,0 хил. или 16,8% търсят първа работа.

През четвърто тримесечие на 2018 г. коефициентът на безработица за възрастова група 15-29 г. е с 7,4% или 2,0% по – нисък в сравнение със същото тримесечие на 2017г. при мъжете коефициентът на безработица(15-29 навършени години) е 8,4%, а при жените е 6,0% като за посочения период намалява съответно с 1,1 и 3,3%.

Фигура 58. Коефициент на безработица за периода декември 2003 – септември 2018 г. в % (15+ г.)



Положителни са данните на НСИ за заетостта в страната. Общият брой на заетите лица в България през четвърто тримесечие на 2018 г. общия брой на заетите лица на възраст 15 и повече навършени години е 3148,9 хил., като от тях 1695,3 хил. са мъже и 1453,6 хил. са жени. Относителният дял на заетите лица от населението на възраст 15 и повече навършени години е 52,5%, като при мъжете този дял е 58,9%, а при жените – 46,6%. През 2018г. заетостта в отделните възрастови групи икономически активните

лица на възраст 15-64 години са били 3058.4хил. души или 71.3% от населението на същата възраст. Коэффициентът на заетост за населението в същата възрастова група е 67.7%, (съответно 72.6% за мъжете и 63.4%) за жените или в сравнение с 2017г. леко се покачва с 0,2%.

Коэффициентът на икономическа активност за населението на възраст 15-64 навършени години е 71,1%, като сравнение със същото тримесечие на 2017г. намалява с 0,5%.

Икономически неактивните лица на възраст 15-64 навършени години са 1305,1 хил. или с 28,9% от населението в същата възрастова група. От тях 71,0 хил. или 5,4% са обезкуражени лица.

Заетостта сред хората на възраст 20-64 навършени години е 72.5%, съответно 77.2% за мъжете и 67,8% за жените. В сравнение с четвъртото тримесечие на 2017 г. коэффициентът на заетост е по-висок с 0,4%, като при мъжете увеличението е 0,6%, а при жените с 0,3%.

Заетите лица на възраст 55-64 навършени години са 588,9 хил. или 61,3% от населението в същата възрастова група (66,6% от мъжете и 56,4% от жените). В сравнение с четвъртото тримесечие на 2017 г. коэффициентът на заетост за населението на възраст 55-64 г. се увеличава с 2,6%(3% - при мъжете и 2,1% при жените).

През четвърто тримесечие на 2018 г. 2003,6 хил. души или 63,6% от всички заети работят в сектора на услугите, 951,6 хил. (30,2%) работят в индустрията и 193,6 хил. (6,1%) в селското, горското и рибното стопанство.

По данни на НСИ от всички заети 3,5% (109,8 хил.) са работодатели, 7,2% (225.5 хил.) самостоятелно заети лица (без наети), 88,6% (2790.6 хил.) - наети лица и 0,7%(23 хил.) неплатени семейни работници. От общия брой на наетите лица 2102.0 хил. (75.3%) работят в частния сектор, а 688.6 хил.(24,7%) в обществения.

С временна работа са 101.3 хил., или 3,6% от наетите лица.

Минималната работна заплата от началото на 2018 г. е 510 лв. (ПМС 316/20.12.2017г.) и минимална часова работна заплата 3,07 лв. при нормална продължителност на работното време 8 часа и при пет дневна работна седмица. Запазва се тенденцията на изключително ниското равнище на минимална заплата в България, което е съпроводено с най-ниската покупателна способност в сравнение със страните членки на ЕС. Очаква се леко увеличеният размер да повиши да мотивира търсещите работа, което ще гарантира по-добро задоволяване на потребностите им. С промяната се очаква да бъде намален риска от бедност сред работещите, както и желанието на управляващите да повишават жизненото равнище на населението.

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. През 2018 г. на европейския семестър е разгледан и обсъждан доклад и оценка на стратегията. Въпреки тези положителни измерения, отчетената дефлация в действителност не повлиява за повишаване на потреблението на домакинствата. Данните показват, че крайното потребление на домакинствата продължава да бъде свито и ако тази тенденция не се промени, ще последва ограничаване на активността на бизнеса и замразяване на инвестициите. Необходими са конструктивни структурни реформи, водещи до изравняване на доходите в ЕС, продуктивен икономически ръст и създаване на работни места. Все пак налице е оптимизъм и осъзнаваща потребност от заинтересованите.

• **Образование**

Образованието е продължава да е водещо средство за борбата с бедността и социалната изолация. Образованието оказва влияние и върху информираността на гражданите и здравното 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 2018/2019 г. записаните в детските градини са 218,8 хил. деца или с 0,1% по-малко в сравнение с предходната учебна година.

През 2018/2019 г. завършилите средно образование в общообразователни и професионални училища са съответно 26.5 и 23.0 хил. ученици.

Броят на записаните в различните степени на висшето образование за академичната 2018/2019 учебна година са 229.5 хиляди, като се наблюдава лек спад в сравнение с предходната година.

Съвсем лек спад и през 2018 г. се наблюдава в броя на докторантите, продължава и към 31.12.2018 г. в образователна и научна степен „доктор“ у нас се обучават 6 467 лица, от които 504 чужди граждани или намалява техният брой.

През учебната 2018/2019 г. общият брой на студентите в България, записани в четирите образователно-квалификационни степени „професионален бакалавър“, „бакалавър“, „магистър“ и „доктор“, е 229.5 хил., което е с 6.9 хил., или с 2.9%, по-малко в сравнение с предходната учебна година.

3.1.2. Рискови фактори, свързани с околната и трудовата среда

• Атмосферен въздух

Атмосферното замърсяване е най-мобилният и химически агресивен рисков фактор от околната среда, който засяга всички региони, социалноикономически и възрастови групи. Идентифицира се като съществен, но предотвратим рисков за човешкото здраве фактор и се използва като маркер за устойчиво развитие. 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.

В съответствие с действащата в 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 пределнодопустими концентрации на вредни вещества (замърсители) в атмосферния въздух. Въз основа на получените данни за качеството на атмосферния въздух (КАВ) от ръководената и поддържана от МОСВ Национална автоматизирана система за контрол качеството на атмосферния въздух (НАСККАВ) МЗ и подразделенията му извършват оценка на здравния риск, съобразена с токсикологичната характеристика на всеки атмосферен замърсител.

Ежедневно, компетентните органи в лицето на МОСВ чрез ИАОС, посредством НАСККАВ 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 стандарти за опазване на човешкото здраве за всеки конкретен замърсител.

През 2018 г., въпреки продължаващата положителна тенденция към подобряване на КАВ, проблем почти за всички населени места остават фракциите на фините прахови частици и предимно на ФПЧ₁₀⁸. Средногодишните им концентрации превишават

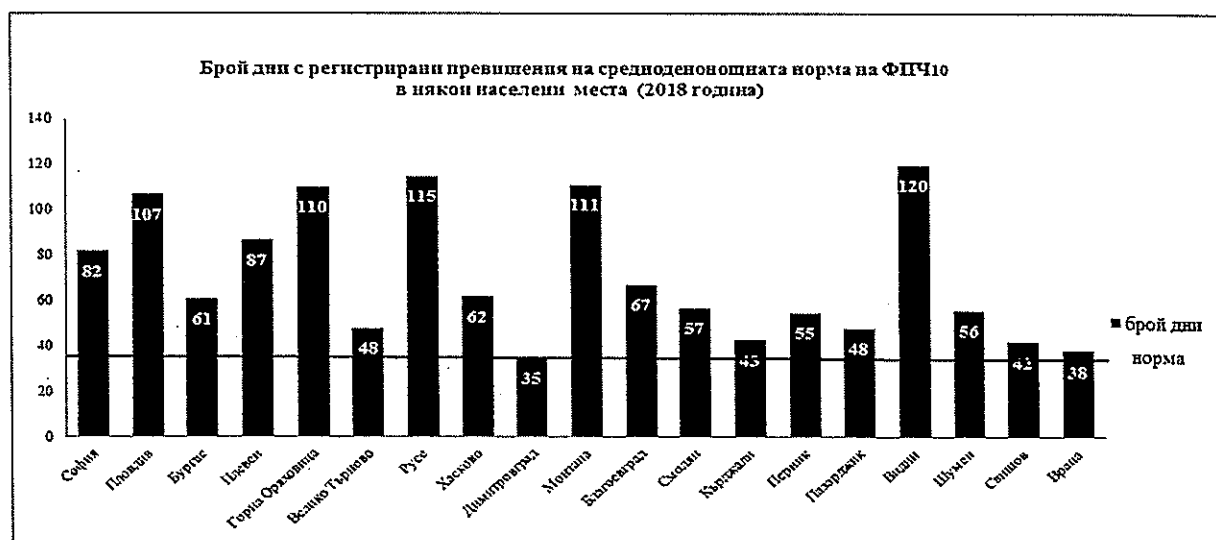
⁸ Данните за КАВ за 2018 г. са предоставени от съответните РЗИ.

нормата за опазване на човешкото здраве основно в гъстонаселените градски райони (Фиг. 89), докато, с малки изключения, регистрираните средноденонощни концентрации надхвърлят допустимите превишения на съответната норма почти във всички общини (Фиг. 90). В населените места, в които основен източник на фини прахови частици е битовото отопление (Благоевград, Горна Оряховица, Пазарджик, Шумен, Смолян), превишенията на средноденонощните допустими стойности на ФПЧ_{10} са регистрирани предимно през студения сезон. Наличието на многобройни индустриални дейности и интензивен трафик в гардове като София, Пловдив, Бургас, Плевен и Русе, е предпоставка за регистриране на високи концентрации на фини прахови частици през цялата година с преобладаване в дните през отоплителния период. Проблем, особено за пренаселените градове или такива със специфична индустрия (София, Пловдив, Русе, Перник), са и фините прахови частици с размери под $2,5 \mu\text{m}$ ($\text{ФПЧ}_{2,5}$), чиито равнища се задържат все още над нормативно определената средногодишна концентрация за опазване на човешкото здраве.

Фигура 59. Средногодишна концентрация на ФПЧ_{10}



Фигура 60. Брой дни с регистрирани превишения на средноденонощната норма на ФПЧ_{10}



Азотните оксиди поддържат устойчиви през годините нива, близки до нормите, но без да се маркират съществени превишения.

Серосъдържащите атмосферни замърсители (серен диоксид, сероводород) са приоритетни за изолирани населени места, на територията на които са ситуирани локални индустриални емитери. Серният диоксид остава проблемен замърсител за атмосферния въздух на Гълъбово и Перник, където през 2018 г. са регистрирани превишения на средночасовите и средноденоношните концентрации над допустимия регламентиран с нормативните документи брой (Гълъбово - 72 превишения на средночасовата и 7 на средноденоношната норми; Перник – по-малко на брой превишения на съответните норми, но с регистрирани единични проби с концентрации на SO₂ до 615,3 mg/m³). Сероводородът се очертава също като проблем в райони с локални индустриални източници (Свищов, Разград, Долно Езерово), емисиите от които създават периодичен проблем за КАВ в тези населени места, надвишавайки от незначителна до умерена степен съответните средночасова и средноденоношна пределнодопустими норми, провокирайки в отделни случаи значителен обонятелен дискомфорт сред експонираното население.

Въпреки маркираната тенденция към понижение спрямо нивата им от 2017 г. полиароматните въглеводороди, регистрирани основно в транспортноориентираните пунктове за мониторинг на КАВ в районите на Хасково (1,73 ng/m³), Монтана (2,0 ng/m³), Плевен (1,11 ng/m³), Стара Загора (1,32 ng/m³), все още се задържат над определения стандарт.

Не са регистрирани превишения на регламентираните с нормативните документи здравнообосновани стандарти за тежки метали. Озонът с изключение на епизодични превишения на нормите предимно през топлия сезон също не представлява проблем за КАВ.

Персистирането на по-високи от допустимите нива на фини прахови частици в поголемите населени места, в които е съсредоточена основната част от населението в страната, остава значим проблем за качеството на атмосферния въздух, създаващ потенциален риск за здравето на експонираните лица. Подобряването на КАВ следва да бъде приоритет от национално значение, изискващ разработване на комплексни 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 се разработват и прилагат общински програми за намаляване емисиите на вредни вещества във възможно най-кратки срокове.

Изискванията, целящи редуциране нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното им въздействие върху здравето на населението, са свързани със създаването на хармонизирана законова рамка, обхващаща специфични аспекти на общественото здравеопазване, околната среда, строителството, енергетиката, индустрията, транспорта и др. Изпълнението им се свързва с адаптиране и интегриране на всички управленски нива на политиките, насочени към създаване и поддържане на здравословна жизнена среда, обективизирането и конкретизирането им в програмите за подобряване на КАВ, паралелно със задължително финансово обезпечаване със срокове и отговорни изпълнители. За да са ефективни и да гарантират здравето на населението, тези изисквания трябва да съответстват на регионалните особености и условия, да включват оценка на реалните потребителските възможности на населението и при необходимост да предвиждат конкретни компенсаторни механизми, смекчаваци възможен негативен ефект на социалните и/или икономическите рискови фактори.

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, пренаселеност 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).

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 следните насоки:

- подкрепяне 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 с повишаване на екологичната и здравната култура на обществото с оглед създаване модели на поведение, насочени към активно участие в процеса на опазване на околната среда и здравословен начин на живот;

- настояване пред компетентните и отговорни органи за усъвършенстване мониторинга на качеството на въздуха (външен и в затворени помещения) и по-стриктен и отговорен контрол спрямо основните емитери на вредности;

- определяне на изследователски приоритети и подкрепа на епидемиологични проучвания, позволяващи обективна оценка на независимия ефект на атмосферното замърсяване върху здравето, както и ефективността от интервенции в замърсяващи сектори;

- идентифициране и прогнозиране на очакваните рискове и ползи за здравето, асоциирани със съществуващите замърсяващи отрасли, както и с акцент върху тенденцията за оползотворяването на биомаса като възобновяем източник на енергия в конкретни горивни инсталации. Този процес следва да е базиран на оптимални и отговорни решения на компетентните органи и да не допуска влошаване на КАВ с повече и по-разнообразни емисии на вредни вещества в атмосферния въздух.

Резултатите за 2018 г. от мониторинга на качеството на атмосферния въздух маркират тенденция към редуциране нивата на някои от атмосферните замърсители. Приоритет е замърсяването с фини прахови частици.

Мерките, свързани с намаляване нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението, обхващат предимно 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 транспортния трафик; 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 НСИ⁹ от годишните статистически наблюдения за водоснабдяване и канализация към 2017 г. 99,42% 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,

⁹ Национален статистически институт (<http://www.nsi.bg/>), Статистика на водите.

свързано с нарушаване на оптималните хигиенни условия в домакинствата, обществените сгради и селищните територии.

Съгласно Закона за водите и Закона за здравето компетентен орган в Република България по отношение на контрола на качеството на питейните води е МЗ. РЗИ контролират съответствието на питейната вода при потребителя с цел защита на общественото здраве. Подаването на съответстваща на нормативните изисквания питейна вода и провеждането на мониторинга в пълен обхват е отговорност на ВиК операторите.

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 от провеждания от РЗИ контролен мониторинг на качеството на водата за питейно-битови цели през 2018 г. показва, че общото съответствие с изискванията се запазва на много високо ниво и е сравнимо с това през предходните няколко години.

В по-голямата част от областите в страната съответствието по *микробиологични* показатели, вкл. ешерихия коли и ентерококи, имащи по-голяма тежест при оценката на безопасността на питейната вода, е от порядъка на съобщаваното през последните години. Установените и през 2018 г. несъответствия по проследяваните микробиологични параметри са сравнително по-чести в по-малки зони на водоснабдяване – индикация за недобра водоснабдителна практика, респ. неефективен и непостоянен режим на дезинфекция на водата, включително и в зони с амортизирана водоразпределителна мрежа и чести аварии. Показателни за това остават и случаите на констатирани отклонения по отношение на нормативните стойности за остатъчен дезинфектант, в т.ч. и превишението им. Епизодични несъответствия по микробиологични показатели се отбелязват и в отделни големи зони, водоснабдявани от повърхностни водоизточници, най-често повлияни от неблагоприятни метеорологични условия, отсъствие на пречистване или несъответстваща обработка на водата. Същевременно по тези показатели е постигната много висока стандартност в зони, в които през годината са реализирани конкретни мерки за подобряване и автоматизиране процеса на дезинфекция.

Обобщено, и през 2018 г. 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 уязвими групи от него, което налага разработването и периодично актуализиране от страна на здравните институции на съответни препоръки за ограничаване на здравния риск.

- *нитрати* - все още отклоненията по този показател остават най-широко разпространени. Такива продължават да се регистрират в сравнително голям брой, предимно малки зони на водоснабдяване, преобладаващо в райони с развито земеделие

и животновъдство. Проблемът е от десетилетия, като най-засегнати са водоснабдителни зони в областите В. Търново, Бургас, Ямбол, Плевен, Шумен, Варна, Русе, Хасково, Ст. Загора, Ловеч, Разград, Добрич, Търговище, Пловдив, Пазарджик, Враца и Сливен; нестандартност се отбелязва и в някои зони на територията на областите Силистра, Благоевград, Габрово и Монтана. В значителна част от зоните отклоненията имат сравнително постоянен характер. Преобладаващо са до два пъти над допустимата максимална стойност, в отделни зони и по-значителни. В някои от зоните се наблюдават несъответствия и по показател *нитрити*. Докладите за 2018 г. сочат, че търсенето на различни технически и технологични възможности за редукия на повишените нива на нитрати продължава. В една част от зоните се прилагат и ефективни мерки, докато за друга отсъстват реални алтернативни решения и/или се планират действия в дългосрочен план. В този аспект превантивната информационна дейност на здравните органи запазва водещо значение.

- *хром* - устойчивите отклонения по този показател са с по-малък териториален обхват и са установени в определен 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.

През годината несъответствия с изискванията за качество на питейните води се установяват и по показатели от групата на *индикаторните*, които не се свързват с пряк здравен риск, но свидетелстват 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, отклоненията продължават да се регистрират по показатели:

- *манган* - в редица зони, предимно в областите Хасково, Габрово, Пловдив и епизодично Плевен. Особено остър, с наложени ограничения за употреба на питейната вода, 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 Габрово, В.Търново 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 аварийни водоснабдителни мрежи на населените места и др.

В много ограничен брой зони на територията на различни области, често в отделни проби, са констатирани несъответствия по показатели *алуминий, амониев йон, натрий, арсен, флуориди, бор, сулфати, фосфати, активна реакция (pH), обща твърдост, както и формиращите я калций и магнезий*.

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 2018 г. не са регистрирани епидемични взривове, свързани с питейните води.

Независимо от постигнатите резултати от оперативните мерки, 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 да продължи прилагането 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 остават:

- 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 техния недостатъчен брой;
- отсъствие на пречиствателни станции и съоръжения, необходими за пречистване на водите, предназначени за питейно-битово водоснабдяване;
- остаряла, амортизирана и често аварираща 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 служителите на ВиК операторите;
- липса на системна профилактика на съоръженията по водоснабдителната верига и недобро саниране след аварии и ремонтни дейности;
- въвеждане на режимно водоснабдяване особено през лятото и есента в предимно малки населени места в страната.

Фактор 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.

Предвид естеството на изтъкнатите проблеми с качеството на питейните води, основните мерки, които следва да се предприемат и реализират за решаването им, 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 във всички зони на водоснабдяване;
- 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 водоснабдителните 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 Плановите 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.

- разработване на планове за безопасност на водите, базирани на оценката на риска в зоните на водоснабдяване, които да идентифицират потенциалните причини, поради които могат да възникнат несъответствия в качеството на водата и свързаните с тях показатели, както и да предвидят необходимите мерки за отстраняване на риска и недопускане на отклонения в качеството на питейните води.

Обобщените резултати от мониторинга на питейната вода при потребителите за 2018 г. показват, че качествата и не се различават съществено от наблюденията от предходните години и като цяло отразяват 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 и ограничаване на здравния риск.

За 2018 г. съответствието, общо за страната, на подаваната питейна вода по контролираните микробиологични показатели е от порядъка на съобщаваното през предходните години. Необходими са насочени мерки за подобряване обработката/дезинфекцията на водите и състоянието 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.).

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 2018 г. е извършван мониторинг на водите за къпане в 95 официално обявени зони за къпане (91 по Черноморското крайбрежие и 4 във вътрешността на страната), като са взети и анализирани общо 816 проби.

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 2018 г. са използвани резултатите от всички анализи за съответната зона извършени за периода 2015-2018 г.

Съгласно резултатите от провеждания мониторинг през сезон 2018 г. предварителната категоризация на зоните за къпане в България показва следното:

- с „отлично качество“ са 52,6% от зоните - 50 зони за къпане (при 42 зони за 2017 г.);
- с „добро качество“ са 38,9% от зоните – 37 зони за къпане (при 46 през 2017 г.);
- със „задоволително качество“ са 7,4% от зоните – 7 зони за къпане (при 6 за 2017 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 2018 г. в Европейския съюз, с отлично качество са 85,1% от зоните, с добро качество са 8,0%, със задоволително- 2,4% а с лошо качество – 1,3%.

Данните по-горе показват, че през сезон 2018 г. е преустановена тенденцията за намаление броя на зоните с отлично качество за сметка на тези с добро качество на водите, като се наблюдава увеличение с 8 боя на зоните с отлично качество. Въпреки това, все още процентът на зоните с отлично качество е сравнително нисък, а на зоните с добро и задоволително качество сравнително висок в сравнение със средните за ЕС.

Анализът на данните за 2018 г. показва, че 11 от зоните за къпане в страната подобряват класификацията си като от добро стават с отлично качество (една в област Добрич и 10 в област Бургас). Зоните, които влошават категоризацията си са 4, като 3 от тях в област Бургас от отлично преминават в добро качество, а една – от добро става със задоволително качество.

През сезон 2018 г. с „лошо“ качество на водите за къпане продължава да бъде „Офицерски плаж“, гр. Варна, поради наличие на микробиологично замърсяване на водата. След предприетите до момента от компетентните органи мерки за решаване на проблема, се наблюдава известно положително въздействие върху състоянието на водата в зоната, но въпреки това за пета поредна година тази зона се класифицира като зона с лошо качество на водите за къпане.

Зоните със „задоволително“ качество на водите за къпане (т.е. в които също е имало значително отрицателно въздействия върху качеството на водите през периода 2015-2018 г.) са: „Южен плаж“ - гр. Варна, „Централен плаж“, гр. Варна, „Аспарухово-централен плаж“ – гр. Варна, „Северен плаж“, гр. Бяла, „Централен плаж“ – гр. Бяла, плаж „Чайка“, гр. Бяла и „Св. Св. Константин и Елена – до минералния басейн“.

Докато за първите три плажа на територията на Варненския залив тази категоризация препотвърждава сравнително високото замърсяване на водите в този район, то за района на гр. Бяла се наблюдава подобрене на качеството на водата в сравнение със сезон 2017 г., но то не е достатъчно за да се промени категорията на зоните отново в „добра“.

Наблюдава се подобрене на качеството на водите през 2018 г. спрямо 2017г. и в зоните за къпане в област Кърджали (в яз. „Кърджали“ и яз „Студен кладенец“), но поради четиригодишния период на оценка, категоризацията им като цяло не се променя.

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.

На национално ниво не са докладвани данни за доказана причинно-следствена връзка между състоянието на водите за къпане и възникване на заболявания през сезон 2018 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 2018 г. не е установено дифузно замърсяване на почвите в урбанизираните територии на страната, което да е причина за повишаване на здравния риск.

Съгласно Доклада на ЕК от 2019 г. за България „Преглед на изпълнението на политиките за околната среда 2019“¹⁰, делът на застроените и антропогенизирани почви в България е 1,8 %, т.е. под средния за ЕС-28 показател от 4,1 %.

Не са установени епидемиологично свързани случаи на заболявания, в резултат на лошо поддържане чистотата на населените места, събирането, извозването и третирането на битовите 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.

Извод: През 2018 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.

• Шум

Шумът от пътен трафик е поставен на второ място в категоризацията на СЗО за вредност на факторите от околната среда за човешкото здраве. Като по-вредно е посочено единствено замърсяването на въздуха.

След проучване на всички доказателства относно вредното въздействие на шума през 2018 г. Световна здравна организация (СЗО) изготви и публикува „Насоки на СЗО относно шума в околната среда за Европейския регион“. Основните изводи потвърждават, че шумът е от особена важност за общественото здраве, тъй като нивата над граничните представляват нарастваща опасност и водят до отрицателно въздействие

¹⁰ https://ec.europa.eu/environment/eir/pdf/report_bg_bg.pdf

върху човешкия организъм. Основната цел на тези насоки е да се дадат препоръки за опазване на човешкото здраве от излагане на шум в околната среда от различни източници.

Компетентни органи по прилагане на Европейското законодателство в тази област в Р България са Министерство на здравеопазването и Министерство на околната среда и водите. През 2018 г. работна група към МЗ и МОСВ изготви промени и в нашето законодателство във връзка с приетата през 2015 г. Директива на Европейската комисия 2015/996/ЕС за установяване на общи методи за оценка на шума в съответствие с Директива 2002/49/ЕО. През месец Март 2019 г. беше публикувано в Държавен вестник Изменение и допълнение на Наредба № 6 от 2006 г. за показателите 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 на вредните ефекти от шума върху здравето на населението (ДВ бр. 26/2019), отразяващи тези промени.

Оценката, управлението и контрола на шума в околната среда, причинен от автомобилния, железопътния, въздушния и водния транспорт, както и от промишлените инсталации и съоръжения в урбанизираната територия се извършва чрез Национална система за мониторинг на шума.

Определянето на степента на шумовото натоварване в околната среда се извършва чрез дейности по Националната система за мониторинг на шума в околната среда и Националната система за анализ, оценка и контрол на шума в урбанизираните територии. Системите за мониторинг на шума са структурирани така, че обхващат всички агломерации и преминаващите през тях участъци от основните пътища, основните железопътни линии и летища, промишлените източници на шум и основните пътни артерии в урбанизираните територии. Чрез комплекс от измервателни, аналитични и информационни дейности се осигурява достоверна информация за състоянието на шумовото замърсяване в урбанизираните територии. Резултатите от измерванията на шума в определени пунктове направени от РЗИ в съответните градове, служат и за верифициране на данните при изготвяне на стратегически карти за шум (СКШ) в околната среда. Тези план - карти дават възможност да се определят районите с констатирано превишение на стойностите на даден показател за шум, което може да предизвика вредно въздействие върху здравето на хората и за които се прилагат планове за действие.

През 2018 г. Експертният съвет за одобряване стратегическите карти за шум и планове за действие към министъра на здравеопазването, прие Проект на актуализираната стратегическа карта за шум в околната среда на всички участъци от Републиканските пътища, през които преминават над 3 милиона МПС годишно.

През 2018 г. е реализирана и актуализация на „Стратегическа карта за шум в околната среда на агломерация София“, одобрена с Решение № 232 от 26.04.2018 г. на Столичен общински съвет.

Дейността на националната система за мониторинг на шума се организира на национално и регионално ниво. Националният център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА) организира и ръководи дейността на националната система за мониторинг на шума, като осигурява обучение на лицата от Регионалните здравни инспекции. РЗИ съвместно с общинските ръководства разработват програми за мониторинг на шума в съответната урбанизирана територия, на която упражняват контрол. Успоредно с акустичните измервания се отчита интензивността и структурата на транспортните потоци, вида на пътната настилка, степента на застрояване и озеленяване.

Оценката на шумовото натоварване в урбанизираните територии се извършва по показател $L_{ден}$ - (усреднено еквивалентно) дневно ниво на шума, определящ степента на дискомфорт през дневния период на денонощието (7:00-19:00 ч), съгласно *Наредба за*

изменение и допълнение на Наредба № 6 от 2006 г. на МЗ и МОСВ „за показатели за шум в околната среда, ...“ (обн., ДВ, бр. 26/2019).

Всички данни от извършения мониторинг се съхраняват и могат да послужат за представяне на информация на населението. На база получените доклади от 28-те РЗИ, НЦОЗА изготвя обобщен доклад, който представя обективна оценка на шумовото натоварване, на което са експонирани хората в урбанизираните територии, в парковете и градините, в районите в близост до детски и лечебни заведения, училища и научноизследователски организации. Резултатите, изнесени в доклада, са получени при анализ на статистически данни, предоставени от 28-те РЗИ действащи в страната.

През 2018 г. дневните еквивалентни нива на шума са изследвани в 746 пункта. Данните отразяват шумовото натоварване във всички областни градове на страната и девет общини: Ботевград, Самоков и Своге от Софийска област, Горна Оряховица и Свищов от област Велико Търново; Дупница от област Кюстендил, Казанлък от област Ст. Загора, Попово и Омуртаг от област Търговище.

В НЦОЗА са събрани данни за нивата на шума за четиридесетгодишен период, които обобщават резултатите от многогодишни измервания. За проследяване на нивата на шума през годините, получените данни за отделните пунктове от градовете на цялата страна се разпределят и се групират в следните диапазони: под 58 dB(A); 58-62 dB(A); 63-67 dB(A); 68-72 dB(A); 73-77 dB(A); 78-82 dB(A); над 82 dB(A).

От 2006 г. оценката на шумовото натоварване в урбанизираните територии на Р България се извършва, съгласно Директива 2002/49/ЕО за оценката и управлението на шума в околната среда.

През 2018 г., в 527 бр. от контролните пунктове в страната са установени стойности над допустимите, което представлява 70.64 % от общия брой контролирани зони. Нивата на шума, които трайно се задържат над граничните стойности са важен индикатор за състоянието на акустичната среда.

Относителният дял на пунктовете с нива на шума над граничните стойности се е понижил незначително с 0.3 % в сравнение с 2017 година, през която са били общо 70.94 %. Това понижение се дължи на намаляването на броя на пунктовете с наднормени нива разположени върху жилищни зони, територии, подложени на въздействието на интензивен автомобилен трафик и зоните за научно-изследователска дейност.

Наднормени стойности са отчетени в 212 бр. от пунктовете, разположени във територии и зони подлежащи на усилена шумозащита, което представлява 38.64% от пунктовете с измерени нива над граничната стойност. На тези територии, при норма 55 dB (A), през 2018 г. отново са установени стойности до 69 dB(A).

През последните три години се забелязва запазване на броя на пунктовете в най-ниския диапазон, под 58 dB(A), със слабо изразена тенденция към повишаване. Тук попадат една пета от контролираните зони.

В сравнение с 2017 г с 1.26 % намалява броят на пунктовете със сравнително високи измерени шумови нива в диапазона със (63-67) dB(A). Резултатите, попадащи в този диапазон, са от измервания предимно в зони, подлежащи на усилена шумозащита и централни градски части, за които граничните стойности са съответно от 40 до 60 dB(A).

През 2018 г. се забелязва нарастване на броя пунктове в диапазона (68-72) dB(A) с 1.66 %, в сравнение с 2017 г., но в случая това е благоприятна тенденция, тъй като се дължи на понижението с 1.79% на броя на пунктовете попадащи в по-високото ниво (73-77) dB(A).

За периода 2006 - 2018 г. се запазват някои положителни тенденции - през целия наблюдаван период намалява броят на пунктовете, попадащи в диапазона с високи шумови нива (68-72) dB(A) и (73-77) dB(A), като понижението е значително и достига до 6-7% в сравнение с нивата от преди десет години (Фиг.91).

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) се очертава като трайна тенденция. През 2018 г. отново няма установени пунктове в тези диапазони.

Като цяло нивата на еквивалентното дневно ниво на шума в по-голямата част от изследваните пунктове надхвърлят граничните стойности за съответните населени територии и зони, регламентирани в Наредба № 6/2006 г., но акустичната обстановка в градовете на страната се променя бавно, в положителна посока, ако се разглежда целия период от 2006 г. до 2018 г.. Основните източници на шум продължават да бъдат изключително натовареният транспортен трафик на автомобили, липсата на обходни маршрути за транзитно преминаващите транспортни средства извън градовете, минималното разстояние между сградите и пътните платна, липсата на достатъчно места за паркиране, което затруднява трафика на МПС; недостатъчното екраниране на транспортния шум; шумът от увеселителни заведения.

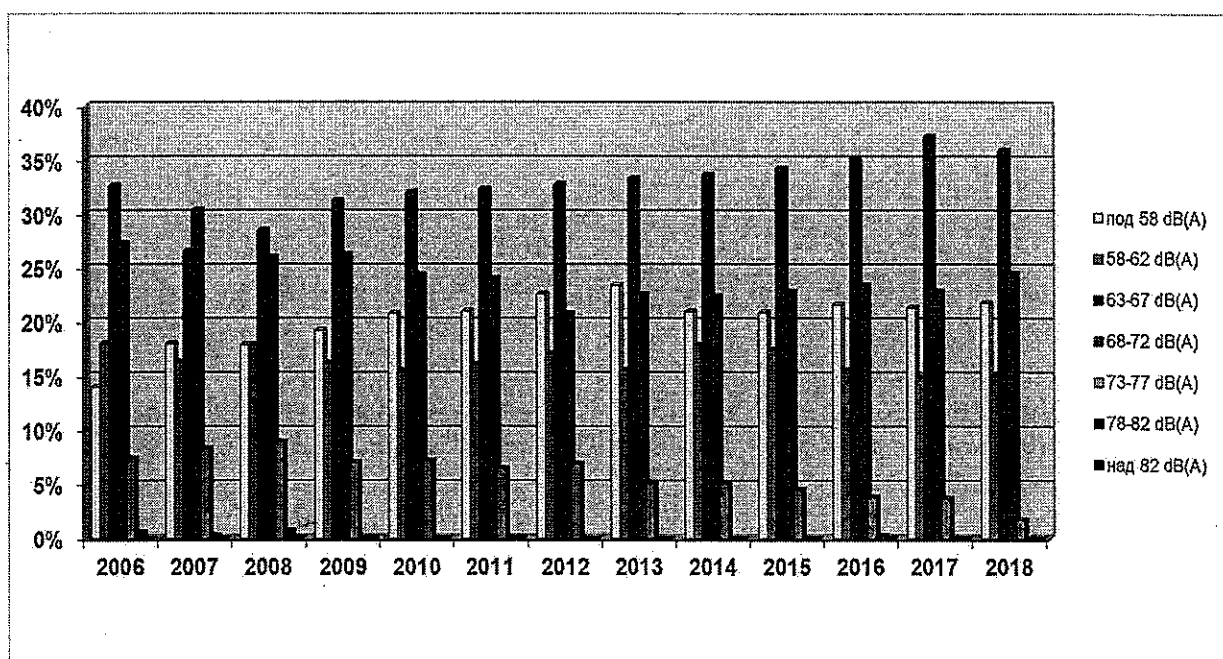
От докладите на РЗИ, представени през 2018 г. е видно, че контролът на нивата на шума играе съществена роля в управлението на урбанизираната среда, чрез разработване и изпълнение на програми за намаляване на шума.

В следствие новото проектиране и изграждане на редица транспортните инфраструктурни обекти, извършваните реконструкции и ремонти на част от съществуващите пътни настилки, регулиране на пътния трафик, подмяната на амортизирания градски транспорт и засаждането на нова растителност, проектиране на шумозащита при санирането на сгради, се очаква да продължи понижаването на шума в изследваните урбанизираните територии.

При изготвяне и актуализиране на Планове за действие за управление, предотвратяване и намаляване на шума в околната среда от общинските ръководства е необходимо да се вземат предвид всички възможни източници на шум за дадената територия.

Необходимо е подреждане по приоритет на отделните мерки в зависимост от очакваното подобряване на акустичната обстановка, намаляване на експозицията на отделните групи от населението, както и намаляване броя на засегнатите граждани.

Фигура 91. Разпределение на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р България по диапазони за периода 2006 – 2018 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 2018 г. не е променена значително. В по-голямата част от контролните пунктове измерените еквивалентни нива на шум надвишават граничните стойности.

За периода 2006 - 2018 г. се запазват някои положителни тенденции - през целия наблюдаван период намалява броят на пунктовете, попадащи в диапазона с високи шумови нива (68-72) dB(A) и (73-77) dB(A), като понижението е значително и достига до 6-7% в сравнение с нивата от преди десет години=

От докладите, представени през 2018 г. от РЗИ е видно, че контролът 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.

Програмите за защита от шум в 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

• Неионизиращи лъчения

Неионизиращите лъчения (НЙЛ) са универсални фактори, както в околната среда, така и на работните места. Няма технология, индустрия, дейност на човека, които да не са свързани с въздействие на някакъв вид неионизиращо лъчение – постоянни или променливи електрически и магнитни полета, радиочестотни и микровълнови лъчения, оптична радиация от целия спектър – ултравиолетово (УВ), видимо или инфрачервено (ИЧ) лъчение. Съвременните технологии са насочени основно към прилагане на НЙЛ от различни честотни обхвати, като например енергетиката, транспорта, комуникациите, медицината, козметиката и други.

Поради широкото им приложение НЙЛ са с голямо значение за здравето на населението. При прякото им или косвено въздействие, те могат да създадат условия за сериозни нарушения на здравето на човека, поради различни механизми на взаимодействие чрез нетоплинни и топлинни ефекти в различни органи и върху целия организъм; чрез термично или фотохимично въздействие върху очите и кожата, както и чрез някои специфични въздействия върху анализаторите, централната нервна система, вестибуларния апарат, сърдечно-съдовата и половата система. Не по-малко значение има класификацията на Международната агенция за изследване на рака (IARC), която е включила почти целия диапазон на НЙЛ в различни категории на човешките канцерогенни – УВ лъчение в категория 1 (доказан канцероген), а нискочестотните магнитни полета и микровълновите лъчения, излъчвани от мобилните телефони – в категория 2В (възможен канцероген).

Съгласно Плана на ЕС (Brussels, 14.9.2016 COM(2016) 588 final, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social Committee and the Committee of the Regions 5G for Europe: An Action Plan {SWD(2016) 306 final}), до 2022 г. предстои навлизането на следващата генерация устройства с технологията 5G. С нея ще бъде възможно да се осигурят нуждите на: телемедицината, медицинските устройства, поставени върху човека, въвеждане на автономен транспорт и едновременното управление на 1 милион устройства, разположени на кв. км. (като телефони, домашни уреди, „умни домове“, системите за борба с кражби и много други).

За постигането на функционалността на този технологичен стандарт, се очаква излъчващите маломощни антени, да са разположени в близост до потребителя/устройствата. За разлика от досегашните цифрови технологии, които излъчват на честоти до 2,1 GHz, антените на новата технология ще излъчват на честоти от 28 до над 80 GHz, т.е. ако досега се прилагат сантиметрови вълни за комуникация, то в бъдеще ще се прилагат милиметрови вълни (с дължина на вълната няколко милиметра).

Предвид на това, че България е една от малкото страни-членки на ЕС с много рестриктивна норма по отношение на микровълновите електромагнитни полета (ЕМП), и то с честоти само до 30 GHz, ще се наложи на операторите и доставчиците на комуникационни услуги да въведат допълнителни мерки за оптимизиране на внедряването на мрежата с цел спазването на нормативните изисквания.

Съгласно мнението на Международния комитет по защита от нейонизиращи лъчения (ICNIRP), както и на Световната здравна организация (СЗО), електромагнитно поле с честоти над 10 GHz, прониква в човешкото тяло само на повърхностно ниво, т.е. в кожния слой. Съгласно проведените изследвания, за повече от 30 години от началото на създаване на цифровите безжични технологии, няма доказателства за връзка между ракови заболявания и ЕМП, създавано от високочестотни източници. Класифицирането на радиочестотните ЕМП като „възможен“ канцероген за човека (клас 2B) от авторитетната международна организация IARC (Международна агенция за изследване на рака) през 2011 г. е основано на единични изследвания, които показват по-висок риск за глиома, малигнен тип на мозъчен тумор, свързан с ползването на безжични телефони и на необходимостта да се приложи т.нар. „Превантивен принцип“ за случаите, когато науката не е доказала съответните връзки между факторите и заболяванията при човека, но технологията създава страхове сред населението.

Във връзка с повишаване информираността на населението продължава да се поддържа създадената „Информационна система за източниците на ЕМП“, разположени на територията на Р България резултат на приключилия през 2017 г. изградена по проект по Програма BG 07 „Инициативи за обществено здраве“, е създадена и действа „Информационна система за източниците на ЕМП“, разположени на територията на Р България.

На сайта на НЦОЗА има линк към Данните за стойностите на ЕМП на територията на страната. Електронната системата има разработена експертна и публична част. Експертната част на регистъра е предназначена да съдейства на специалистите в областта на оценката и контрола на ЕМП от органите на държавния здравен контрол. . Продължава обучението на специалисти от РЗИ, като се въвеждат данните от плановия годишен мониторинг на източници на ЕМП, разположени на територията на страната.

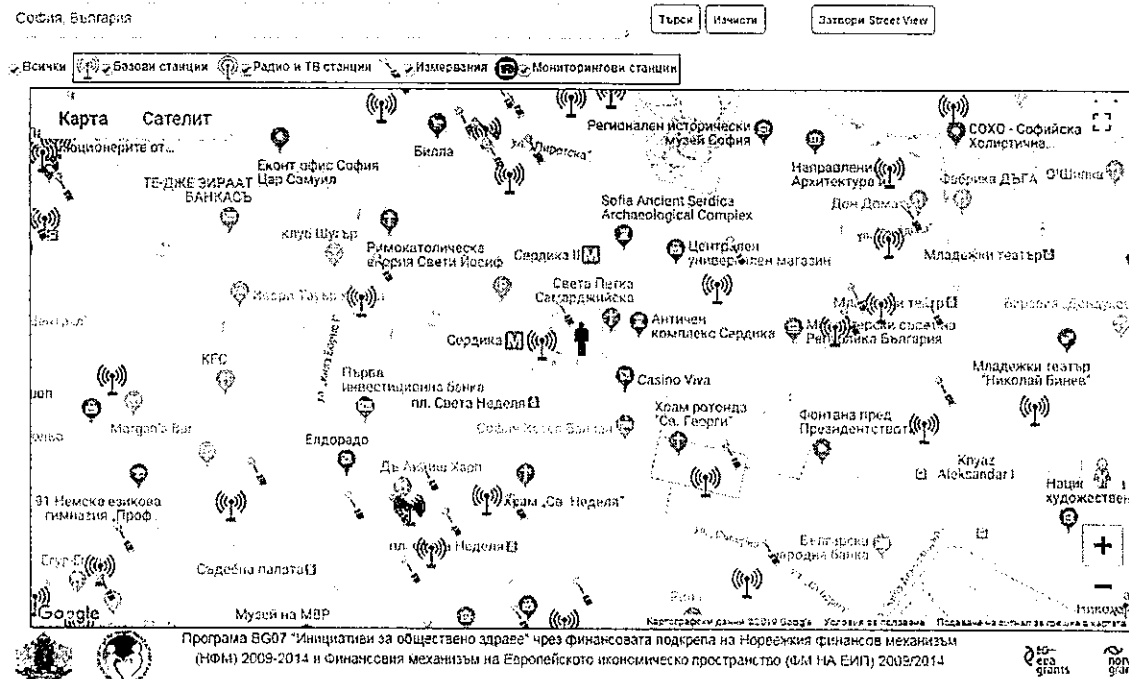
Публичната част е предназначена да информира населението за местоположението и нивата на ЕМП в околната среда. Местата на измерване и съответните стойности на ЕМП, около всеки източник, се визуализират на картата. При зададени критерии за търсене (адрес и населено място), регистърът показва на карта всички най-близки източници на ЕМП с основна информация за всеки един обект.

На фигурата по-долу са отбелязани геолокацията на излъчващите обекти, както и извършените в района измервания на ЕМП. Линка на публичната част е <https://public-emp.ncpha.government.bg/Geolocation/ViewBaseStationsOnMap.aspx>

Фигура 61. Геолокация на източници на ЕМП и измервания на ЕМП

Търсене на най-близкия до зададен от Вас адрес Източник на електромагнитно поле:

Моля, изпишете адреса, за който искате да търсите информация и изберете от предложените списък
Моля, използвайте бутоните с "+/-" в долния ъгъл на екрана, за да промените мащаба на картата



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 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.

Съгласно „Указание на МЗ за планиране, организиране и отчитане на дейности на РЗИ по опазване на общественото здраве“, следва органите на Държавния здравен контрол да 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.“

Измерените стойности от РЗИ са от $0.01 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ до $8.50 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, което е в границите на нормата ($10 \mu\text{W}/\text{cm}^2$), съгласно изискванията на Наредба № 9/1991 г.

В докладите от мониторинг на РЗИ са включени и резултати от измервания по 37 жалби през 2018 г.

Обобщени данни от годишни доклади на РЗИ са представени на следващата фигура.

Фигура 93.



Измерванията и оценките на нейонизиращи лъчения през 2018 г. 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 - 365 броя;
- медицината – главно апарати за магнитно резонансна диагностика, източници на постоянно магнитно поле, нискочестотни и радиочестотни полета – 4 броя.

При регистриране на стойности над максимално допустимите са връчени предписания и са предприети мерки, включващи промяна на техническите характеристики на излъчвателите, а именно: премахване на сектор, промяна на височината на монтаж на излъчвател, промяна на посоката на максимално излъчване, демонтиране на антени и др. Предприетите мерки са ефективни и са с цел опазване на здравето на населението. Това е доказано с последващите измервания и проверки.

Направени са 765 експертни оценки на източници на нейонизиращи лъчения, включващи базови станции, радио и ТВ станции, радари. Изготвени са становища за 10 обекта с национално значение.

Извършено е обучение на 49 специалисти от РЗИ, органите за контрол и др. организации занимаващи се с измерване и/или контрол на електромагнитни полета в околна и работна среда. Също така са обучени 90 специалисти от системата на държавния здравен контрол, МТСП-ФУТ, МТСП-Инспекциите по труда и представители на СТМ по Проект

„Обучение в областта на европейското законодателство за защита на работещите от нейонизиращи лъчения. Очакваният резултат от проведеното обучение е по-добро разбиране и въвеждане на законодателството за защита от нейонизиращи лъчения в работна среда.

Продължава тенденцията за подобряване на контрола по отношение на електромагнитните полета. Причините за това са следните: приемането на европейската Директива за работна среда, извършваният от РЗИ мониторинг в областта на ЕМП, създаването на електронния уеб-базиран регистър на източниците на ЕМП и повишаването на компетентността на лицата, извършващи контрол чрез засилено специализирано обучение.

- **Йонизиращи лъчения**

- **здравно-радиационен мониторинг на населението**

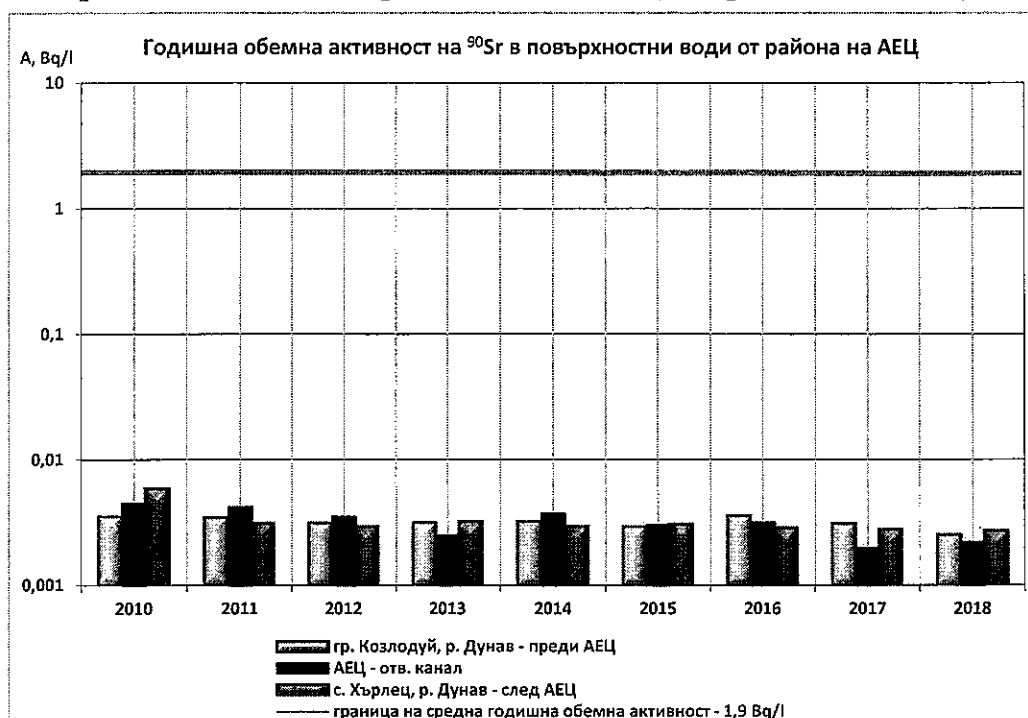
Министерство на здравеопазването, чрез Националния център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ) и петте отдела „Радиационен контрол“ (РК) към РЗИ Пловдив, РЗИ Варна, РЗИ Бургас, РЗИ Русе и РЗИ Враца, извършва държавния здравно-радиационен контрол за спазване на изискванията за защита на лицата 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 отдела РК към РЗИ Пловдив, Варна, Бургас, Русе, и Враца осъществяват мониторинг на факторите на жизнената среда на териториален принцип.

През 2018 г. от НЦРРЗ и РЗИ са извършени изследвания на над 2200 броя проби – питейни, повърхностни и минерални води, хранителни продукти, почви, дънни утайки, растителност, атмосферни отлагания, атмосферен въздух, строителни материали и други обекти; направени са 3934 броя радиохимични и гама-спектрометрични анализи и 2232 лабораторни измервания.

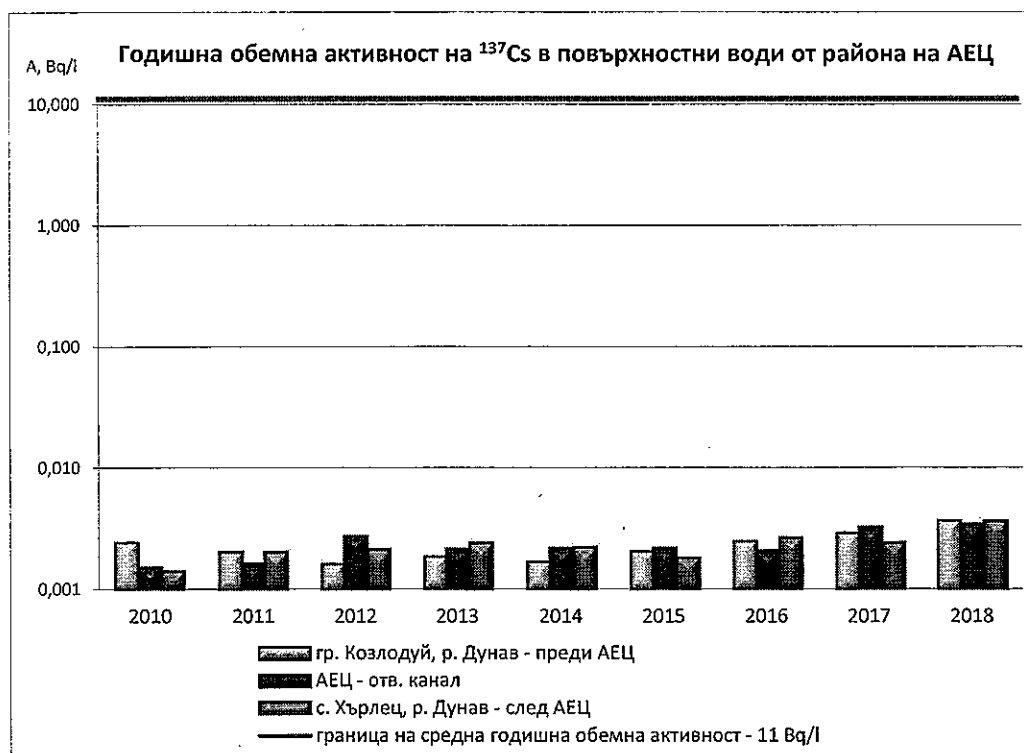
Резултатите от провеждания през 2018 г. здравно-радиационен мониторинг сочат, че естественият гама-фон в района на ПХРАО „Нови хан“, експерименталния реактор на БАН и този в 6-90 км зона около АЕЦ „Козлодуй“ не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и обектите с източници на йонизиращи лъчения и не се отличава от характерния за съответните региони локален гама-фон.

На фиг. 94 и фиг. 95 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 9 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 94. Средно годишно съдържание на стронций-90 в повърхностни води от района на АЕЦ за периода 2011-2017 г. (логаритмична скала)



Фигура 95. 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 2018 г. са обследвани на място 100 % от обектите с висок радиационен риск, 23 % от обектите със среден радиационен риск и един от обектите с нисък радиационен

риск. Обектите с нисък радиационен риск се обследват на две години и през 2017 г. са обследвани над 50% от тях. На останалите обекти Държавния здравно-радиационен контрол е проведен на база на преглед на документи, предоставени от „Екоинженеринг-РМ“ ЕООД.

По време на инспекциите на място са изследвани 87 пункта в районите на бившите обекти за добив и преработка на уранова суровина. При изпълнението на мониторинговата програма са извършени 2150 броя измервания на мощност на дозата гама-лъчение, взети са 58 броя проби вода и 2 проби почва и дънни утайки. Пробите вода се анализирани за съдържание на естествен уран, обща алфа- и бета-активности, а пробите почви и дънни утайки се подложени на гама-спектрометричен анализ.

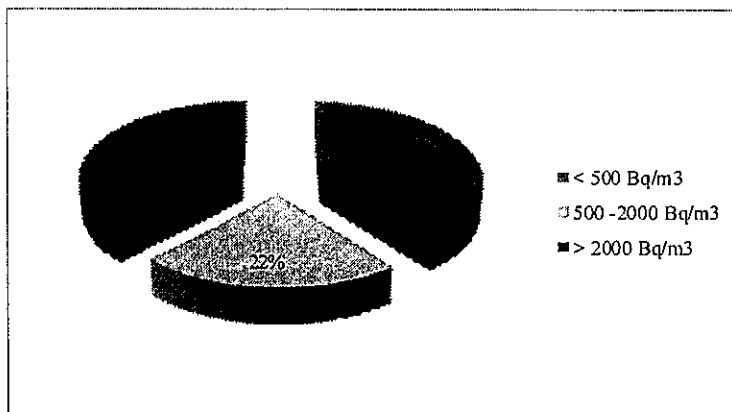
При проверките са констатирани несъответствия с нормативно установената стойност на уран (7500 Bq/m³), съгласно Наредба № 1 от 1999 г. за норми за целите на радиационна защита и безопасност при ликвидиране на последствията от урановата промишленост в Република България.

От анализираните проби вода през 2018 г. по радиационен показател съдържание на естествен уран 13 броя са над нормативно установената граница, а две проби са в рамките на граничната стойност.

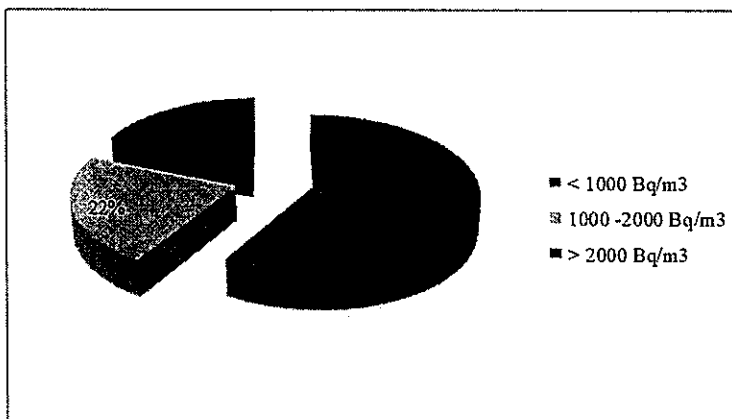
Установените, съгласно изискванията на Наредба № 1 от 1999 г. граници за обща алфа-активност (500 Bq/m³), за обща бета-активност (2000 Bq/m³) са надвишени в 60 % и 19 % съответно.

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. 96 и 97.

Фигура 96. Резултати на обща алфа активност в проби вода от 2018 г.



Фигура 62. Резултати на обща бета активност в проби вода от 2018 г.



Оценката на годишната ефективна доза надфоново облъчване на населението от дейността на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД, базирана на резултатите от проведения през 2018 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 надфоново 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 или надвишени контролни нива на показателите обща алфа-активност и обща бета-активност 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.

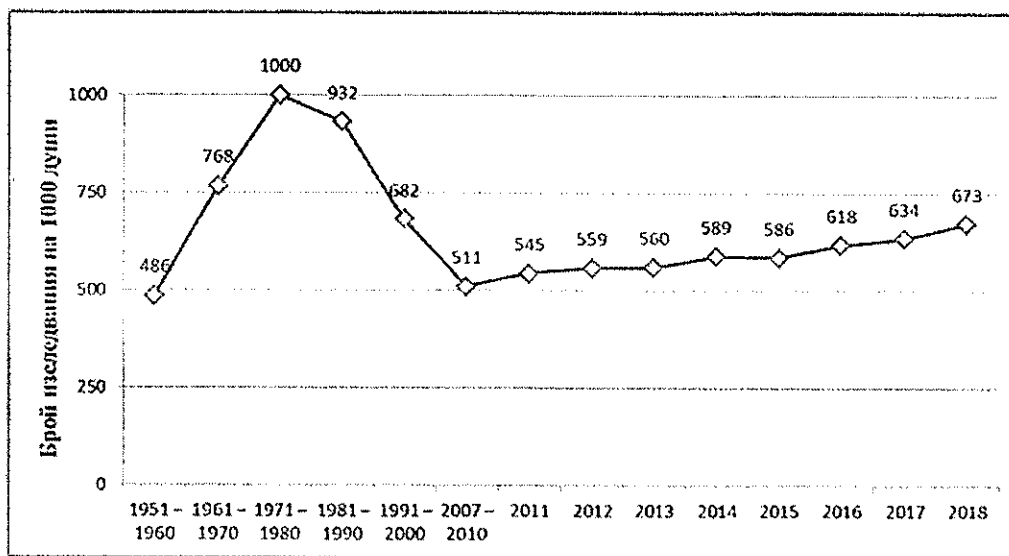
• облъчване на българското население от медицински рентгенологични и нуклеарно-медицински процедури

Рентгенологични процедури

Лечебните заведения отчитат ежегодно броя на проведените рентгенови изследвания. За целта се използва стандартизиран формуляр, разработен от сътрудниците на НЦРРЗ. Информацията се изпраща от лечебните заведения в Националния център за обществено здраве и анализи (НЦОЗА), а НЦРРЗ получава от НЦОЗА обобщена информация в хартиен, а в последните години и в електронен вид. Формулярът се актуализира периодично, като за 2018 г. той съдържа 54 позиции, включващи общо 51 рентгенологични изследвания и процедури.

Според последните обобщени данни за 2018 г., общият годишен брой на рентгеновите изследвания е 4 725 738, или средно 673 изследвания на 1000 души от населението. На фиг. 98 е показана динамиката в честотата на рентгеновите изследвания в България от 50-те години на ХХ век до днес. След пика в края на 80-те години на миналия век, когато на всеки човек от населението се е правело средно по едно изследване на година, се наблюдава рязък спад към края на века, след което броят на изследванията остава почти непроменен, със слаба тенденция към увеличаване, спрямо предходните няколко години (Фиг. № 98 и 99 и табл. № 27).

Фигура 63. Динамика в честотата на рентгенологичните процедури в България (брой процедури на 1000 души от населението)



Фигура 64. Динамика в честотата на рентгенологичните процедури в България (брой процедури на 1000 души от населението) – разбивка по модалности

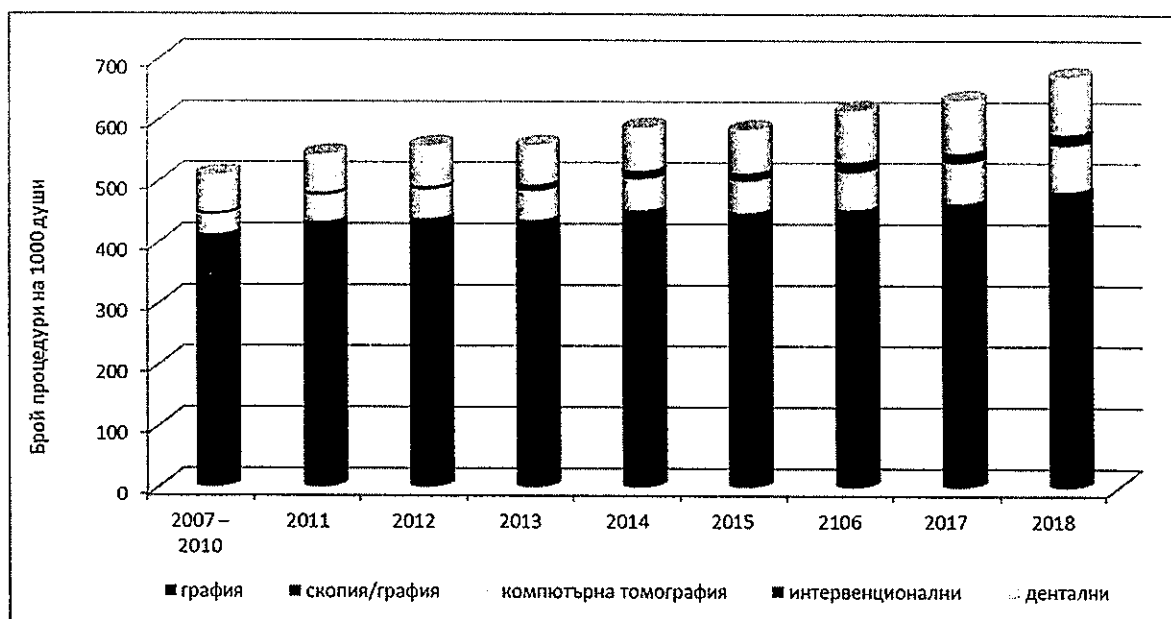


Табл. 27 към фиг. №102

Година	2007 - 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
графия	386	412	419	416	435	433	436	452	473
скопия/графия	28	23	21	22	18	16	20	14	12
компютърна томография	31	42	46	47	51	52	60	66	75
интервенционални	5	6	6	11	14	14	18	17	19
дентални	61	62	66	65	71	71	84	86	94

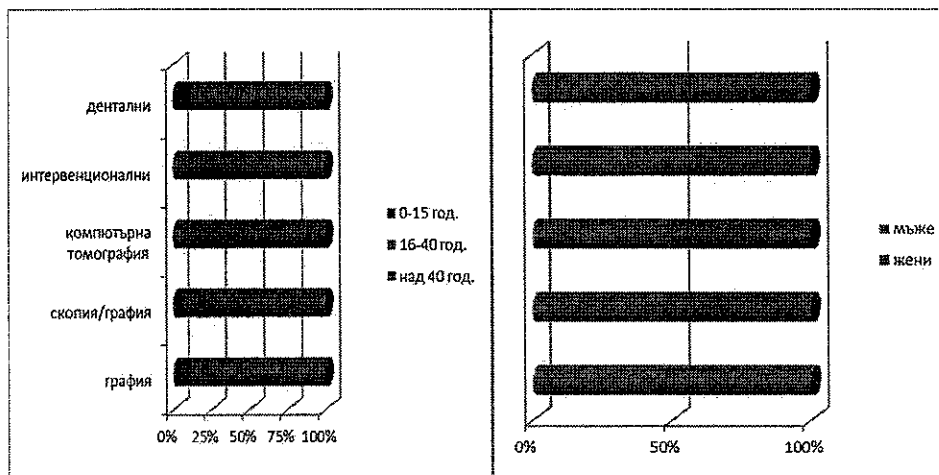
На фиг. 100 е представена честотата на петте основни групи рентгенови изследвания – рентгенография, рентгеноскопия, компютърна томография,

интервенционална рентгенология (вкл. инвазивни диагностични процедури) и дентална рентгенология, за периода от 2007 до 2018 г. Наблюдават се следните тенденции:

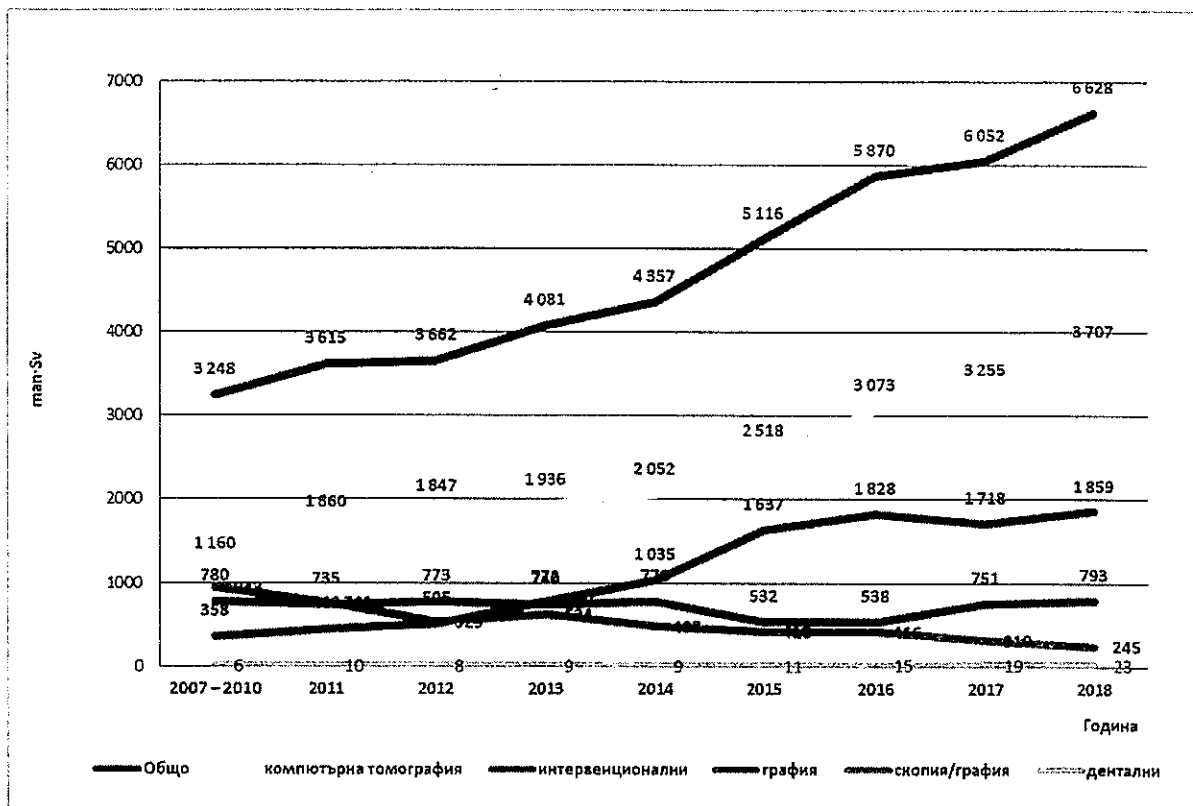
- рентгенография: С най-голям принос в общия брой са рентгенографиите (за 2018 г. те са около 70% от общия брой), сред които основни са графите на торакс (188 на 1000) и на крайници (113 на 1000);
- рентгеноскопия: През 2007 г. броят на скопите е 33,2 на 1000 души (6,2 % от общия брой изследвания), след което се наблюдава намаляване до 20,8 на 1000 души (3,7 % от общия брой) през 2012 г. През 2013 г. техният брой се увеличава до 29,9 на 1000 души (5,3 % от общия брой), следвано от ново намаляване през годините 2014 г. и 2015 г. с честота на провеждането им, достигаща нивата от периода 2010-2012 г. За периода 2011 – 2018 г. Броят на проведените скопии плавно намалява, като през 2018 г. честотата на провеждането им е 12 на 1000 души (1.7% от общия брой);
- флуорография: Положителна тенденция е също така намаляването на флуорографиите с повече от 28 пъти за осем години – от 8,6 през 2007 година на 0,3 на 1000 души през 2016 г. През 2017 същите нарастват до 1,6 на 1000 поради активно провежданите скринингови програми. През 2018 година броя на флуорографиите е 0,8 на 1000 души;
- компютърна томография: За периода 2011 – 2018 г. броят на компютър-томографските изследвания е нараснал от 42 до 75 на 1000 души. Относителният им принос към общия брой рентгенологични изследвания за този период нараства плавно със средно по 0,5% на година, като за 2011 г. той е 7,7% , а за 2018 г. е 11,1% от общия брой рентгенологични изследвания;
- интервенционални процедури: Броят на ангиографските и интервенционалните процедури за периода от 2011 до 2018 г. е нараснал – от 5,7 на 19,0 на 1000 души, или от 1,1 % на 2,8% от общия брой рентгенови изследвания. Наблюдава се тенденция за запазване на честотата на ангиографските процедури през последните три години;
- дентални: Броят на денталните рентгенови изследвания за периода 2011 – 2018 г. бележи тенденция на стъпаловидно увеличаване от 62 до 94 на 1000 души от населението.

На фигура 100 е представено разпределението на петте групи рентгенови изследвания по възрастови групи и по пол на пациентите по данни от 2018 г. Тези разпределения почти не се променят през последните десет години, като честотата на изследванията на пациенти над 40 г. се увеличава плавно. Не се променя много през годините и разпределението на изследванията по пол: рентгеновите изследвания са с малко по-голяма честота при жените, приблизително – 55 %, срещу 45 % при мъжете, като единствено при интервенционалните процедури съотношението е разменено.

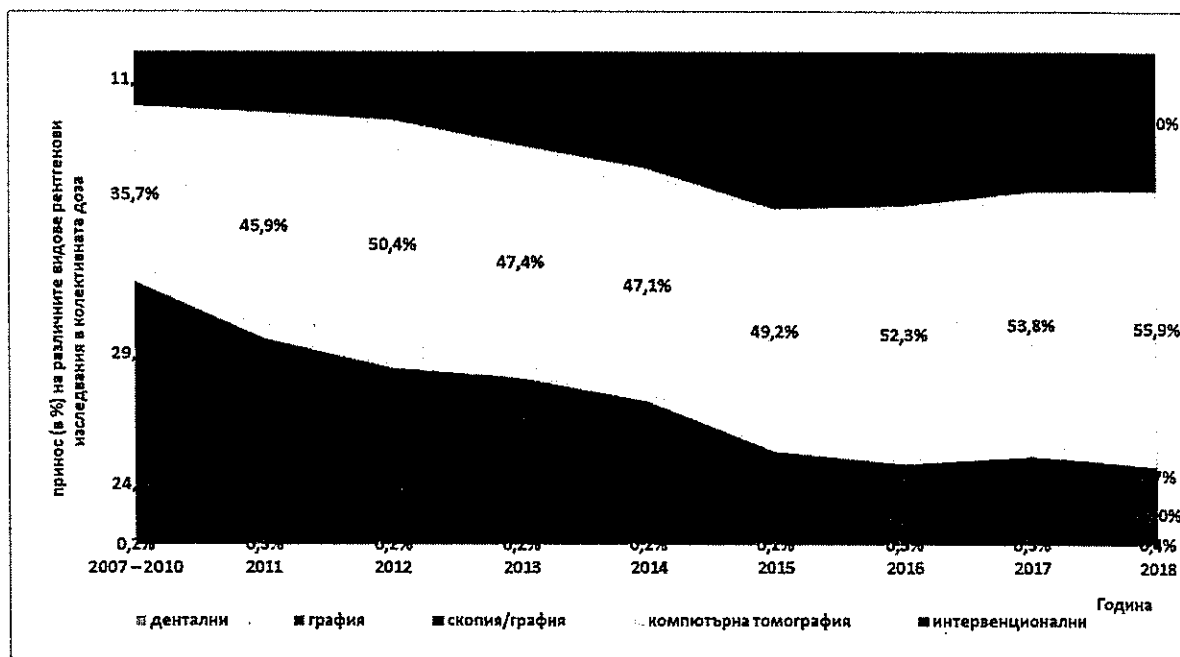
Фигура 100. Разпределение на рентгеновите изследвания по възрастови групи и по пол за 2018 г.



Фигура 101. Динамика на колективната ефективна доза от медицински рентгенови процедури



Фигура 102. Динамика в относителния принос (в %) на различните видове рентгенови изследвания към колективната ефективна доза на българското население от 2007 до 2018 г.



Приносът на компютърната томография в колективната ефективна доза за периода 2011 – 2018 г. е нараснал от 45,9 % през 2011 г. до 55,9 % през 2018 г., като честотата им е нараснала от 7,7 % на 11,1 % за същия период.

Рентгеновата графия запазва своя най-голям дял в честотата (около 70 %) и заема трето място по принос в колективната доза (12 %).

Конвенционалната скопия, която е основен фактор в колективната доза през 2007 г (34%), през 2018 г. има принос от едва 3,7 %.

Честотата на интервенционалните процедури през последните три години се запазва постоянна малко под 3 %, както и относителният им принос в колективната доза съответно около 30 %.

Въпреки сравнително голямата честота (14,0 %), денталните рентгенови изследвания имат нищожен принос в колективната доза (0,35%) през 2018 г. Очаква се в близко бъдеще (до 2020) относителният принос в колективната доза на компютър-томографските изследвания да продължи да нараства, а на останалите групи изследвания почти да не се промени.

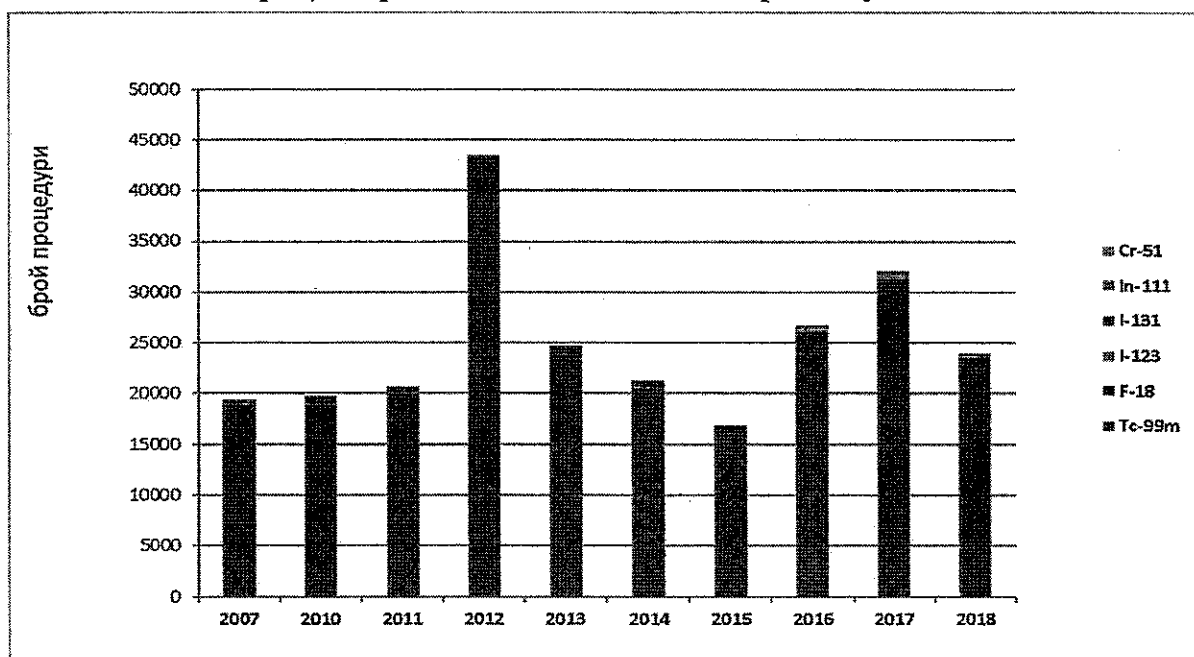
Средната годишна индивидуална ефективна доза у нас за 2018 г. е 0,94 mSv, което е приблизително колкото средната за Европа, общата колективна ефективна доза на населението от рентгенологията 6628 man Sv.

Нуклеарно-медицински процедури

През 2018 г. нуклеарно медицински (НМ) диагностичните изследвания *in vivo* се провеждат в 22 отделения, с използване на общо 6 ПЕТ-КТ (в УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна, УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД - Пловдив, УМБАЛ Аджибадем Сити Клиник – София (2 бр.), МБАЛ "Уни Хоспитал"- Панагюрище и в УМБАЛ „Александровска“ – София); и 20 гама-камери – 5 планарни и 15 СПЕКТ, от които шест са хибридни системи: СПЕКТ-КТ. От тях, към момента на изготвяне на този доклад, в НЦРРЗ са получени данни за извършените НМ изследвания от общо 18 отделения. Честотата на нуклеарно-медицинските (НМ) изследвания (възрастни и деца) на 1000 души от населението в България по налични данни през 2018 г. е 3,4, която е една от най-ниските в Европа, като се е намалила спрямо 2017 г. и 2016 г., когато е била съответно 4.2 % и 3.8 %.

На фиг. 103 е представено разпределението на НМ изследвания по вид на използвания радионуклид. Преобладава използването на ^{99m}Tc : 75,8% през 2018г., както и използването на ^{18}F под формата на FDG: 22,4%. Към момента не се използват други кратко живущи позитронни емитери.

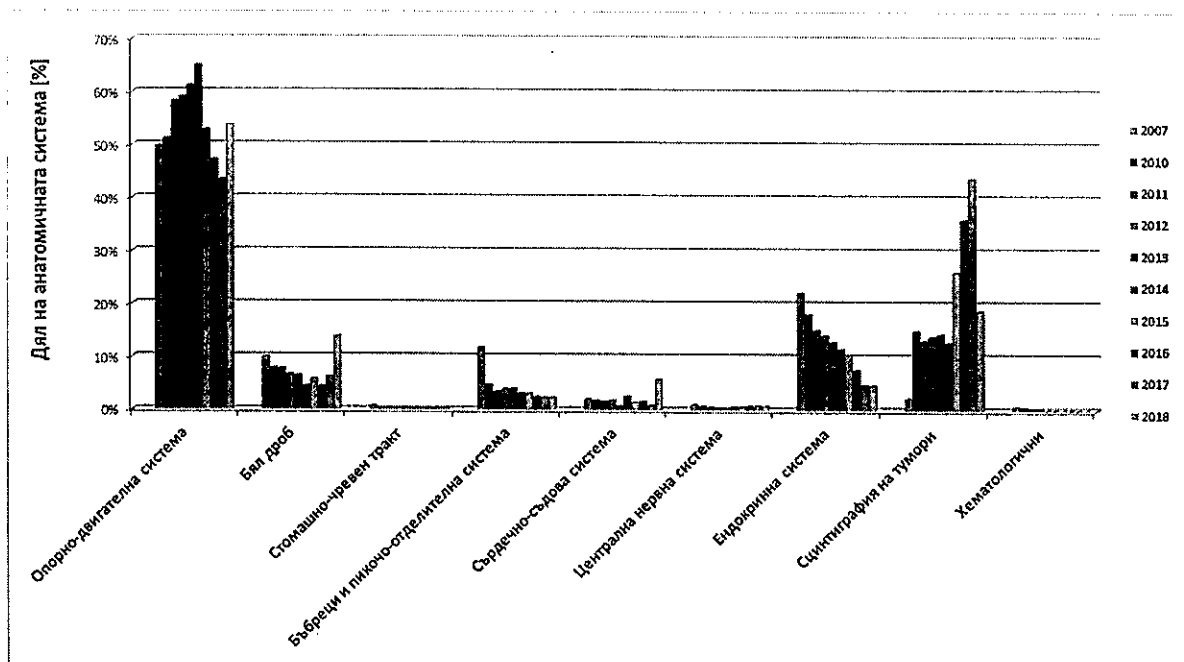
Фигура 103. Разпределение по години на проведените НМ изследвания (абсолютен брой) според вида на използваните радионуклиди



През 2018 г. сцинтиграфията на кости е най-често провежданото НМ изследване на възрастни пациенти: в 40.7% от случаите с планарна гама-камера и в 12.9% със SPECT. Приносът на изследванията с PET в общия брой на НМ изследвания е 13.0% през 2010 г., като през 2018 г. се повиша до 22,4%. На фиг. 105 е показан броят на НМ изследвания, разпределени по органи и системи. Представена е динамиката за периода: 2007 – 2018 г. Постепенно намаляват изследванията на отделителната и ендокринната системи. През 2018 г. основен принос в честотата имат изследванията на опорно-двигателната система: 57.7% и изследванията на туморните процеси (чиито общ принос е намалял 2,3 пъти спрямо 2017): от 43.7% на 18.8%. Белодробната перфузия има принос от 14 %; ендокринната система: 4.6%; отделителната система: 2,3%. Прави впечатление повишената честота на изследванията на сърдечно-съдовата система с общ принос 5,8% спрямо 1% през 2017 г. Останалите изследвания (на стомашно-чревния тракт и централната нервна система) имат пренебрежим дял (под 1%) в общата честота.

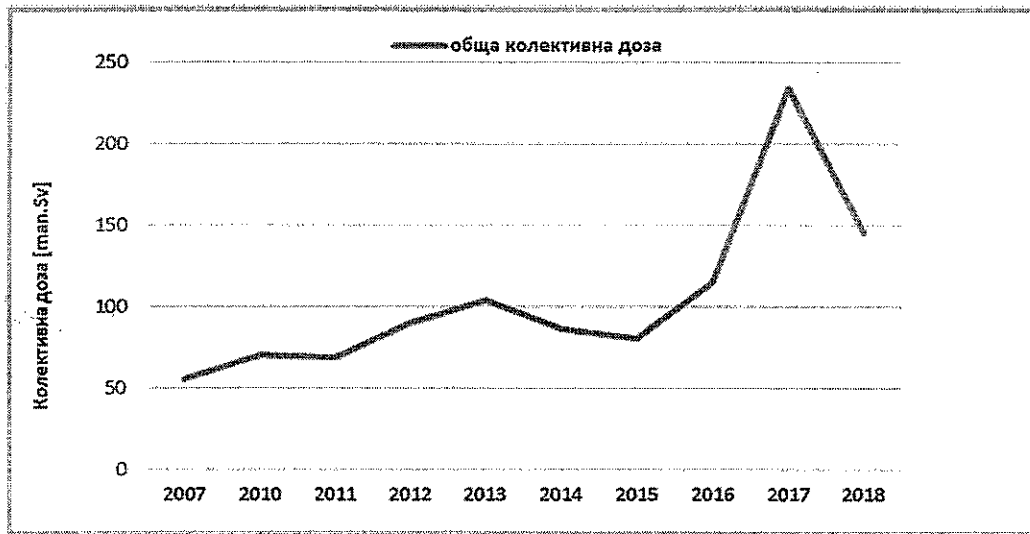
Най-често провежданите НМ изследвания на деца са динамичната бъбречна сцинтиграфия с DTPA: в 75% от случаите; и сцинтиграфия на тестиси с ^{99m}Tc -пертехнетат: в 15% от случаите. Сцинтиграфията на кости и сцинтиграфията на надбъбрек-медула имат еднакъв дял в общия брой НМ изследвания: по 5%.

Фигура 104. Брой НМ изследвания по органи и системи за периода 2007–2018 г.



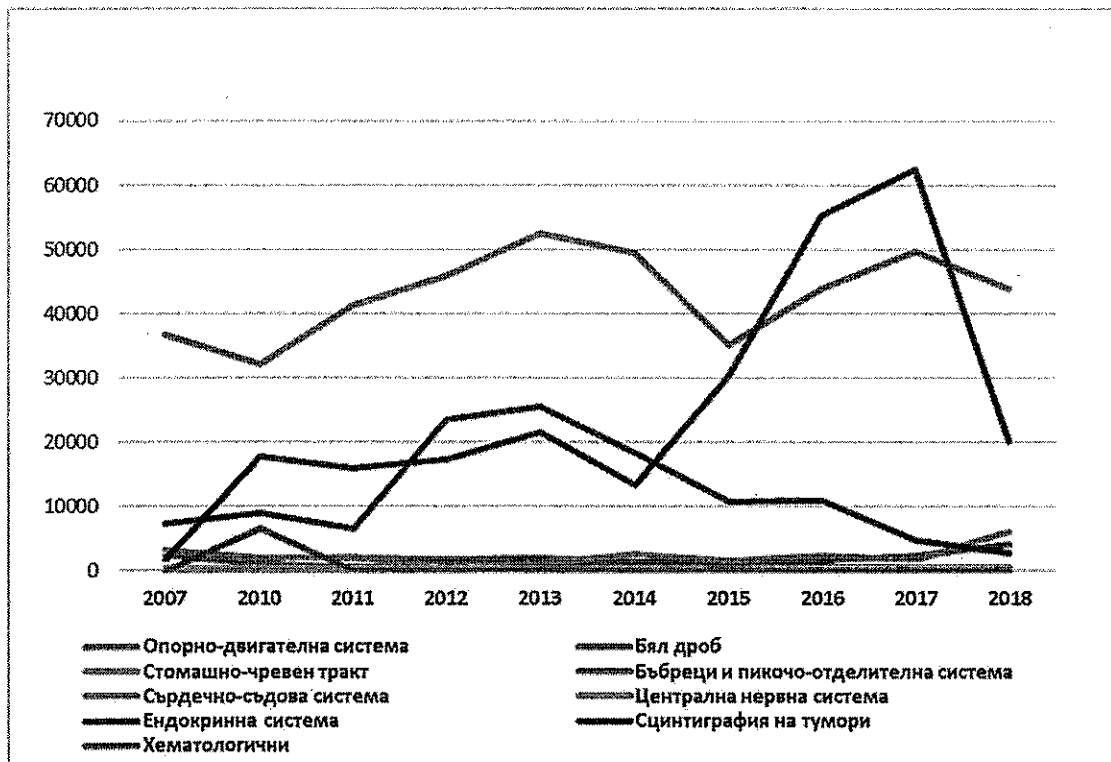
През 2017 г. към въпросника за определяне на лъчевото натоварване до центровете по НМ беше добавено специално приложение изискващо въвеждането на информация от компютър-томографската част при използването на хибридни НМ уредби (SPECT-СТ и PET-СТ). Това даде възможност за определяне за първи път в страната на колективната ефективна доза от компютърната томография в НМ, която заедно с дозата от радионуклида при хибридните изследвания е общо 67,3 man.Sv за 2018 г. Това се отрази в рязкото нарастване на общата колективна ефективна доза от НМ за 2017 г. в сравнение с предходните години, което е представено графично на фиг. 105. За 2018 г. се наблюдава нейното намаляване, дължащо се както на по-малкия относителен брой изследвания, така и на непълнотата на предоставените данни за извършените изследвания от някои НМ отделения в страната.

Фигура 105. Обща колективна доза от НМ процедури за периода 2007–2018 г.



На фиг.106 е показан приносът на различните групи изследвания в колективната ефективна доза. Изследванията на опорно-двигателната система имат основен принос както в честотата, така и в колективната доза до 2015 г., както и за 2018 г. През 2016 г. и 2017 г. превес вземат PET изследванията на тумори.

Фигура 106. Принос на различните изследвания в колективната доза за периода 2007–2018 г.



С най-голям принос в броя и в колективната ефективна доза за 2018 г. са изследванията на опорно-двигателната система: 12851 (53.7 % от общия брой) и колективна доза 43.8 man Sv. Следващи по принос са PET изследванията на тумори – 4487 броя, което е 18.8% от всички, а колективната ефективна доза от тях е 20.2 man Sv.

Общата колективна ефективна доза от нуклеарно медицински изследвания през 2018 г. е 145,4 man.Sv, съответната средна индивидуална годишна доза е 20,8 μ Sv, което е около 2,5 пъти по-ниска стойност от средната за Европа: 54 μ Sv.

През 2018 г. медицинското облъчване от рентгенологията и нуклеарната медицина формира сумарна колективна ефективна доза 6773 man.Sv. Основен е приносът на рентгеновата диагностика, който е около 46 пъти по-голям от приноса на нуклеарно-медицинската диагностика. Средногодишната индивидуална ефективна доза на глава от българското население от медицинско облъчване е: 0.968 mSv.a-1.

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 в рентгенологията и нуклеарната медицина, което се изисква и от европейското и национално законодателство.

- **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 2018 г. от НЦРРЗ е проведен дозиметричен контрол на външното облъчване на 3918 лица, от които 315 на 10 кратен контрол на професионалното облъчване и 3603 лица на 4 кратен контрол. Общ брой на проведените измервания за 2018 година - 113400.

Оценената колективна доза за контролирания от НЦРРЗ персонал през 2018 г. е 74.14 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 рентгенография – над 24 man.mSv, а най-високата средна годишна индивидуална ефективна доза, 0,1 mSv при работата с радиационни дефектоскопи.

Оценената колективна доза на персонала, работещ в ДП „РАО“ (320 лица) е оценена на 21,27 man.mSv, а максималната индивидуална доза е 2,13 mSv.

Оценената колективна доза на персонала, работещ в „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД (2446 лица) е оценена на 406,28 man.mSv, а максималната индивидуална доза е 6,45 mSv.

- **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.

Съгласно българското законодателство при ситуации на съществуващо облъчване от радон в закрити помещения, референтните нива за лица от населението и за работници се определят като средногодишна обемна активност на радон във въздуха и е 300 Вq/m³. Референтното ниво е регламентирано в Наредбата за норми за радиационна защита (ДВ, бр. 16 от 2018 г.).

С решение на министерски съвет № 55 от 1 февруари 2018 г. е приета стратегия за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2027 г. и Национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2022 г. Стратегията има за цел да очертае съгласувана рамка за определяне на приоритети за действие за намаляване на риска от облъчване от радон. В изпълнение на Националния план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2022 г. всяка година поетапно се изпълняват дейности, за които се изготвя отделен отчет, който се публикува на интернет страницата на стратегията www.radon.bg.

Въз основа на данните от проведеното националното проучване по предходната Национална програма 2013 – 2017 г. 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. Подробни проучвания на обемната активност на радон в жилища продължават да се извършват по области.

През 2018 г. стартираха проучвания на обемна активност на радон на работни места и училища. Приключи подробно проучване в област Благоевград (събиране на първичните данни от измерванията) и започна проучване в област Сливен. Резултатите ще бъдат обработени, анализирани и публикувани през 2019 г.

• **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 2018 г. в НЦРРЗ са обслужени 6354 лица, от които 872 са новопостъпили. Те се разпределят по следният начин: На профилактичен преглед подлежаха 5980 лица работещи в 555 обекта с източници на йонизиращи лъчения. Общият брой на прегледите е 20480, от които 20193 са редовни профилактични прегледи, вторичните прегледи са 287. Новопостъпилите лица, работещи с ИЙЛ са 872, с 5,3% по-малко от 2017 г.

Издадени са 12708 експертни заключения за годност за работа в среда на йонизиращи лъчения. Непригодни за работа в среда на йонизиращи лъчения за 2019 г. са 9 лица

На табл. 28 са представени издадените експертни заключения за цялата страна, съобразно териториалното разпределение на РЗИ с отдели РК.

Табл. 28. Издадени експертни заключения за медицинската годност за работа в среда на йонизиращи лъчения

Персонал	Брой експертни заключения	Динамика
на територията на НЦРРЗ	6354	увеличение с 11,4 %
на територията на РЗИ Враца	624	намаление с 11,22 %
на територията на РЗИ Русе	775	увеличение с 6,9 %

на територията на РЗИ Бургас	819	увеличение с 6,5 %
на територията на РЗИ Пловдив	1695	увеличение с 5,0 %
РЗИ Варна	1370	увеличение с 6,28 %
персонал на АЕЦ	1724	намаление с 5,01 %
външни фирми работещи в АЕЦ	246	намаление с 5,0 %

При приблизително запазен брой експертни заключения в сравнение с предишната година, броят на прегледите е увеличен за сметка на броя на вторичните прегледи. Едно от обясненията на този факт е повишената прецизност на провежданите прегледи и стремежът те да не бъдат формални.

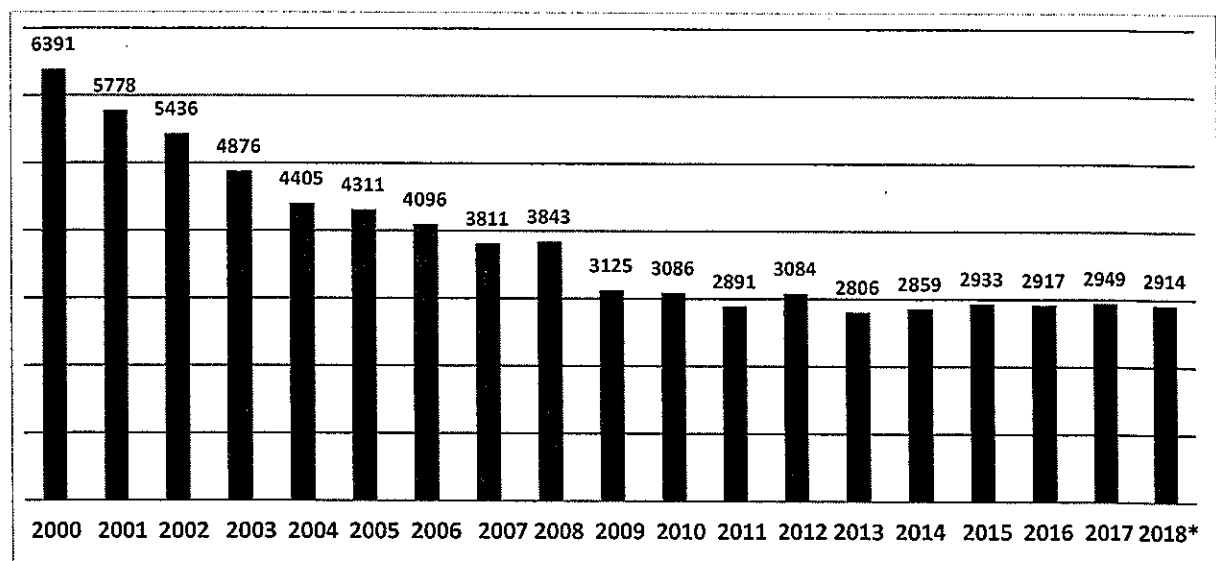
От всички издадени експертни заключения, общо 12708 броя, непригодни за работа в среда на йонизиращи лъчения са 9 лица.

• Рискови фактори, свързани с трудовата среда

У нас заетостта на работещите в традиционно рискови икономически сектори 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 2018 г. общият брой на злополуките по оперативна информация на НОИ е 2914, по-нисък в сравнение с 2017 г., когато регистрираните ТЗ са 2949 (Фиг. 107). Загубените календарни дни от ТЗ са по-малко спрямо 2017 г. (193045 при 270242 за 2017 г.). Смъртните ТЗ са 92 бр. (Фиг. 108), инвалидизиращите злополуки на работното място са 7¹¹(оперативна информация).

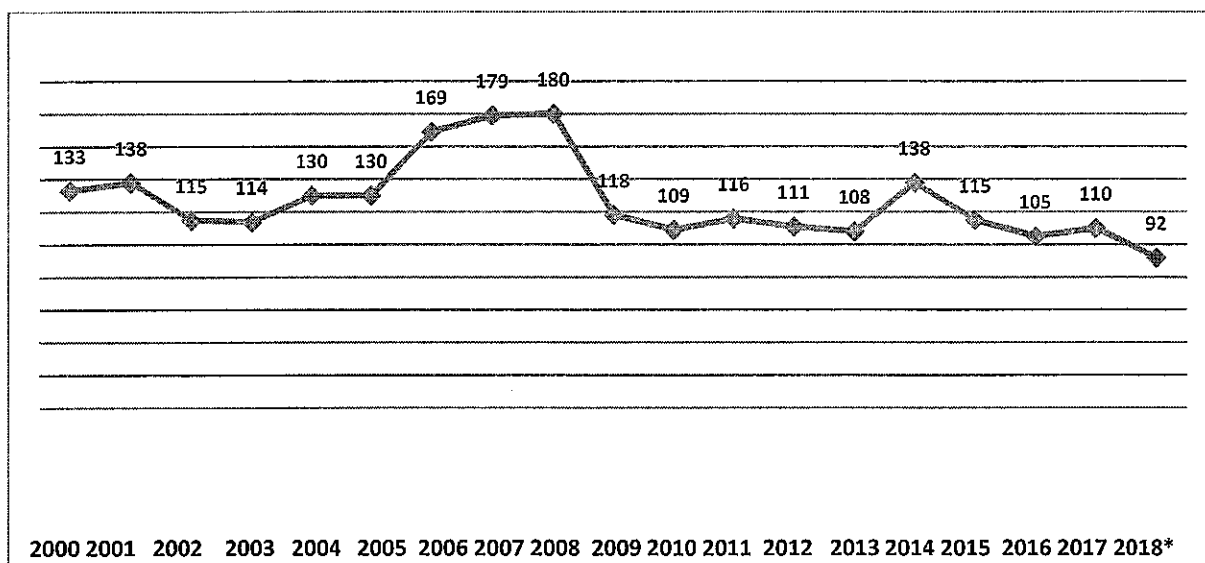
Фигура 65. Общ брой трудови злополуки за периода 2000-2018 г.



*Информацията за 2018 г. е оперативна към 07.08.19.

¹¹ Статистика трудови злополуки, Национален осигурителен институт: www.noi.bg

Фигура 66. Смъртни трудови злополуки за периода 2000-2018 г.



*Информацията за 2018 г. е оперативна към 07.08.19.

Икономическите сектори с най-висок брой ТЗ за 2018 г. по оперативна информация са държавно управление /232 бр./, сухопътен транспорт /211 бр./, търговия на дребно /149/, хуманно здравеопазване /142/, образование /126/.

През 2018 г. в териториалните поделения на НОИ са открити 49 досиета за професионални болести, а заболялите лица със съмнение за професионален характер на заболяванията са 44. 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.. 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 мезотелиоми, за 2014 г. новите случаи са 63, а за 2015 – 49. Въпреки че не е проследен професионалният им характер, съгласно критериите на СЗО за 90 % от плевралните мезотелиоми се приема, че имат професионална етиология. Горезложеното 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.

Към 07.08.2019 г. действащите СТМ¹² са 532 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. Общо е мнението, че нивото на трудово-медицинската услуга е далеч от желаното, че тя често е формална, свързана с генериране на типизирани оценки на риска и препоръки, без практически принос за опазване здравето на работещите. Високата смъртност на населението в трудоспособна възраст, 21% от общата смъртност през 2016 г. по статистически данни на НОИ, и застаряването

¹² Регистър на СТМ, МЗ

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.

През 2018 г. общият брой трудови злополуки намалява спрямо 2017 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 сред основните поведенчески фактори на риска за здравето, водещ до възникването на хронични неинфекциозни болести; сериозен медико-социален проблем и една от основните предотвратими причини за смърт и инвалидност в света. По данни на СЗО, всяка година в света от заболявания, свързани с тютюнопушенето, умират повече от 8 милиона души, като повече от 7 милиона от смъртните случаи настъпват сред настоящите и бивши пушачи, а над 1,2 милиона сред изложените на пасивно тютюнопушене непушачи. От 1,1 милиарда пушачи в света 80% живеят в страни с нисък и среден доход.

Резултатите от последното проучване на Европейската комисия в рамките на Евробарометър 2017 сочат тенденция към намаляване на тютюнопушенето в Европа. Общият дял на настоящите пушачи в ЕС е 26% и е със спад спрямо 2012 г. с 2 процентни пункта, като най-голямото намаление (4 процентни пункта) е сред младите хора във възрастта 15-24 год. (съответно 25% и 29%). Като цяло 20% от европейците са отказали тютюнопушенето, а повече от половината (53%) никога не са пушили. Установени са силно изразени регионални разлики в разпространението на употребата на тютюневи изделия, с постоянно по-високи нива на тютюнопушене в страните на Южна Европа, в т.ч. и България, където повече от една трета от проучените лица са пушачи. България остава на второ място след Гърция (37%) по брой пушачи. По-голямата част (28%) от пушачите в България не са правили никога опити за се откажат.

По данни на НСИ в периода 2010-2018 г. в страната ни се наблюдава постепенно нарастване на потреблението на цигари средно на лице от домакинство. (Табл. 27)

Таблица 29. Потребление на цигари средно на лице от домакинство

Продукти и напитки	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Цигари бр.	591	547	601	596	603	647	639	656	674

Увеличават се значително и паричните разходи за алкохолни напитки и тютюневи изделия (като абсолютни стойности), като те не променят своето значение в структурата на разходите за разглеждания период. През 2018 г. средният разход на българското

домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия възлиза на 522 лв. на година (2017 г. – 504 лв.; 2016 г. – 481 лв.) и на 233 лв. на лице от домакинството (2017 г. – 219 лв.; 2016 г. – 205 лв.).

Все още тревожната картина, свързана с тютюнопушенето, може да бъде обяснена с редица обстоятелства, характерни за нивото на социално-икономическото развитие на страната: обществото като цяло недооценява вредата от тютюнопушенето, толерантно е към носителите на този фактор на риска за здравето; съществуващото законодателство за контрол на тютюнопушенето не се съблюдава достатъчно; недостатъчно ефективна е дейността по промоция на здравето и ограничаване честотата на тютюнопушенето; ОПЛ не развиват достатъчна дейност в тази насока, не са достатъчно подготвени, не оценяват системно тютюнопушенето като фактор на риска, не го контролират и т.н.

За реализацията на ефективна профилактика на свързаните с тютюна заболявания са необходими комбинирани политически мерки, а също индивидуални и популационни стратегии, които са заложи в Националната програма за превенция на ХНБ (2014-2020). През 2018 г. в страната ни са реализирани значителен брой дейности по промоция на здраве и профилактика на болестите, и за ограничаване на рисковите фактори за тяхното възникване. По рисков фактор „тютюнопушене“ са организирани и проведени общо 114 кампании, с 91 прояви са отбелязани Световният ден без тютюнев дим, под мотото на СЗО „Тютюн и сърдечни заболявания“ и Международният ден без тютюнопушене, с включени информационни и скринингови кампании, с измерване на въглероден монооксид в издишан въздух, „Дни на отворените врати“ с консултации на граждани и много др. Излъчени са: 127 ТВ предавания, 120 радиопредавания, 505 аудио-, видеоклипове и видеопокази, 118 други медийни изяви; публикувани са 182 материала в централни и местни вестници, 394 – в интернет. Проведени са обучителни дейности: 755 лекции и беседи, 79 семинара, 167 тренинги и 332 дискусии с общо 25 798 участници; 888 индивидуални обучения и консултации. Разработени и отпечатани са 11 здравно-образователни материала с тираж 69 264 броя и са разпространени във всички възрастови групи са 85 725 броя.

Според Доклад на СЗО от 2017 г. за глобалната тютюнева епидемия¹³, в повечето държави се прилагат политики и мерки за контрол на тютюна, включващи: регулиране на тютюневите изделия на пазара (напр. опаковки, етикети и съставки); ограничения за рекламирането на тютюневи изделия; създаване на среда без тютюнев дим; данъчни мерки и мерки срещу незаконната търговия; кампании срещу тютюнопушенето. От гледна точка на общественото здраве мерките имат за цел защита на гражданите от вредните последици от тютюнопушенето и останалите форми на употреба на тютюневи изделия, включително от пасивното пушене.

Контролът върху тютюна е ключова част и от Програмата на ООН за устойчиво развитие до 2030 г. Програмата включва цели за укрепване на националното прилагане на Рамковата конвенция за контрол на тютюна на СЗО – единственият правно обвързващ международен договор в областта на здравето за XXI век, за което България, като страна от ЕС и Европейската комисия е активен партньор.

• Употреба на алкохол

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 разстройство¹⁴.

¹³ СЗО, 2017, Доклад за глобалната тютюнева епидемия, http://www.who.int/tobacco/global_report

¹⁴ Alcohol use, WHO/Europe, 2018, Data and statistics, www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics

По данни на НСИ¹⁵ в периода 2001 – 2018 г. в страната ни се наблюдава значимо нарастване (с 12.8 литра) на потреблението на алкохолни напитки средно на лице от домакинство, като с най-голям дял е бирата, следвана от вината. Най-малко се консумират ракиите и другите спиртни напитки.

Таблица 28. Потребление на алкохолни напитки средно на лице от домакинство

Продукти и напитки	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Алкохолни напитки - л	18,2	22,4	23,6	23,2	26,3	27,1	28,4	29,2	27,3	28,9	31,0
Бира	8,6	12,0	15,8	15,6	18,1	18,9	19,9	21,7	20,3	22,1	23,6
Вина	6,9	7,5	5,5	5,2	5,5	5,5	5,5	4,6	4,4	4,3	4,6
Ракии	2,4	2,5	2,0	1,9	2,1	2,1	2,4	2,2	1,9	1,9	2,0
Други спиртни напитки	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7

Източник: НСИ

Увеличават се значително и разходите за алкохолни напитки (като абсолютни стойности). През 2018 г. средният разход на българското домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия възлиза на 522 лв. на година (2017 г. – 504 лв.; 2016 г. – 481 лв.) и на 233 лв. на лице от домакинството (2017 г. – 219 лв.; 2016 г. – 205 лв.). Въпреки по-високите в номинална стойност разходи алкохолът и тютюневите изделия не променят своето значение в структурата на разходите за разглеждания период.

Консумацията на алкохол представлява огромно социално, икономическо и здравословно предизвикателство, което засяга милиони хора по света. Световната здравна организация (СЗО) подчертава необходимостта от разработване, тестване и оценка на разходно-ефективните интервенции в тази насока, както и създаване, разработване и разпространяване на научна информация относно злоупотребата с алкохол и свързаните с това здравни и социални последици.

През последните десетилетия световната тенденция за увеличаване консумацията на алкохол и съпътстващите вредни последици се задълбочава и следва да бъдат предприети адекватни мерки за ограничаване на злоупотребата с алкохол на национално ниво.

В момента у нас действа Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (ХНБ) 2014-2020, в която е заложена националната политика за ограничаване на злоупотребата с алкохол. Програмата включва дейности и инициативи, насочени към намаляване на факторите на риска и към ранно откриване на водещите ХНБ, както и върху промотирането на здравословен начин на живот на населението. Интервенциите през последните години се разширяват. През 2018 г. по рисков фактор „Алкохол“ са организирани и проведени 47 кампании, отбелязани са 22 световни/международни и тематични дни и празници, и 58 други масови прояви. Излъчени са: 36 ТВ предавания, 41 радиопредавания, 430 аудио-, видеоклипове и видеопокази, 48 други медийни изяви; публикувани са 62 материала в централни и местни вестници, 198 – в интернет. Проведени са обучителни дейности: 580 лекции и беседи, 86 семинара, 157 тренинга и 302 дискусии с общо 17 812 участници; 282 индивидуални обучения и консултации. Разработени и отпечатани са 4 здравно-

¹⁵ Национален статистически институт, 2019, <http://www.nsi.bg>

образователни материала с тираж 61 471 броя и са разпространени във всички възрастни групи са 77 593 броя.

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. Успешното изпълнение на стратегията изисква съгласувани действия от страните, ефективно глобално управление и подходящо участие на всички заинтересовани страни

• Физическа активност

Ниската физическа активност е един от основните фактори на риска за възникване на хронични незаразни болести. Недостатъчната физическа активност, в съчетание с други фактори на риска, води до по-висока заболеваемост и смъртност от исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест, диабет, хипертонична болест, злокачествени новообразувания и др. Тя е четвъртият рисков фактор за глобалната смъртност (6% от смъртните случаи в света)¹⁶.

Данните от специалното периодично проучване на общественото мнение в страните-членки на Европейския съюз *Евробарометър за спорт и физическа активност, 2017*¹⁷ показват, че процентът на европейците, които никога не практикуват физически упражнения и спорт продължава да се увеличава. Почти половината от тях (46%) никога не практикуват спорт или друга физическа дейност. В сравнение с 2013 г. делът на този показател е нараснал с 4%. България е една от малкото страни, които бележат благоприятно намаляване на показателя (от 78% през 2013 г. на 68% през 2017 г.), но делът на редовно спортуващите продължава да бъде нисък - едва 7%. Ходенето пеша в продължение на 10 и повече минути е сред предпочитаните форми на физическа активност у нас.

Тези констатации показват, че посланието за значението на спорта и физическата активност за здравето все още не е достигнало до значителна част от населението, което налага активизиране на дейностите за повишаване на информираността на населението и включването му в дейности, повишаващи физическата активност.

В рамките на Националната програма за превенция на ХНБ се извършва значителна по обем дейност в тази насока. 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.

През 2018 г. са отбелязвани: „Европейска седмица на мобилността“, „Световен ден на движението“; спортни празници „Фестивал на здравето и спорта“, „Фестивал Рън“, „Мама, татко и аз“; „Европейска седмица на спорта“, с инициатор сдружение „Бъди активен“; проведени са множество интерактивни игри, спортни празници, дидактични игри, презентации, видеопокази, състезания, походи и други. Съвместни инициативи със спортни и туристически клубове: спортни състезания, маратон, игри със състезателен характер, туристически походи. Проведени са обучителни курсове, семинари, лекции „Как да растем здрави и силни“, „Движението и моето здраве“ и др.; традиционни спортни кампании „Движи се и победи“ – спортно-туристически празник за подобряване и укрепване на здравето на населението и др.

За повишаване на нивото на информираност, обучение и включване на населението до 19 г. в дейности на програмата по фактор «Физическа активност» е извършено следното: Организираны и проведени са 39 кампании, отбелязани са 27 световни, международни и тематични дни, празници и 61 други масови прояви. Излъчени са: 23 ТВ предавания, 39 радиопредавания, 325 аудио и видеоклипове, видеопокази, 13

¹⁶Physical-activity, WHO 2018, www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/

¹⁷ Евробарометър, 2017, Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity

<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82433>

други медийни изяви; публикувани са 44 материала в местни и централни ежедневници, 165 в интернет; организирани са 4 пресконференции; изнесени са 465 лекции и беседи (с 10211 участници); проведени са 121 тренинга (с 1328 участници), 218 дискусии (с 2912 участници); 73 индивидуални обучения и консултации. Проведени са 3 проучвания с 1879 участници. Разработени и отпечатани са 14 здравнообразователни материала, с тираж 4943. Разпространени са 10114 материала (методични помагала, дигитални, плакати, стикери, календари и др.)

За повишаване на нивото на информираност, обучение и включване на населението над 20 г. в дейности по програмата по фактор «Физическа активност» е извършено следното: организирани и проведени са 20 кампании, отбелязани са 20 тематични, световни и международни дни, празници и 15 други масови прояви. Излъчени са: 21 ТВ предавания, 26 радиопредавания, 13 видеопокази и 9 други медийни изяви; публикувани са 51 материала в местни и централни ежедневници, 68 в интернет; организирани са 2 пресконференции, изнесени са 143 лекции и беседи (с 2113 участници); проведени са 28 семинара (с 312 участници), 108 дискусии (с 1601 участници), 1 тренинг (с 8 участници); извършени са 36 индивидуални обучения и консултации. Разработен и отпечатан е 1 здравнообразователен материал, с тираж 405. Разпространени са 2947 материала (методични помагала, дигитални, плакати, стикери, календари и др.)

• **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 2010 г. до 2018 г. употребата на тези основни за българския модел на хранене продукти е намаляла с 23%. Подобна е и тенденцията при консумирането на картофи в същия период, като се наблюдава 14,7% спад. Потреблението на пресни и замразени плодове има обща тенденция за нарастване до 2018 г., с известни нива на спад през някои години, но относително константно ниво на консумация. Потреблението на пресни и замразени зеленчуци има тенденция за нарастване от 2010 г. до 2013 г., когато е отчетено най-високото ниво, след което се наблюдава намаляване на консумацията на зеленчуци с 2,3 % за периода 2014-2018 г. Средно дневното потребление на плодове и зеленчуци общо е 330 гр. на лице през 2018 г. и не достига препоръчителните нива за дневен прием от 400 гр. През периода 2010–2017 г. се наблюдава относително запазване на нивото на потребление на месо, но с промяна в структурата на отделните видове месо. През 2018 г. среднодневната консумация на месо на лице е 94 гр. като се наблюдава покачване на потреблението на месо с 4,5 % в сравнение с 2010 г. През 2018 г. се отчита най-високо ниво на консумиране на свинско месо в сравнение с предходните години, а консумацията на други видове месо - от едър рогат добитък, агнешко, ярешко и домашни птици се запазва. Нивото на потребление на обработено месо и колбаси е относително стабилно в периода 2010-2018 г., като през 2018 г. е 13,6 кг средно годишно на лице от домакинство или 37,3 гр. на ден. При потреблението на риба и рибни продукти се наблюдава най-ниско ниво на консумация през 2017 г. – 4,9 кг годишно на лице, като през 2018 г. има леко покачване на потреблението – 5,2 кг годишно или 14,3 гр. на ден на лице от домакинството, но препоръчаните нива за дневна консумация от 30 гр. не са достигнати. За периода 2010-2018 г. се наблюдава постепенен спад на потреблението на прясно мляко, като през 2018 г. то се равнява на 16,8 л годишно на лице от домакинство и това е най-ниската стойност отчетена за периода. През 2018 г. е установено най-ниско ниво на потребление на бобови храни за сметка на употребата на зрял фасул - 4 кг годишно на лице, като през 2010 г. се

наблюдава най-високото ниво на потребление - 4,9 кг., потреблението на леща остава относително без промени в периода 2010-2018 г.

В периода от 2011 г. до 2018 г. се наблюдава тенденция за понижаване употребата на добавени мазнини. През 2018 г. потреблението на олио е с 16,1 % по-ниско в сравнение с 2011 г., когато е отчетена най-висока стойност. След 2011 г. не се употребява свинска мас в ежедневието. Потреблението на маргарин отбелязва постепенен спад през периода 2010-2018 г., като през 2018 г. е установена най-ниската консумация – 0,9 кг годишно на домакинство, което е 2 пъти по-малко от потреблението през 2010 г.

През периода 2010-2018 г. се наблюдава обща тенденция за намаление на употребата на захар средно дневно на лице от домакинство, с изключение на 2016 г., когато се наблюдава незначително увеличение на консумацията спрямо 2015 г. През 2018 г. консумацията на захар е намалена спрямо 2010 г. с 18,8 %. Запазва се тенденцията за увеличение потреблението на захарни и шоколадови изделия и за посочения период нарастването е съответно с 21% и 36%.

Употребата на безалкохолни и алкохолни напитки се увеличава през периода от 2010 г. до 2018 г., като през 2018 г. се наблюдава потребление на безалкохолни напитки с 31% по-високо спрямо 2010 г. Потреблението на алкохолни напитки показва тенденция за увеличаване, като това е за сметка предимно на потреблението на бира, което се е увеличило с 1,4 пъти през 2018 г. спрямо 2010 г.

През 2018 г. се наблюдава положителна тенденция в модела на потребление на някои храни - намаляване консумацията на тестени изделия, картофи, добавени мазнини. Наблюдава се леко увеличение в консумацията на риба за 2018 г., но все още не се достигат препоръчаните нива от 30 г на лице от населението дневно. Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на захарни и шоколадови изделия, на безалкохолни и алкохолни напитки (бира) и намаляване консумацията на мляко, бобови храни. Средно дневното потребление на плодове и зеленчуци не достига препоръчителните нива за дневен прием от 400 гр. плодове и зеленчуци.

През 2018 г. е актуализирана Наредба № 6 за здравословно хранене на деца от 3 до 7 години, която премина обществено обсъждане и предстои да бъде публикувана. Разработен е Сборник рецепти и ръководство за здравословно хранене на деца от 3 до 7 години, който отразява промените в наредбата, утвърден е от МЗ за прилагане на принципите на здравословно хранене в детските градини, предстои публикуването му.

Във връзка с приоритет на Българското председателство на Съвета на Европейския съюз в сектор „Здравеопазване“ - здравословно хранене при деца е проведена конференция по проблема с участие на представители на държавите-членки и заинтересовани страни. Разработен на български и английски език е видеофилм „Децата са нашето бъдеще“, който е разпространяван по време на председателството в България и при заседания на европейските структури. Филмът е предоставен на РЗИ за промоция на здравословно хранене при децата. Подготвени и приети от Съвета на Европейския съюз по заетост, социална политика, здравеопазване и потребителски въпроси (EPSCO), формат „Здравеопазване“ са Заключения на Съвета „Здравословното хранене при децата: здраво бъдеще за Европа.“ Темата за храненето и храните е обвързана с дебата за бъдещето на здравеопазването на ниво ЕС. С приемане на Заключенията министрите на здравеопазването поставят акцент върху опазване на здравето на младото поколение, което е най-добрата инвестиция в бъдещето на конкурентоспособна Европа и за постигането на Целите за устойчиво развитие на ООН и целите на СЗО за справяне с незаразните хронични заболявания.

В рамките на Европейска инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца е проведено проучване на хранителен прием, хранителен статус, фактори на семейната и училищна среда при национално представителна извадка от 3500 деца на 7-годишна възраст. Извършва се обработка на данните, резултатите ще очертаят тенденции

по отношение на антропометричния статус на децата и рисковите фактори, свързани с наднорменото тегло при тях.

- **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)¹⁸, 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. (4,0%). Подобна тенденция е регистрирана и по отношение на употребата на наркотични вещества през последния месец. 2,6% (около 97 203 – 143 490 лица) от населението на възраст 15-64 години са имали поне една употреба на някакво наркотично вещество, което затвърждава 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 канабис – 8,3 % (около 342 526 – 425 843 лица) от анкетираните са го опитали поне веднъж в живота си. Хероинът все още е най-силно свързаният с проблемна употреба наркотик, но с тенденция към спадане на неговата употреба. 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).

26,2% от учениците от 9-ти до 12-ти клас и 25,2% от студентите поне веднъж някога в живота си са пробвали някакво наркотично вещество.

- **употреба на нови психоактивни вещества**

Според Националното представително проучване сред младите хора (на възраст 20-34 години) в България¹⁹ 94,2% от анкетираните посочват, че не са употребявали нови (т.нар. „дизайнерски“) наркотици, като 66,9% от тях споделят, че дори не са чували за тях. Едва 1,9% от анкетираните посочват, че са употребили такива вещества, като това става най-вече под формата на растителна смес за пушене и прах.

Според Националното представително проучване сред учениците (IX-XII клас) в България²⁰ 3,6% от анкетираните споделят, 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, прах и кристали.

¹⁸ Проучването е реализирано ноември-декември 2016 г. по поръчка и с методологическата подкрепа на Национален фокусен център за наркотици и наркомании от „Сова 5“ АД сред 4000 лица на възраст 15-64г.

¹⁹ Проучването е реализирано ноември-декември 2017 г. по поръчка и с методологическата подкрепа на Национален фокусен център за наркотици и наркомании от „ЕСТАТ“ ООД сред 3334 лица на възраст 20-34 г.

²⁰ Проучването е реализирано ноември-декември 2017 г. по поръчка и с методологическата подкрепа на Национален фокусен център за наркотици и наркомании от „ЕСТАТ“ ООД сред 3700 ученици от 47 училища (189 паралелки) в IX-XII клас на територията на страната.

Според Националното представително проучване сред студентите в България²¹ 1,7% от анкетираните споделят, че някога в живота си са ги употребявали, а 0,4% от тях посочват употреба през последните 12 месеца. С ежедневна или почти ежедневна употреба на нови наркотици са 0,2% от тях. Студентите най-често употребяват нови наркотици под формата на растителна смес за пушене и прах.

- 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 31 244 лица с високорискова употреба на наркотични вещества в България. Прилагайки интервал на доверителност 95% можем да очертаем по-широк диапазон на оценката – между 19 500 и 43 000 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 4,21 и 9,29 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

За 2018 г. са извършени 5 проверки на производители, притежаващи лицензи за дейности с наркотични вещества, издадени по реда на ЗКНВП.

Контролът на търговията на едро и дребно с лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества се извършва от инспекторите по наркотични вещества в 28-те Регионални здравни инспекции (РЗИ).

Отдел "НВС" в дирекция "ЛП" координира и ръководи методически дейността им, като извършва проверки на дейността на инспекторите по наркотични вещества в РЗИ и организира и провежда семинари за подобряване на координацията и методическо ръководство. През месец октомври 2018 г. е проведен семинар с инспекторите по наркотични вещества в 28-те РЗИ, посетени са 3 РЗИ за оказване на методическо ръководство на дейността на инспекторите.

Изготвяне на лицензи, разрешения и разрешителни по реда на ЗКНВП.

- издадени 272 бр. лицензи за дейности с наркотични вещества и лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества и 235 бр. заповеди за прекратяване на лицензи;

- издадени 1165 бр. разрешения и разрешителни за дейности с наркотични вещества и лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества;

- издадени 19 бр. заповеди за унищожаване на наркотични вещества и лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества, станали негодни за употреба.

²¹ Проучването е реализирано ноември-декември 2018 г. по поръчка и с методологическата подкрепа на Национален фокусен център за наркотици и наркомании от „Сова 5“ АД сред 4050 студенти (3270 записали бакалавърска степен и 780 записали магистърска степен) в България.

В изпълнение на международните договори, по които Република България е страна са изготвени: 8 бр. тримесечни статистически отчети за внос и износ на наркотични вещества; 2 бр. годишни статистически отчети за 2018 г.; 2 бр. годишни планови оценки (квоти) за количествата наркотични вещества, необходими за 2019 г. и са изпратени в нормативно определения срок до Международния съвет за контрол на наркотиците на ООН.

През 2018 г. са открити 311 нови случаи на заразени с ХИВ-инфекция при изследвани около 324 000 лица в общата популация. Това е най-високото ниво на регистрирани брой случаи за едногодишен период. С тях официално регистрираните лица с положителен ХИВ статус в края на 2018 г. са 3026.

По данни на Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) относителният дял на разпространение на нови случаи на ХИВ в България (2,7-3,4 лица на 100 000 души от населението) през последните години е близо 2 пъти по-висок в сравнение с този в страните от Европейски съюз или Европейска икономическа зона.

Запазва се тенденцията броят на новорегистрираните мъже да е над седем пъти по-голям от броя на жените. Приблизително 90% от новорегистрираните с ХИВ-инфекция в България през 2018 г. са инфектирани по сексуален път, като в този случай преобладава групата мъжете, правещи секс с мъже.

Важно е да се отбележи, че делът (около 11-13%) на ХИВ-позитивните, които са се заразили чрез инжекционна употреба на наркотици (ИУН) се запазва през последните години.²²

В същото време се наблюдава увеличаване на броя на смъртните случаи, свързани с употреба на наркотици. Според Национален статистически институт през 2018 г. са регистрирани 24 такива смъртни случая в страната, при 18 през 2017 г. и 15 през 2014 г.

3.2. Държавен здравен контрол

През 2018 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;

²² За повече информация: Годишен доклад по проблемите, свързани с наркотиците и наркоманиите 2019 г., НФЦ, С.

- 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 обществото 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 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;
- 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 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 и лечение на ротавирусните гастроентерити в детска възраст.

• **Контрол на обекти с обществено предназначение**

През 2018 г. общият брой на извършени проверки в обекти с обществено предназначение от органите на държавния здравен контрол в страната е 156 463 броя при планирани 144 000 броя проверки. Като увеличения брой проверки се дължи на регистрираните през 2017 г. нови обекти с обществено предназначение, както и възлагането на допълнителни дейности и задачи.

Извършени са 292 проверки на обекти за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, 10 851 проверки на обекти за търговия с бутилирани натурални минерални изворни и трапезни води.

Извършени са допълнително 46 778 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 116 443 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 2 886 седмични справки и бюлетини по проблемите на заразните болести, които своевременно са публикувани на официалните интернет страници на МЗ, РЗИ и НЦЗПБ. Проведени са 33 895 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 2018 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 80 785 броя спрямо 88 274 броя през 2017 г., включително за наличие на опасни стоки на пазара.

Издадени са 419 разрешения за пускане на пазара на биоциди, 43 здравни сертификата за износ на продукти и стоки със значение за здравето на човека и 36 сертификата и балнеологични оценки за минерална вода от конкретно водовземно съоръжение.

Извършени лабораторни анализи

През 2018 г. общият брой на извършените лабораторни анализи от органите на държавния здравен контрол на питейни води е 311 937, на води за къпане – 1 897, на минерални води – 7 544, на води в плувни басейни - 47 188, както и собствени измервания на атмосферен въздух 32 906, на шум и вибрации 8 831, на електромагнитни полета - 10 141 и на осветеност, микроклимат, прах и др. – 21 021.

Извършени са 6 902 анализа на козметични продукти, 16 372 анализа на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води и 3 388 анализа на химични вещества и смеси.

Извършени са общо 847 890 броя микробиологични, вирусологични, паразитологични и серологични анализа на биологични материали, като при 13 091 от тях са извършени и референтни лабораторни изследвания.

Във връзка с наблюдавания през последните години увеличен миграционен натиск в Република България и през 2018 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:

- 361 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;

- 10 067 броя микробиологични, паразитологични и вирусологични изследвания на настанени в центрове лица;

- 156 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.)**

През 2015 г. е създаден Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания и правила за работа на Съвета. През 2018 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 лекари по дентална медицина и родители и деца. 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 12 871 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 началото на месец декември 2018 г. бе проведен национален форум за отчитане изпълнението на Програмата за 2018 г.

• **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 2018 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 и които са със значим здравен ефект. Целевите групи на програмата са деца, бременни и родилки без оглед техния здравноосигурителен статус. 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 2018 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.

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. В периода 01.01.-31.12.2018 г. са извършени общо 54 153 изследвания, което представлява 87.07 % от всички живородени деца в страната. С оглед данните, които сочат, че през 2015 г. са обхванати едва 42,37% от живородените, през 2016 г. – 79.67 %, а през 2017 г. – 87 % може да се отбележи, че по отношение на обхвата на скрининга се наблюдава трайна тенденция за увеличение. При 1% 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. През 2018 г. са отчетени 7 569 медицински консултации и 273 домашни посещения на деца с увреждания и недоносени деца, като се наблюдава малък спад в сравнение с 2017 г., когато са отчетени 7881 медицински консултации и 371 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. През годината са изготвени 1792 медико-социални планове.

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 2018 г. няма значителни промени в броя на изследваните бременни - изследвани са 19 527 бременни, при 19 166 през 2017 г. Увеличението на броя изследвания се дължи на увеличеното финансиране за тази дейност, благодарение на което повече бременни могат да извършат необходимите изследвания чрез програмата.

Националната програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г. 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.

През 2018 г. беше изготвен и Отчет за изпълнение на Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху българското население 2013-2017 г.:

Република България, завършва един цикъл на първата си национална програма за редуциране на облъчването от радон на българското население. Обстоятелство, което ни дава преднина пред страни като Румъния и Гърция, които в момента изготвят техните първи програми.

В изпълнение на първата програма, въпреки не пълното финансиране на дейностите, Република България проведе първото систематизирано национално проучване на годишната обемна активност на радон на цялата територия, което ще послужи като основа за следващите действия в областта на разработването и провеждането на държавната политика по намаляване на риска от облъчване от радон.

В изпълнение на предвидените дейности и задачи в Националната програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху българското население 2013-2017 г. бяха подготвени информационни материали и се проведе редица кампании за повишаване на информираността на населението, за въздействието на радона като естествен източник на йонизиращо лъчение.

Една от основните цели на програмата беше разработване на националното законодателство в областта на радон, която е практически изпълнена. Практически готова и изпратена за нотификация в Европейската комисия е Наредбата за техническите изисквания към сградите за защита от радон. С приемането на тази техническа наредба се очакват следните резултати: Изпълнение на конкретните разпоредби от директива 2013/59/ЕС, отнасящи се до облъчване от радон в закрити помещения; подпомагане на проектантите, консултантите, строителите и възложителите с ясни технически изисквания и правила за изпълнение на технически мерки за превенция и защита на българското население от облъчване с радон в закрити помещения; подпомагане осведомеността на гражданите за нивата на потенциална вероятност от проникване на радон, при които е необходимо да се предприемат превантивни или коригиращи технически мерки в сградите; подпомагане на публичните възложители – общински и държавни администрации при определяне на техническите изисквания за възлагане на обществени поръчки по реда на Закона за обществените поръчки; принос в изпълнение на националната политика за намаляване на риска от облъчване от радон.

Резултатите от проведеното национално проучване бяха обобщени, обработени и предоставени според изискванията на групата за Мониторинг на околната среда (REM) на Съвместния изследователски център (JRC) на Европейската комисия. Съгласно Договора за Евратом за събиране и предоставяне на информация за нивата на радиоактивност в околната среда, с данните предоставени от държавите-членки се публикува атлас на Европа. Публикуването на данните в атласа на Европа е доказателство за успешно изпълнение на една от основните задачи по Националната програма за намаляване на въздействието на радон в сгради върху българското население 2013-2017 г.

Въз основа на получените данни от проведените национални проучвания беше оценен процента жилища над референтното ниво от 300 Bq/m³ за всяка област, като той варира от 0,6 % за област Бургас до 17,5 % за област Ямбол. В 61 % от областите в България очаквания процент на жилищата над референтната стойност от 300 Bq/m³ е по

малък от 5 %, в 28 % от областите е над 5 %, а в 11 % или в 3 от областите този процент е над 10 %.

С представения отчет за изпълнение на Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху българското население 2013-2017 г. бяха изпълнени и изискванията на Международни основни норми за радиационна защита от 2011 г. на Международна агенция по атомна енергия (IAEA Safety Standards Series No. GSR Part 3), и по-специално Изискване 50: „Правителството предоставя информация за нивата на радона в затворени помещения и за риска за здравето, и разработва и прилага план за действие по контрола на облъчването на населението от радон”, с които е регламентирано, че облъчването от радон в жилища е включено в общата система за радиационна защита на населението.

Постигането на целите беше възможно благодарение на координираното взаимодействие на различните ведомства и организации, от чиято компетентност беше изпълнението на предвидените оперативни цели посочени в Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху българското население 2013-2017 г.

Проектът на Отчет за изпълнение на Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху българското население 2013-2017 г. е изготвен от членовете на Националния координационен съвет, който включва представители на Министерството на здравеопазването, Националния център по радиобиология и радиационна защита, Министерство на регионалното развитие и благоустройството, Министерство на околната среда и водите, Изпълнителна агенция по околна среда, Министерство на финансите, Министерство на труда и социалната политика, Министерство на образованието и науката, Агенцията за ядрено регулиране, Камара на архитектите в България, Камара на инженерите в инвестиционното проектиране и Камара на строителите в България.

• **Национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон, 2018-2022 г.**

С Решение № 55 от 01.02.2018 г. на Министерския съвет е приета Стратегия за намаляване на риска от облъчване от радон 2018-2027 г. и Национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018-2022 г. с който да бъдат продължени дейностите започнати с Национална програма за намаляване на въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г., като се разширява обхвата на дейностите предвид новите изисквания на Директива 2013/59/Евратом на Съвета от 5 декември 2013 година за определяне на основни норми на безопасност за защита срещу опасностите, произтичащи от излагане на йонизиращо лъчение и за отмяна на директиви 89/618/Евратом, 90/641/Евратом, 96/29/Евратом, 97/43/Евратом и 2003/122/Евратом.

Със Заповед № РД-02-110 от 14.05.2018 г. на министъра на здравеопазването е създаден на Национален координационен съвет с участието на всички заинтересовани ведомства (МЗ, МРРБ, МТСП, МФ, МОН, НЦРРЗ, АЯР, ИАОС, представители на КАБ, КИИП, КСБ и др.) имащи отговорности за изпълнение на политиката по намаляване на облъчването от радон и е утвърден правилник за работата му.

Със заповеди на директорите на регионалните здравни инспекции бяха създадени и Областни координационни съвети с участието на всички заинтересовани териториални администрации.

Бяха разработени и приети процедури за извършване на проучвания в жилищни и обществени сгради, както и проект на процедура за провеждане на проучване на работни места, като се създаде и организация и за стартиране на пилотни проучвания за верифициране на приетите процедури и за разработване на процедурите за измерване на радон на работни места.

• **Единен многогодишен национален контролен план за храни, фуражи, здравеопазване на животните, хуманно отношение към тях и защита на растенията на Република България**

Дейността на Министерство на здравеопазването, чрез 28-те регионални здравни инспекции (РЗИ), е свързана с изпълнение на разписаните в законодателството дейности, с методическо ръководство, организация и координация при осъществяването на ефективен контрол на храните и в съответствие с Указание за планиране на дейността на РЗИ в областта на официалния контрол на обекти за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води

Официалният контрол върху обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води е провеждан с цел да се провери степента на съответствие с нормативните изисквания, относно въвеждането на системи за вътрешен контрол на извършваните дейности с храни и относно правилата за добрите хигиенни и производствени практики, с насоченост към безопасността на храните. При проверките е отчитан начинът на прилагане, поддържане и актуализация от производителите на установената от тях система за управление на безопасността на храните или система за анализ на опасностите и критичните контролни точки. Контролът върху тези обекти включва и проверка за изпълнение на изискванията за въвеждане на системи и процедури за осигуряване на данни за проследимостта на храните, в съответствие с действащото законодателство.

Честотата на инспекциите в обектите за производство на бутилирани води, планирана на база оценката на риска на обектите е не по-малко от 4 пъти годишно и съобразно поставените приоритети в ЕМНКП.

Най-честите несъответствия в обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води могат да бъдат класифицирани в следните групи, съобразно обобщените резултати от извършения официален контрол:

- нарушение на законодателството по отношение етикетването и представянето на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води;
- неспазване на принципите на добрите производствени и хигиенни практики;
- установени отклонения по микробиологични показатели;
- установени отклонения по физико-химични показатели.

Установените несъответствия са предимно в обекти за производство на бутилирани натурални минерални води, чийто дял спрямо другите обекти за производство на бутилирани изворни и трапезни води е значително по-голям. Повечето установени несъответствия са незначителни и случайни, като не се установяват тенденции относно тяхната системност на възникване.

Общата констатация е, че установените несъответствия в обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, както и в предлаганите в търговската мрежа бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води не са създали непосредствен и сериозен риск за здравето на потребителите. В резултат на предприетите адекватни мерки за отстраняване на констатираните отклонения, рискът е сведен до минимум.

• **Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите 2012-2020 г., приоритет „Здравеопазване“**

В изпълнение на заложените в Стратегията цели за осигуряване на равенство в достъпа до здравни услуги на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства по оперативна цел „Осигуряване на равенство в достъпа до качествени здравни услуги и превантивни програми“ през 2018 г., с 21 броя мобилни кабинети са извършени 13 458 прегледи и 4 518 изследвания в 13 области на страната (Благоевград, Бургас, Варна, Враца, Добрич, Монтана, Пазарджик, Плевен, Разград, Силистра, Сливен, Софийска област и Хасково), както следва: с мобилните кабинети за

обща практика са прегледани 1 850 деца, от тях 283 деца с непълен имунизационен статус са ваксинирани по задължителния имунизационен календар; на 1 506 лица са проведени 5 750 лабораторни изследвания; 1 122 флуорографски прегледи; 2 346 гинекологични прегледи; 1 755 педиатрични прегледи; 1084 мамографски прегледи и 1 118 ехографски прегледи.

Провеждането на прегледите в определените райони е предшествано или съпътствано от разяснителни кампании за значението на профилактичните прегледи сред ромското население, както следва: по темите са проведени 230 обучения с над 3 280 лица; 45 дискусии с 5 300 лица; 980 беседи и лекции, като са обхванати 8 900 лица; проведени са 210 разяснителни кампании, в които са обхванати над 5 800 лица; реализирани са 430 прожекции на филми и клипове на здравна тематика; 130 презентации; раздадени са 14 500 здравно-информационни материали; проведени са 450 индивидуални консултации; 85 радио- и телевизионни предавания; 35 публикации в интернет и 75 публикации в пресата.

През 2018 г. съгласно утвърдена план-сметка от министъра на здравеопазването са разпределени средства в размер на 6 900 лв. за поемане на финансов разход за осигуряване на общезитие за 25 нови здравни медиатори. За новите здравни медиатори от Сдружение „Национална мрежа на здравните медиатори“ е организирано 14-дневно въвеждащо обучение, проведено в Медицински университет, гр. София. През 2018 г. общият брой на здравните медиатори е 230, разпределени в 115 целеви общини. По Националната стратегия на Република България за интегриране на ромите общо са изразходени средства в размер на 237 500 лв.

• **Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ)** През 2018 г., във връзка с управлението и координирането на дейностите по програмата, са проведени: *Две заседания на Националния програмен съвет (НПС)* – във връзка с актуализацията на програмата и обсъждане на дейностите, залегнали в утвърдената план-сметка за годината; *Две работни срещи с представители на МЗ, НЦОЗА и РЗИ*, свързани с разработването на система за отчитане, обратна връзка и контрол по изпълнението на дейностите по програмата на централно и областно ниво и във връзка с изпълнението на дейностите по организирането и провеждането на популационен скрининг на онкологични заболявания, изготвен на база въведения пилотен модел за скрининг на три вида ракови заболявания, в рамките на проект BG051PO001-5.3.02-001-C0001 “СПРИ и се прегледай” (дейност по т. 2.1.3, т. 2.2.3 и т. 2.3.3 от раздел III от Работната програма, приложение № 1 към Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г.); *Национална работна среща, проведена на 9.11.2018 г.* в Националния център по обществено здраве и анализи, във връзка с изпълнението на дейностите по програмата. Срещата е организирана съвместно с Министерство на здравеопазването, с участието на националните и регионални координатори на програмата. На нея са представени: отчет на извършените през годината дейности, насочени към превенцията на четирите основни поведенчески фактора на риска за здравето – тютюнопушене, алкохол, нездравословно хранене и ниска физическа активност, а също и за ранна диагностика на водещите ХНБ; анализ на политиките, стратегиите и добрите практики за превенция на хроничните незаразни болести; основни етапи при планиране и осъществяване на здравни комуникационни кампании; добри практики, реализирани на регионално ниво; проблеми, свързани с развитието на програмата и възможностите за тяхното преодоляване. През годината са проведени и редица работни срещи на областните програмни съвети по текущи въпроси и дейности на програмата.

През отчетният период в страната са реализирани значителен брой дейности по промоция на здраве и профилактика на болестите, 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. Организиран и проведен са 165 кампании, отбелязани са 121 световни, международни и тематични дни, празници и 297 други масови прояви. Излъчени са: 168 ТВ предавания, 178 радиопредавания, 1651 аудио и видеоклипове, видеопокази, 161 други медийни изяви; публикувани са 255 материала в местни и централни ежедневници, 776 в интернет; организирани са 7 пресконференции с журналисти; изнесени са 2299 лекции и беседи (с 53093 участници); 890 дискусии (с 15011 участници); проведени са 3 обучителни курса (със 120 участници), 112 семинара (с 2507 участници); 564 тренинги (с 10480 участници); 1187 индивидуални обучения и консултации. Проведени са 12 проучвания (с 6629 участници). Разработени и отпечатани са 31 здравнообразователни материала, с тираж 166504. Разпространени са 209208 материала (методични помагала, дигитални, плакати, стикери, календари и др.)

Продължава дейността на конкурса *«Посланици на здравето»*, който се реализира в рамките на програмата. Инициативата се организира за десета поредна година от Министерството на здравеопазването, с партньорството на Министерството на образованието и науката, Министерството на младежта и спорта, Министерството на културата, Министерство на околната среда и водите, както и със съдействието на Представителството на Европейската комисия в България. През 2018 г. са се включили рекорден брой ученици - над 5 500 от I-ви до XII-ти клас от цялата страна, заедно с техните учители и родители. По програмата „Посланици на здравето” са проведени 12 000 дебати и дискусии, 7500 спортни прояви и 4500 туристически походи. Почистени са над 3 500 замърсени района в цялата страна и са разработени 85 интернет-сайта и електронни книги за здравословен начин на живот. От всички 102 ученически проекта са отличени 65.

Активна продължава да бъде дейността на разкритите в училищата и извън тях *центрове и клубове*: Клуб на непушача; клуб «SOS приятели»; клуб «Здраве за всички»; клуб «Здраве»; Дневен център за работа с деца и др. Продължава успешно работата на клуб «Посланици на здравето», в който обучените ученици се явяват посредници между своите връстници, медицинските специалисти и педагозите в реализация на дейностите по програмата за здравословен начин на живот.

Извършената дейност сред населението над 20 г., по четирите фактора на риска през годината, също е значителна. Организиран и проведен са 122 кампании, посветени на контрола на хроничните незаразни болести и факторите на риска за тях, свързани с начина на живот на населението, отбелязани са 114 тематични, световни и международни дни, празници и 116 други масови прояви. Излъчени са: 146 ТВ предавания, 148 радиопредавания, 159 видеоклипове и видеопокази, 157 медийни изяви; публикувани са 262 материала в местни и централни ежедневници, в интернет - 431; организирани са 9 пресконференции с журналисти; проведени са 9 обучителни курсове, изнесени са 791 лекции и беседи (с 11782 участници); проведени са 171 семинари (с 2656 участници), 595 дискусии (с 7935 участници), 21 тренинги (с 365 участници); извършени са 4224 индивидуални обучения и консултации. Проведени са 10 проучвания (с 3098 участници). Разработени и отпечатани са 9 здравнообразователни материала, с тираж 189558. Разпространени са 172319 материала (методични помагала, дигитални, плакати, стикери, календари и др.)

Здравнообразователната дейност на *високорисково ниво* е насочена към лицата, носители на фактори на риска за ХНБ - нездравословно хранене, ниска физическа

активност, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, както и към тези, прекарвали мозъчен инсулт, страдащи от диабет, сърдечносъдови, белодробни, онкологични и други заболявания.

Продължава работата в *кабинетите за отказване от тютюнопушенето*. На преминалите през кабинетите пациенти е оказана консултативна помощ за отказване от тютюнопушене. Извършени са функционални изследвания на дишането (спирометрия); измервания на артериалното налягане; раздадени са здравнообразователни материали за ползата от спиране на цигарите и вредата от тютюнопушене, справяне с абстинентните симптоми и стреса, здравословно хранене, полза от движението и др. Пациентите са информирани за възможностите от безплатни профилактични прегледи и консултации в пневмофтизиатричните диспансери. Дейността на кабинетите за отказване от тютюнопушене е популяризирана сред населението чрез: изготвяне и разпространение на афиши, дигитални, излъчване на реклама на кабинета и др. Практиката за позициониране на кабинетите извън РЗИ, която се провежда от няколко години, е удачна. Общо през 2018 г. са консултирани 4968 лица. Проблем остава обратната връзка с тях за установяване на ефективността от проведените консултации.

Продължава работата и на разкритите в някои общини *кабинети за измерване на артериално налягане, тегло и ръст*. Безплатно измерване се извършва и в някои аптеки, читалища и пенсионерски клубове. Добра практика са и действащите клубове, като «Клуб на непушачите», «Клуб на хора със здравословни проблеми», «Клуб на работодателите, подкрепящи работна среда без тютюнев дим», на преболедувалите от ИМ, МСБ и други хронични болести. Извършва се здравнообразователната дейност и извън рамките на програмата, насочена към някои специфични групи от населението: бременни жени, хора в неравностойно положение, инвалиди и други.

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 6 обучителни курса и 5 семинара с 258 участници и 72 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 6 обучителни курса и 93 семинара, с общо 2810 медицински специалисти. Извършени са 1227 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 31 индивидуални обучения и консултации, 21 семинари и курсове с 319 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 27 обучителни курса и семинара с 675 участници и 1222 индивидуални обучения и консултации. Добра практика се оказа организираният от НЦОЗА и Националната асоциация „Подкрепа за кърмене“ обучителен семинар „Изграждане на капацитет и повишаване на компетентността на доброволни консултанти по кърмене към НАПК за консултиране и подкрепа в сферата на кърменето“.

За обучение на населението, медицинските и немедицински специалисти и партньори, експерти на НЦОЗА са разработили и разпространили *две ръководства*: „Ръководство за добра практика на медицинските специалисти за ограничаване на злоупотребата с алкохол“ и „Здравни комуникационни кампании - основни етапи при планиране и осъществяване“ и над 20 *презентации*, насочени към превенция на факторите на риска за ХНБ.

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 организираниите 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.

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 2018 г. са разработени и публикувани актуализираните „Физиологични норми за хранене на населението в България“, публикувани ДВ бр.11/2018 г.; Подготвена и изпратена за съгласуване в МЗ е актуализираната Наредба №6 за здравословно хранене на деца от 3 до 7 години; Подготвен и изпратен за съгласуване в МЗ е „Сборник рецепти и ръководство за здравословно хранене на деца от 3 до 7 години“.

Извършени са 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 22 проучвания с 9727 обхванати лица.

В НЦОЗА е извършено проучване на приема на натрий сред населението в България на възраст 15-75 години чрез определяне екскрецията на натрий в урината: извършена е статистическа обработка на данните и анализ на получените резултати; корелации на 24-часова екскрецията на натрий в урината с ИТМ, T-test; рекодиране на стойностите на кръвното налягане в групи (нормално, високо нормално, стадий I хипертензия и стадий II хипертензия), двумерни разпределения по пол, ИТМ, екскреция на сол и прием на лекарство за високо кръвно, Fisher's Exact test; двумерни разпределения по въпроси от анкетната карта и др. Проведено е валидизационно проучване за оценка

приема на натрий чрез изследване екскреция на натрий в 24-часова урина - стартирала е статистическа обработка на данните и се извършва анализ на получените резултати. Извършена е допълнителна обработка на данни за възрастовата група над 80 г. по пол от Националното изследване на факторите на риска за здравето сред населението на Р България - дескриптивна статистика за консумацията на групи храни (в г/ден) и енергиен % от групи храни и допълнителна статистическа обработка по фактор тютюнопушене: характеристика на групите редовни/ежедневни и епизодични пушачи, като и отказалите тютюнопушенето лица по пол възраст и населено място.

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 2018/2019 г. Същите са предоставени на МЗ и областните администрации за информирание и предприемане на съответни мерки.

По отношение на дейностите, насочени към *ранното откриване на водещите ХНБ*, през 2018 г. са сключени общо 30 договори с изпълнители на болничната и извънболничната помощ от областите Русе и Ст. Загора. На профилактични прегледи за онкологични заболявания са преминали 3584 лица, от които с изследвания – 3527 лица, съответно – 3190 жени (за РМШ, РМЖ, РДПЧ) и 337 мъже (за РДПЧ). Възрастта на участвалите в скрининга варира от 18 до 86 години в зависимост от преценката на специалистите. За фамилна обремененост за РМШ съобщават – 604 лица (52.5%), за РМЖ – 684 лица (52.6%) и за РДЧ – 502 лица (44.3%). От извършените 1245 прегледи с мамография, 396 (31.8%) показват промени в структурата на млечните жлези. От 1148 прегледи с цитонамазка, 276 са с отрицателни резултати и 872 (75.9%) с изменения – възпалителни, дегенеративни, дисплазии и др. (РАР II гр. – 847; РАР III-IV-V гр. – 25), а от 1134 прегледи с тестове за окултни кръвоизливи са позитивирали 66 (5.8%) теста. От извършените 3527 профилактични прегледа с изследвания за онкологични заболявания, за допълнителни изследвания и консултации са насочени 611 лица (17.3%).

- **Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017 г. - 2020 г. (РМШ)**

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 2018 г. е изготвена план-сметка за обезпечаване на разходите и възлагателна заповед за предприемане на дейности, целящи повишаване нивото на информираност със специална насоченост към целевите групи и изпълнителите на програмата, за значимостта на РМШ и възможностите за първична профилактика чрез имунизация.

Проведени са около 12 000 бр. здравно-просветни и обучителни мероприятия, относно безопасността на ваксините и риска от заразяване с Човешки папилома вирус, предоставяни са брошури и други информационни материали, образователни филми, презентации.

По данни на Националния център по обществено здраве и анализи през 2018 г. с ваксина срещу Човешки папилома вирус при 12 годишни момичета с първи прием са обхванати 3 075, с втори прием 2 315. Обхванати са и 13 годишни момичета с първи прием 1 535, с втори прием 1 070. Заплатените от МЗ средства за осигуряване на ваксини са 545 301,57 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.**

Изготвена е план-сметка за финансовото обезпечаване на разходите за извършване на дейности по програмата за 2018 г. и възлагателна заповед до Националния център по заразни и паразитни болести за закупуване на тестове, китове и реактиви за лабораторна диагностика, закупуване на реактиви за изследвания на вектори (кърлежи, комари и флехотомии) и гризачи в ендемични региони в страната и провеждане на сероепидемиологични проучвания, командировки, събиране на проби и обучение на здравни специалисти.

В рамките на Националната програма е направено картотекиране на страната по отношение разпространението на основните предавани с кърлежи и комари инфекции. Чрез медиите е предоставена информация на обществеността за начините за предпазване от ухапване от комари (употреба на репеленти и носене на дрехи с дълги ръкави и дълги панталони), особено при възрастни и имунокомпрометирани лица, при престой на открито.

Предвид изтичане срока на изпълнение на националната програма, в периода 22-23.11.2018 г., гр. Хисаря, бе проведено заключително съвещание с участие на представители на МЗ, НЦЗПБ, РЗИ и БАБХ. Бяха отчетени постигнатите добри резултати от извършените дейности през периода на изпълнение на Националната програма за профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората в Република България 2014-2018 г., свързани с разкриваемост, диагностика, активно извършване на сероепидемиологична диагностика, репрезентативни проучвания и сероепидемиологични проучвания, осигуряване на тестове за безплатно изследване на хората.

През 2018 г. МЗ предостави 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. През 2018 г. за малария са изследвани 1 721 лица в 13 области в страната и НЦЗПБ. От изследваните лица 109 са български граждани, а 1 612 са чужди граждани. В РЗИ-Хасково са извършени 1 148 изследвания на бежанци, настанени в Транзитен център с. Пъстрогор, Хасковска област и РПЦ гр. Харманли. В СРЗИ са извършени 739 изследвания на бежанци, настанени в РПЦ – Овча купел, Враждебна и Военна рампа. През 2018 г. са регистрирани 8 случая на внесена малария, 5 при български граждани и 3 при чужди, от които 2 случая при бежанци.

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 2018 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/. За своевременно планиране и извършване на навременни дезинсекции и дезакаризации през 2019 г. преди настъпване на активния сезон на развитие и разпространение на кръвосмучещи членестоноги /насекоми и кърлежи/, Министерство на здравеопазването в края на 2018 г. обърна

внимание на институциите, имащи отношение към проблема за предприемане на действия по компетентност.

• **Национален план на Р. България за готовност за грипна пандемия, безсрочен**

През 2018 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 2018/2019 от Националната референтна лаборатория „Грип и остри респираторни заболявания“ към НЦЗПБ.

• **Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България, 2017.- 2021 г.**

Изготвена е план-сметка за 2018 г. за финансовото обезпечаване на разходите за извършване на дейности по Националната програма и възлагателна заповед до Националния център по заразни и паразитни болести за провеждане на изследвания за ротавируси на фекални проби от хоспитализирани деца от 5 годишна възраст с остър гастроентерит и провеждане на молекулярно-епидемиологични проучвания на циркулиращите ротавирусни щамове чрез RT-PCR.

Проведена е среща на Националния координационен съвет по контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити, на която бяха обсъдени основните дейности за 2018 г. Изготвена е брошура за информиране на родителите, както и две презентации за медицински специалисти, свързани с целите на програмата. С финансови средства по програмата и проведена от МЗ обществена поръчка с предмет „Издаване и разпространение на информационни и учебителни материали относно профилактиката и лечението на РГЕ – чрез печатни и електронни медии, интернет страници на пациентски организации, родители, медицински сдружения“ са отпечатани 70 000 бр. брошури за родители „Нека ги предпазим“. Брошурите са предоставени на родителите чрез регионалните координатори по програмата.

По данни на НЦОЗА, през 2018 г. в страната са приложени 41 112 дози ваксини срещу ротавирусни гастроентерити (РГЕ) на лица от целевата група от програмата.

• **Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции 2017-2020**

В изпълнение на дейностите по програмата се регистрира: задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ в страната - под 1% през 2018 г.; задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ сред младите хора на възраст 15-24 г. - под 1%.

На територията на страната функционират 13 кабинета за анонимно, безплатно доброволно консултиране и изследване за ХИВ (КАБКИС) в градовете Благоевград, Бургас, Варна, Велико Търново, Видин, Враца, Добрич, Плевен, Пловдив, Русе, София (2 кабинета), Стара Загора, Хасково. В КАБКИС са получили безплатно консултиране и изследване за ХИВ и узнали резултата си 10 911 лица, за сравнение през 2017 г. общо 10 437 лица са получили изследване за ХИВ.

Нископрагови здравни и социални услуги за СПИН са предоставени на 34 790 лица (инжекционно употребяващи наркотици; мъже, които правят секс с мъже; проституиращи; лица, лишени от свобода; бежанци/мигранти, ромска общност и др.) и са узнали своя резултат.

Броят на лицата от общото население, изследвани в здравни и лечебни заведения за ХИВ - инфекция, през 2018 г. са 335 036 лица, а през 2017 г. са 299 364.

Осигурява се адекватна и качествена диагностика на ХИВ и сексуално предавани инфекции всяка година. Диагностиката е безплатна за всеки, независимо от здравноосигурителния статус. Лечението е осигурено със средства от бюджета на

Министерство на здравеопазването като лечението е безплатно независимо от здравноосигурителния статус на пациентите.

Осигурява се и безплатна постекспозиционна профилактика (ПЕП) за медицински персонал претърпял рискова експозиция при изпълнение на служебните си задължения.

На територията на страната функционират 5 клиники/отделения за лечение на пациенти с ХИВ - инфекция, разкрити към следните лечебни заведения: СБАЛИПБ „Проф. д-р Иван Киров“, гр. София, УМБАЛ „Свети Георги“, гр. Пловдив, УМБАЛ „Проф. д-р Георги Странски“, гр. Плевен, УМБАЛ „Света Марина“, гр. Варна, УМБАЛ „Проф. д-р Ст. Киркович“, гр. Стара Загора.

Броят пациенти на съвременна антиретровирусна терапия АРТ към 30.12.2018 г. е 1519, за 2017 г. общо 1320 лица с ХИВ серопозитивни лица са регистрирани за проследяване и лечение.

Провеждат се ежегодно по четири Национални кампании, реализирани във всеки един от 28-те областни административни центрове на България - за Свети Валентин, 14 февруари; Третата неделя на м. май - Ден за съпричастност със засегнатите от ХИВ/СПИН (в общо 28 области в страната с организатор РЗИ, КАБКИС, НПО, общини, учебни заведения, младежки домове, социални институции за юноши); Първи декември – Национална АНТИСПИН кампания (в общо 28 области в страната с организатор РЗИ, КАБКИС, НПО, Общини, учебни заведения, и лятна АНТИСПИН кампания за доброволно и анонимно консултиране и изследване за ХИВ в цялата страна.

• **Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата 2017-2020**

г.

Изпълняват се показателите за намаляване на заболяемостта от туберкулоза през 2018 г. на 18,4 на 100 000 население и задържане на относителния дял на успешно лекуваните новооткрити случаи с белодробна туберкулоза с микроскопско и/или културелно изследване над 85 %. За 2016 г. успешно завършили лечение за туберкулоза са 86% от пациентите.

Функционират 29 регионални лечебни заведения, които отговарят за превенция, диагностика, лечение и контрол на туберкулозата. Функционират 2 сектора за лечение на пациентите с мултирезистентна туберкулоза.

Министерство на здравеопазването осигурява диагностикуми и консумативи за диагностика на туберкулоза за 34 микробиологични лаборатории в страната. В България са въведени и бързи тестове за диагностика на туберкулоза и рифампицин - резистентна туберкулоза (Real Time PCR тестове за бързо откриване на МТВ комплекс и резистентност към Рифампицин-GenExpert), което допринася за своевременно започване на лечението и ограничаване на разпространение на това заболяване.

От групите във висок риск са достигнати с услуги, включително образователни дейности и индивидуално консултиране, общо 22 675 клиенти.

Броят на обхванати контактни лица с химиопрофилактика през 2018 г. е 5 737 лица.

През 2018 г. са проведени 4 „Седмица на отворените врати“ - анкетираните за риска от туберкулоза са 11 751, консултирани и прегледани 6 935 лица; открити са 120 лица с туберкулоза и 359 лица с латентна туберкулозна инфекция.

През 2018 г. са проведени обучения на 290 специалисти в областта на превенцията и контрола на туберкулозата.

• **Националната програма за изпълнение на плана за действие на националната стратегия за борба с наркотиците (2014-2018 г.)**

Финансирана за 2018 г. с 152 000 лева. Средствата са изразходвани за превантивни дейности, осигуряване на 11 безплатни места за настаняване в програми за психосоциална рехабилитация („терапевтична общност“), 10 места в нерезиденциален

център за психосоциална рехабилитация и социологични проучвания в областта на наркотиците.

През 2018 г. са осъществени общо 478 дейности, включващи срещи разговори, дискусии, обучения на специалисти, кампании и други, насочени към утвърждаване на здравословен начин на живот и превенция на употреба на психоактивни вещества сред младите хора. Дейностите са реализирани от екипите на ОБСНВ и ПИЦ в 27 града в страната. Обхванати са 128 332 лица (за сравнение: през 2017 г. обхванатите лица са 114 669, а през 2016 г. – 130 000).

За изпълнение на стратегическа задача 8.2. „Подобряване координацията на административните структури, осъществяващи контрол на национално и местно ниво“, подзадача а) „Организиране на семинари за подобряване на координацията и осъществяване на методическо ръководство на дейността на инспекторите по наркотични вещества от РЗИ, осъществяващи контрола на местно ниво“ са предвидени средства в размер на 1500 лв. за организиране и провеждане на семинар с инспекторите по наркотични вещества в 28-те РЗИ. Семинарът е проведен през месец октомври.

• 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.

През отчетния период бяха сключени 2 договора с лечебни заведения за извършване на флуорографски прегледи и 25 договора с НПО за работа сред инжекционно употребяващи наркотици, лица с алкохолна зависимост, лица, лишени от свобода, бежанци и мигранти, бездомни възрастни, деца в риск и компактни ромски общности на територията на 20 области.

По ключови индикатори, чрез работа на терен сред групите в риск са отчетени следните резултати:

- 16 887 лица са скринирани за риска от туберкулоза, от които 7481 лица (44%) са оценени като съмнителни за риск от туберкулоза;
- 6 862 лица са получили медицински преглед (изследване на хрчка, проба на тест на Манту или рентгенографско изследване) с оглед ранно откриване на случаите на туберкулоза, от които са открити 97 лица с активна туберкулоза и 396 лица са с латентна туберкулозна;
- общо 22 675 клиенти са достигнати с услуги, включително образователни дейности и индивидуално консултиране;
- 3 431 лица във висок риск са насочени и/или придружени до лечебните заведения;
- 3 905 лица, лишени от свобода са скринирани за туберкулоза чрез анкета, проба на тест на Манту, рентгенологично/флуорографско изследване и/или изследване на хрчка. С туберкулоза са открити 16 лица.

През 2018 г. продължиха дейностите по провеждане на флуорографски прегледи за туберкулоза сред ромска общност и сред лицата, лишени от свобода. Изследвани са 312 лица от ромска общност и 909 лица, лишени от свобода.

3.4. Изпълнение на имунизационния календар

Дейностите по снабдяването с ваксини, тяхното правилно съхранение, прилагане и отчитане се извършва в съответствие с Наредба № 15 от 12 май 2005 г. за имунизациите

в Република България, както и според текущи разпоредби на министерството на здравеопазването, издадени в съответствие с промени в епидемичната ситуация или доставката на ваксини.

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 - таблица 29.

Таблица 29. Брой имунизирани и имунизационен обхват (%) на децата със завършена първична имунизация в България през 2014-2018 г.

Имунизация срещу	Брой имунизирани и имунизационен обхват (%) през периода 2014-2018 г.				
	2014	2015	2016	2017	2018
Туберкулоза (новородени)	62 844 (96,7)	59 970 (95,8)	60 279 (96,2)	58 593 (96,2)	55 749 (95,5)
Вирусен хепатит тип Б	57 159 (95,0)	49 756 (91,6)	60 307 (91,1)	57 801 (91,9)	45037 (85,1)
Дифтерия, тетанус, коклюш	51 727 (87,6)	58 029 (90,7)	59 271 (92,1)	58 779 (92,3)	55 282 (91,5)
Полиомиелит	51 727 (87,6)	58 029 (90,7)	59 271 (92,1)	58 779 (92,3)	55 282 (91,5)
Хемофилус инфлуенце тип б	48 845 (82,7)	55 711 (87,1)	58 824 (92,1)	58 677 (92,3)	55 165 (91,5)
Пневмококови инфекции	53 875 (91,7)	55 004 (90,4)	54 423 (90,3)	54 760 (91,3)	51 134 (89,6)
МПР (на 13 месеца)	57 167 (93,2)	56 806 (91,5)	56 935 (92,1)	59 377 (93,8)	55 521 (92,9)
(на 12 години)	54 889 (88,6)	56 932 (86,9)	57 572 (88,3)	61 739 (91,6)	58 673 (87,4)

Източник: НЦЗПБ, Анализ на имунизациите през 2018 г.

През 2018 г. имунизационният обхват на новородените с БЦЖ ваксина се запазва над 95% - 95,5%.

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 60 387 деца са подлежали на имунизация с трети прием от посочените ваксини, а 55 282 деца са имунизирани. Имунизационният обхват с трети прием ваксини срещу дифтерия, тетанус и коклюш е 91,5% (2017 г. - 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 полиомиелитна ваксина е 91,5%. Обхватът с първична имунизация срещу полиомиелит през 2018 г. (91,5) е по-нисък в сравнение с предходните две години. 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 2018 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
- комбинирана ваксина ДТКаХепБПиХИБ, с приеми според имунизационния календар на страната като първият прием от тази ваксина се прилага от 2-месечна възраст.

Първият прием от имунизацията срещу хепатит Б е извършван с моновалентна хепатит Б ваксина, независимо от това с какъв тип ваксина се продължава имунизационната схема.

Със завършена имунизационна схема през 2018 г. са средно 85,1% от подлежащите на имунизация срещу хепатит Б деца като третият прием е изпълнен или с моноваксина срещу хепатит Б, или с шесткомпонентна ваксина. Регистрираният имунизационен обхват показва спад в сравнение с предходната 2017 г. (91,9%).

Имунизационният обхват – 92,9% за първи прием (МПР1) и 87,4% за втори прием (МПР2) ваксина морбили-паротит-рубеола (МПР) през 2018 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 петгодишен период показва незадоволително ниво на имунизационен обхват с МПР1 и МПР2 за целия период. Тези резултати показват, че към момента в страната съществува реален риск от възникване на епидемично разпространение на трите заболявания, и поставя в риск поддържането на елиминация на морбили и рубеола.

През 2018 г. имунизационният обхват с три дози пневмококова конюгирана ваксина е 89,6% и е леко снижен в сравнение с предходните две години 91,3% - 2017 г. и 90,3% - 2016 г. Намален е и броят на реимунизиранията деца (88,5%) спрямо предходната година (91,8% - 2017 г. и 89,1 - 2016 г.).

Задължителната имунизация срещу Хемофилус инфлуенце тип б (ХИБ) през 2018 г. се извършва с пет- и шесткомпонентни ваксини (ДТКаПиХИБ и ДТКаХепБПиХИБ). Имунизационният обхват с три дози ХИБ ваксина се запазва нисък – 91,5% . Обхванати са 55 165 от 60 263 подлежащи на имунизация деца.

През 2018 г. се отчита снижение в показателите за имунизационен обхват при имунизации и реимунизации със задължителни ваксини, спрямо този за 2017 г., както на регионално, така и на национално ниво. Имунизациите през 2018 г. на национално ниво са изпълнени с имунизационен обхват от 85,1% (трети прием ваксина срещу хепатит Б) до 92,9% (с първи прием ваксина срещу морбили, паротит, рубеола). Най-висок е имунизационният обхват срещу туберкулоза – 95,5% имунизирани новородени бебета. Причините за по-нисък имунизационен обхват със задължителни имунизации в детска възраст са предимно от немедицински характер (административни и поведенчески) като всяка една от тях допринася за намаляването на колективния имунитет срещу конкретни ваксинопредотвратими инфекции и затруднява издирването и/или обхващането на подлежащите на имунизация лица, особено в рисковите групи от населението.

През 2018 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 сключи двугодишни договори за доставка на ваксини на обща стойност е закупило ваксини на обща стойност 60 076 844,60 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.

Предвид планирано изразходване през годината на резерва от 2017 г. с цел обновяване, договорените количества за 2018 г. са на обща стойност 19 590 988,50 лв. Ваксините са доставени в срок и периодично са предоставяни на Регионалните здравни инспекции, поради което в страната не е регистриран недостиг от даден вид ваксина.

Постигнатият имунизационен обхват в страната с основните имунизации е както следва:

Таблица 30. Постигнат имунизационен обхват

Задължителни имунизации	Обхват (%)
Срещу ТУБЕРКУЛОЗА	95,5
имунизирани новородени	
% на обхванатите	
Срещу ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС И КОКЛЮШ	91,5
получили трети прием	
% на обхванатите	
Срещу ПОЛИОМИЕЛИТ	91,5
получили трети прием	
% на обхванатите	
Срещу ХЕМОФИЛУС ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б	91,5
получили трети прием	
% на обхванатите	
Срещу ХЕПАТИТ Б	85,1
имунизирани новородени, получили трети прием	
% на обхванатите	
Срещу МОРБИЛИ, ПАРОТИТ И РУБЕОЛА	92,9
имунизирани на 13 месеца	
% на обхванатите	
Срещу ПНЕВМОКОКОВИ ИНФЕКЦИИ с конюгирана ваксина	89,6
получили трети прием	
% на обхванатите	

4. ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ

Здравната политика на Европейския съюз (ЕС) допълва националните политики на държавите-членки (ДЧ), като конкретните действия биват общи за целия ЕС законодателство и стандарти за лекарствените продукти, медицинските изделия, трансграничното предоставяне на здравно обслужване, обмяната на опит и добри практики. Здравната стратегия на ЕС е насочена към промоция и профилактика; равни възможности за добро здраве; справяне със сериозни заплахи за здравето; запазване на доброто здраве на хората и подпомагане на развитието на динамични здравни системи и нови технологии.

Основни политически приоритети в сферата на здравеопазването по време на Българското председателство на Съвета на ЕС (01.01.2018 г. – 30.06.2018 г.) бяха *здравословното хранене при децата* и *достъпът до ефективни и лекарствени продукти на достъпни цени*. Двете теми са сред водещите в дневния ред на министрите на здравеопазването на ДЧ на ЕС, като Българското председателство допринесе за тяхното надграждане. Основен акцент беше ясното послание за гарантиране водещата роля на здравето като ключова перспектива при формулирането на всички политики на ЕС.

По двете теми Българското председателство допринесе за определянето на възможни решения и добри практики, идентифициране на общи предизвикателства и дефиниране на възможни сфери на сътрудничество с оглед опазване на здравето като инвестиция за бъдещето на Европа.

По първия приоритет, „Здравословно хранене при децата“, дискусиите на политическо и експертно ниво потвърдиха разбирането, че децата и младите хора са най-уязвимата група от потребители, която същевременно гарантира благосъстоянието на всяка страна. Политиката по превенция следва да се фокусира върху здравословното хранене, да формира избора на потребителите от ранна детска възраст и да подкрепя разпространението на здравословни храни чрез сътрудничество между здравния и земеделския сектор. Сред големите успехи на Българското председателство са приетите *Заклучения на Съвета* относно здравословното хранене при децата: *Здравословно бъдеще за Европа*, обнародвани в Официален вестник на ЕС на 3.7.2018 г. Предимствата на приетия документ се изразяват в конкретните предложения за действия от страна на ДЧ в полза на децата, свързани с насърчаване на сътрудничеството между компетентните секторни институции в областта на здравеопазването, земеделието и образованието с цел създаването на рамка, насърчаваща предлагането на здравословна, устойчива и прясна храна в детските градини и училищата, насърчаването на образователни и информационни кампании, целящи да подобрят разбирането на информацията относно храните, както и маркетингови техники, по-специално в семейна, образователна и спортна среда.

В допълнение, в Националната здравна стратегия 2020 е прокламирано, че здравословното хранене е съществен фактор за превенция на риска от хронични неинфекциозни заболявания. Стратегията определя провеждането на адекватна лекарствена политика, насочена към осигуряване на качествени, ефикасни и безопасни лекарствени продукти като основен елемент от цялостната политика за подобряване на ефективността на здравната система.

По втория приоритет, „Достъп до ефективни лекарствени продукти на достъпни цени“, дискусиите на политическо и експертно ниво засегнаха въпросите, свързани с недостига на лекарствени продукти поради икономически причини, паралелен износ, постигането на баланс между натиска върху националния бюджет и осигуряването на качествени лекарствени продукти с ефективен и доказан терапевтичен ефект за всички, съобразяване с националните компетенции, свързани с реимбурсиране и ценообразуване и гарантиране на устойчивостта на здравните системи. От важно значение за България беше постигнатото общо разбиране, че всички мерки, свързани с достъпността и ефективността на лекарствените продукти следва да поставят на първо място безопасността на пациентите. Качеството на клиничните данни не трябва да бъде за сметка на ускореното издаване на разрешения за пускане на пазара. Необходима е сериозна ангажираност от страна на установените в ЕС иновативни и генерични производители, търговци и дистрибутори на лекарствени продукти и регулаторни институции да прилагат нормативната рамка на ЕС и да се ръководят от здравето на хората при взимане на бъдещи решения в тази сфера.

През 2018 г. България активно участва в дебатите на европейско ниво по приоритетни за страната ни досиета. Дискусиите по част от тях стартираха на предходен етап, но 2018 г. бе определяща за напредъка им, а по темата за колебанията при

ваксинирането на европейско и национално ниво министрите на здравеопазването на ДЧ на ЕС приеха Препоръка на Съвета за засилване на сътрудничеството в борбата срещу болести, предотвратими чрез ваксинация. Бяха проведени и множество дискусии по ключови разпоредби на Предложението за Регламент за оценка на здравните технологии, което беше публикувано от Европейската комисия през м. януари 2018 г. Република България работи приоритетно по теми, свързани с инвестициите в сферата на здравеопазването, с акцент върху електронното здравеопазване и дигитализацията на сектора. Целта бе да се конкретизират ангажиментите и да се отчете високата значимост на създаването на електронна база с пациентски данни на ниво ЕС, електронно пациентско досие, обща архитектура, каталог, стандарти, както и за инвестиции с публични средства в електронни приложения.

През 2018 г. в Министерство на здравеопазването (МЗ) постъпваха редица запитвания по линия на Организацията на обединените нации (ООН). Навременните и адекватни становища на министерството дадоха възможност за включване на България към групата страни за изготвяне на проект на резолюция на ООН за забрана на изпитването на козметични продукти върху животни. Тази резолюция ще даде възможност на държавите извън ЕС да предприемат в бъдеще мерки за забрана на изпитването на козметични продукти върху животни.

Освен това, МЗ взе участие в работата на Националният координационен механизъм по правата на човека (НКМПЧ). Същият е създаден с Решение № 796/19.12.2013 г. на Министерския съвет, като резултат от необходимостта за предприемане на конкретни стъпки към подобряване на координацията между държавните органи и независимите институции, занимаващи се с различни аспекти на правата на човека. На 13 декември 2018 г. се проведе шестото по ред редовно заседание на НКМПЧ, по време на което беше взето решение Националният план за действие по изпълнение на Резолюция 1325 да бъде финализиран в консултации с Ирландия и приет с Решение на Министерския съвет в рамките на първата половина на 2019 г.; бе одобрен Междинният преглед на изпълнението на задълженията по Универсалния периодичен преглед; предстои да се одобри при последващо съгласуване Осмият доклад по изпълнението на ангажиментите по Конвенцията за премахване на всички форми на дискриминация срещу жените.

През 2018 г. Министерство на здравеопазването внесе своя принос и за изготвянето на Шестия периодичен доклад на Република България по изпълнението на задълженията, произтичащи от Международния пакт за икономически, социални и културни права.

В допълнение, беше взето участие на ръководно ниво в 73-та сесия на Общото събрание на ООН (25-29 септември 2018 г.). Поет е ангажимент за изготвяне на план за действие за ефективно справяне и противопоставяне на сериозните заплахи, породени от световния проблем с наркотиците. Потвърдена е решимостта на членовете на Обединените нации за справяне със световния проблем с наркотиците в пълно съответствие с международно признатите норми, включително целите и принципите на хартата на ООН и Световната декларация за правата на човека с пълно зачитане на суверенитета и териториалната цялост на държавите. Поставен е акцент върху необходимостта и неотложността от създаването на международна система за контрол на наркотиците, която адекватно и навременно да отговори на опасните нововъзникващи синтетични наркотици.

МЗ отговори положително на запитването относно присъединяване като съавтори към проекта на Резолюция на Трети комитет на Общото събрание на ООН относно Укрепване и насърчаване на ефективните мерки за международното сътрудничество за даряване на органи и трансплантация с цел предотвратяването и борба срещу трафика на хора с цел отстраняване на органи и трафик на човешки органи.

При залагане на стратегическите си цели и за решаване на възникнали здравни предизвикателства, ЕС работи в тясно сътрудничество с партньори като Световната здравна организация (СЗО). През м. март 2018 г. Генералният директор на СЗО д-р Тедрос Гебрейесус посети България и проведе срещи на най-високо държавно ниво. Бяха потвърдени двустранно ангажиментите в здравния сектор за осигуряване на по-добро здраве за всички чрез сътрудничество на всички нива на Организацията. Българска делегация взе участие в 71-та Световна здравна асамблея. Основната тема за дискусиите в пленарната зала на Асамблеята беше фокусирана върху темата „Здраве за всички: ангажирайте се с универсално здравно покритие“, по която министърът на здравеопазването на Република България направи изказване от името на Съвета на ЕС. Акцент бе поставен върху универсалното здравно покритие като споделена цел на държавите-членки на СЗО в стремежа им никога да не бъде оставен на заден план и при осигуряване на равен достъп на всички до интегрирани висококачествени здравни услуги чрез устойчиви здравни системи, според нуждите на населението. България участва и в 68-та сесия на Регионалния комитет на СЗО, където се разглеждат актуалните за Регион Европа проблеми, формулират се регионалните политики, отправят се препоръки и се ръководят дейностите на Регионалния офис на СЗО за Европа.

През 2018 г. България продължи активно да изпълнява дейностите по програмните области от Двугодишно споразумение за сътрудничество между МЗ на Република България и Регионалния офис за Европа на СЗО за 2018-2019 г. в следните приоритетни категории на общественото здраве: заразни болести; незаразни болести; промоция на здраве през целия жизнен цикъл; здравни системи; подготовка, наблюдение и отговор. През 2018 г. бяха проведени обучения, семинари, срещи, конференции (у нас и в чужбина); кръгли маси; мисии (за оценка на здравната система, мониторинг по туберкулоза, АМР); осведомителни кампании и пресконференции (ваксини, АМР, туберкулоза). Издадени са дипломи и ръководства и др.

През 2018 г. МЗ успешно продължи партньорството с УНИЦЕФ в посока подкрепа за реформата на грижата за деца и деинституционализацията, укрепване на системата за закрила на детето и социална закрила, за да се реализира постепенно правото на всяко дете да живее в семейна среда (Националната стратегия „Визия за деинституционализация“). Зачитането 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 вземат предвид при вземането на всички решения, касаещи здравето на децата.

Успешно се изпълняват дейности по тестване и разпространение на иновативни услуги и интервенции, като центровете за майчино и детско здраве, така наречените патронажни грижи за бременни, деца до 3 г. и техните семейства.

По въпросите на ранното детско развитие бяха проведени срещи с г-жа Дийпа Гроувър - Регионален съветник на УНИЦЕФ за Европа и Централна Азия. Беше обсъдено сътрудничеството между МЗ и УНИЦЕФ през годините и набелязани възможности за бъдещото му развитие. По същите въпроси беше проведена среща в разширен формат с участието на експерти от МТСП и неправителствени организации. В допълнение, МЗ организира среща и с проф. Франк Оберклейд - консултант на УНИЦЕФ, на която той представи презентация по въпросите на ранното детско развитие и бяха обсъдени предизвикателствата, свързани с грижата за децата и по-конкретно патронажните грижи.

През 2018 г. участието на Република България в дейността на Съвета на Европа в областта на здравеопазването беше фокусирано върху разработването на политики за развитието на Европейската фармакопея. Акцент беше поставен и върху постигането на високо ниво на съответствие на националните и европейските изисквания за продуктите и стоките със значение за здравето на човека (в т.ч. и козметичните продукти).

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 продължи своето развитие, като се задълбочиха двустранните връзки с Китай, ЮАР, Турция, Катар, Саудитска Арабия, ОАЕ и др. Беше подготвен за одобрение и подписване на План за сътрудничество между Министерство на здравеопазването на Република България и Министерство на здравеопазването на Република Северна Македония.

Беше подготвено провеждането на конференция в областта на здравеопазването в рамките на Българското председателство на Черноморското икономическо сътрудничество. Темата на конференцията „Проблеми на антимикробната резистентност в Черноморския регион – предизвикателства, тенденции и последици за трансграничния надзор“ бе одобрена от всички страни-членки.

През 2018 г. продължи и партньорството със Здравната мрежа на Югоизточна Европа (ЗМЮИЕ). България взе участие в Работната среща на експертите (16-20 май 2018 г., Белград, Република Сърбия) за обсъждане на проект на нов Меморандум за разбирателство. На 09 и 10 юли 2018 г. в Тел Авив, Израел се проведе редовната 40-та Конференция на ЗМЮИЕ на тема „Осигуряване на първична здравна помощ на застаряващото население“. Регионалното сътрудничество по линия на ЗМЮИЕ е доказало своето значение като платформа за конструктивни дебати по теми, които са от изключителна значимост за развитието на здравните политики на държавите от региона и сътрудничеството помежду им.

5. ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПРОЕКТИ, ФИНАНСИРАНИ С ЕВРОПЕЙСКИ ФОНДОВЕ И ДРУГИ МЕЖДУНАРОДНИ ФИНАНСОВИ ИЗТОЧНИЦИ

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. Приоритетът на Българското председателство през 2018 год. приключи с приети Заклочения на Съвета на тема „Здравословното хранене при децата: здраво бъдеще за Европа.“ Заклоченията очертават необходимостта от инвестиране в политики по превенция, фокусирани върху здравословно хранене на децата и формиращи избора на потребителите от ранна детска възраст, повишаване ангажираността и отговорността на индустрията за производство на здравословни храни и намаляване натиска на маркетинга и рекламата на храни за деца и за постигане целите на ООН за устойчиво развитие и намаляване тежестта на хроничните болести.

• Извършени дейности по проекти, финансирани от Европейски структурни и инвестиционни фондове

През 2018 г. в процес на изпълнение са множество проекти, финансирани от Европейски структурни и инвестиционни фондове, а именно:

- **Проект № BG05M9OP001-3.007-0001 „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“, на стойност 7 млн. лева.**

В изпълнение на проекта, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките услуги“ 2014-2020 е изграден и предстои да бъде оборудван Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ, където да бъдат организирани и проведени обучения – първоначални и периодични за

служителите от центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП), както и за служителите от спешните приемни отделения (СПО).

Бюджет на проекта: 7 милиона лева.

През 2018 г. са извършени следните дейности:

Извършена е доставка на част от компютърното оборудване за нуждите на Националния център за продължаващо обучение на работещите в системата на спешната медицинска помощ“ ремонтните дейности в Центъра са стартирани. Работни групи от експерти в МЗ изготвиха анализи за нуждата от обучение на служителите от ЦСМП и от СПО. Актуализирани са анализите на необходимостта от обучение и са създадени методика и програми за първоначално и периодично обучение на всички категории персонал от ЦСМП и СО“. Подготвени са документи за обществени поръчки за осигуряване на логистика на обученията, за избор на изпълнител на преподаватели и за закупуване на медицинско оборудване за нуждите на Националния център за продължаващо обучение на работещите в системата на спешната медицинска помощ, доставени и монтирани са два билборда с информация за проекта.

- Проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването“ 5 496 628,40 лева

Основна цел на проекта е да подпомогне повишаването на професионалния капацитет на обучаващите се лекари-специалисти и осигуряването на по-качествени здравни услуги.

Бюджет на проекта: 5 496 628,40 лева

В резултат на проведените през 2017 г. процедури за подбор на лекари-специалисти по медицина и лекари-специалисти по дентална медицина, чието обучение може да бъде финансирано по проекта бяха сключени договори със 150 лица. През отчетния период ежесечно се изплащат такси за теоретично и практическо обучение за оставащото време на обучението на лекарите-специалисти и се предоставят стипендии в размер на 2 минимални работни заплати на лицата, отговарящи на условията за това.

Подписано е Допълнително споразумение № 1 от 23.11.2018 г. за разширяване на целевата група по проекта и удължаване срока за неговото изпълнение до края на 2020 г.

През м. декември 2018 г. е обявена трета процедура за подбор на лекари-специалисти и лекари по дентална медицина-специалисти за финансиране по проекта. Новината, критериите за подбор, изискванията и образците на документи са публикувани на интернет страницата на проекта. Прессъобщение за обявената нова процедура е публикувано и на официалния сайт на Министерство на здравеопазването. Процедурата е отворена със срок за кандидатстване до 30.09.2020 г. Участието отново се реализира чрез интернет сайта на проекта www.specializanti-mh.info.

- Проект № BG16M1OP002-1.011-C0001 „Подобряване мониторинга на качеството на питейните води“, на стойност 10 млн. лева.

Проектът се осъществява в рамките на Оперативна програма "Околна среда" 2014 – 2020 г. Основната цел на проекта е привеждане на обхвата и честотата на мониторинга на качеството на питейните води, провеждан от органите на Държавния здравен контрол, в пълно съответствие с изискванията на европейското и национално законодателство.

Бюджет на проекта: 10 милиона лева.

През месец декември 2018г. се сключиха пет договори за доставка на лабораторно оборудване по проекта. Публикувана е информация за целта и дейностите на проекта на интернет страницата на Министерството на здравеопазването.

- Проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“, на стойност 12 млн. лева.

Проектът се финансира в рамките на Оперативна програма "Добро управление" 2014 – 2020 г. и е с бюджет 12 милиона лева.

Изготвени са техническите документи и са обявени обществени поръчки за девет дейности по проекта, а именно:

- Разработване и въвеждане на национални номенклатури, задължителни за използване в сектора на здравеопазването по отношение на медицинската информация и обмена ѝ в реално време;
- Разработване и въвеждане на национални здравно-информационни стандарти за обмен на медицински данни в реално време;
- Разработване и внедряване на базовата функционалност на ядрото на НЗИС;
- Разработка и доработка на необходимите регистри за изпълнението на НЗИС;
- Разработване на подсистема за електронни административни услуги;
- Подсистема за идентификация и автентификация (single sign-on);
- Изграждане на здравно-информационен портал;
- Изграждане на единно национално Електронно медицинско досие (ЕМД)/Електронен здравен запис;
- Изграждане на подсистема за Електронна рецепта и Електронно направление.

Техническите документи за цитираните дейности са изпратени към Държавна агенция „Електронно управление“ за предварително съгласуване, съгласно Закона за електронното управление и Наредбата за общите изисквания към информационните системи, регистрите и електронните административни услуги.

- Проект BG16RFOP001-4.001-0001 "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ"

Проектът се финансира по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020 г. Общ бюджет на проекта: 163 987 815.62 лева. Основна цел на проекта е обновяване и модернизация на сградния фонд и оборудването в системата на спешната помощ на територията на цялата страна - спешните отделения на 34 лечебни заведения за болнична помощ, 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и разкритите към тях 170 филиали (ФСМП) и 6 изнесени екипа.

Основни дейности по изпълнение на проекта са свързани с извършване на:

- строително ремонтни дейности – предвижда се да се извършат строителни интервенции за обектите от системата на спешната медицинска помощ: 27 центъра за спешна медицинска помощ, разположени във всеки областен град; 174 филиала към центровете за спешна медицинска помощ; 34 спешни отделения, разположени във всички областни градове.

- придобиване на специализирано медицинско оборудване и обзавеждане с общо предназначение за всички 237 обекта от системата на спешна медицинска помощ.

- придобиване на 400 нови, оборудвани медицински превозни средства (линейки), предназначени за етапна подмяна на съществуващия автопарк на ЦСМП и ФСМП, като се предвижда за всички медицински екипи в страната да се осигурят нови линейки.

След проведена обществена поръчка по реда на ЗОП с предмет: „Доставка на 400 медицински превозни средства (линейки) с необходимото оборудване са сключени два договора с избран изпълнител за доставка, гаранционно и сервизно обслужване на 185 линейки за спешна медицинска помощ, тип В и доставка, гаранционно и сервизно обслужване на 95 линейки за интензивни медицински грижи, тип С.

През месец декември 2018 г. са доставени първите линейки за спешна медицинска помощ.

- Проект BG16RFOP001-5.001-0003 „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания”

Проектът се финансира по Оперативна програма „Региони в растеж” 2014 – 2020 г.. Общ бюджет на проекта: 7 000 000 лева. Административният договор за директно предоставяне на безвъзмездна финансова помощ е подписан на 09.08.2018 г. Проектът има за цел да изгради инфраструктура и да осигури оборудване и обзавеждане, необходими за функциониране на 14 центъра, предлагащи резиденти здравно-социални услуги за деца с увреждания и високо-рисково поведение, като следва:

- общо 9 Центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи съответно в градовете Бургас, Варна, Велико Търново, Враца, Кърджали, Плевен, София (2 бр.) и Хасково;

- общо 5 Центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с високо-рисково поведение и потребност от специални здравни грижи съответно в градовете Варна (2 бр.), Русе и София (2 бр.).

През 2018 г. са изготвени документации за обявяване на обществени поръчки по реда на ЗОП за избор на изпълнители за извършване на инженеринг (проектиране, строителство и авторски надзор) за центровете, осъществяване на независим строителен надзор в проектирането и строителството за центровете и за осигуряване на дейности по информация и комуникация.

- Проект BG16RFOP001-5.001-0054 „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания-2”

Проектът се финансира по Оперативна програма „Региони в растеж” 2014 – 2020 г.. Общ бюджет на проекта: 6 000 000 лева. Административният договор за директно предоставяне на безвъзмездна финансова помощ е подписан на 22.10.2018 г. Проектът има за цел да изгради инфраструктура и да осигури оборудване и обзавеждане, необходими за функциониране на 12 центъра, предлагащи резиденти здравно-социални услуги за деца с увреждания и високо-рисково поведение, като следва:

- общо 11 Центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи съответно в градовете Бургас, Благоевград, Видин, Казанлък (2 бр.), Разград, Силистра, Сливен, Стара Загора (2 бр.) и Ямбол;

- 1 Център за специализирана здравно-социална грижа за деца с високо-рисково поведение и потребност от специални здравни грижи съответно в градовете Русе.

В изпълнение на дейностите през 2018 г. са изготвени документации за обявяване на обществени поръчки по реда на ЗОП за избор на изпълнители за извършване на инженеринг (проектиране, строителство и авторски надзор) за центровете, осъществяване на независим строителен надзор в проектирането и строителството за центровете и за осигуряване на дейности по информация и комуникация.

- Проект BG05M9OP001-2.028 „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания – Компонент 1”

През 2018 г. Министерство на здравеопазването, в качеството си на конкретен бенефициент, подаде проектно предложение по процедура за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG05M9OP001-2.028 „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания – Компонент 1” в рамките на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г., с общ бюджет 200 000лв. и период на изпълнение 30 месеца. Управляващият орган на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020г. одобри за финансиране проектното предложение. Целта на проекта е да подобри качеството на живот и възможностите за социално включване на хората с увреждания и възрастните хора, чрез осигуряване на мрежа от услуги в домашна среда и изграждане на подходящ капацитет за предоставянето им чрез въвеждане на модел за

патронажни грижи за възрастни хора и лица с увреждания, вкл. с хронични заболявания и трайни увреждания за осигуряване на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги в техните домове. Предвижда се да се разработи програма за специфично обучение на медицинските специалисти и специалистите в областта на социалните услуги, които ще предоставят патронажните грижи и методика за предоставяне на патронажната грижа, чрез която ще се дадат единни указания на предоставящите услугите общини. Предвижда се да се разработят стандарти за качество на услугата, както и да се мониторира процеса на обучение и супервизира предоставянето на услугата с цел ефективно използване на ресурсите. Проектът ще се реализира на територията на цялата страна и неговото добро и своевременно изпълнение е основата за изпълнението на здравносоциалните услуги по патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания от общините.

- **Извършени дейности по програми с външно финансиране**

- **Програма BG 07 „Инициативи за обществено здраве“**

Министерство на здравеопазването е Програмен оператор по Програма BG 07 „Инициативи за обществено здраве“, финансирана по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм 2009 – 2014 г. По Програмата бяха изпълнени 29 проекта и Малка грантова схема на обща стойност 28 547 482 лв., целящи подобряване на общественото здраве и намаляване на здравните неравенства с фокус върху:

- Репродуктивно здраве;
- Детско здравеопазване;
- Психично здраве;
- Подобряване на управлението в здравеопазването;
- Специфични здравни предизвикателства за ромите.

Изготвен е финален доклад за изпълнението на Програмата. Докладът е изпратен за одобрение към Офиса на финансовия механизъм. В края на 2018 г. докладът е одобрен и изпълнението на програмата официално е приключено. През 2018 г. бяха извършени одити на системите и операциите от ИА ОСЕС във връзка с изпълнението на Програмата.

- **Програма „Местно развитие, намаляване на бедността и подобро включване на уязвими групи“, финансирана от Финансовия механизъм на Европейско икономическо пространство (ФМ на ЕИП) 2014-2021 г.**

През 2019 г. Министерство на здравеопазването е подало концепция и бюджет за предварително дефиниран проект за изготвяне на предпроектното проучване за необходимостта от изграждане на Национална педиатрична болница. Документите са изпратени на Министерството на образованието и науката – Програмен оператор на програма „Местно развитие, намаляване на бедността и подобро включване на уязвими групи“, финансирана от Финансовия механизъм на Европейско икономическо пространство (ФМ на ЕИП) 2014-2021 г., във връзка с подготовката на Програмата и подписване на Програмното споразумение.

- **Трета многогодишна програма на Европейския съюз в областта на здравето 2014 - 2020 г.**

През посочения период Министерство на здравеопазването участва в дейности по линия на Третата многогодишна програма за здраве на Европейския съюз 2014 – 2020 г.

Дирекция „Здравен контрол“ в Министерство на здравеопазването като компетентен орган е определена за участник в качеството ѝ на партньор в две съвместни действия - **JA-03-2017** Ваксиниране и **JA-04-2017** Подготовка и действия на входните пунктове (по въздух, вода и суша). В съвместното действие **JA-04-2017** Подготовка и действия на входните пунктове (**Healthy GateWays**) като асоцииран партньор участва и

РЗИ – Варна. Проектът е с продължителност от 36 месеца. Основната му цел е да подпомогне държавите-членки на ЕС в прилагане на изискванията на чл. 4 на Решение № 1082/2013/ЕС, относно планиране на готовността и отговора, чрез подготовка на компетентните институции и транспортния сектор за незабавна и адекватна реакция при сериозни трансгранични здравни заплахи.

Във връзка със сключено споразумение между Европейската комисия чрез Изпълнителната агенция за потребителите, здравеопазването, селското стопанство и храните (СНАФЕА) и Министерство на здравеопазването, Министерството участва в съвместно действие с наименование „Конференции на председателството относно недостига на лекарства и здравословното хранене на децата“. Продължителността на действието е 9 месеца, считано от 04.11.2017 г. През 2018 г., в рамките на Българското председателство на Съвета на ЕС, са организирани и проведени 2 конференции на тема „Фармацевтични продукти“ и „Здравословно хранене“. За периода септември – декември 2018 г. е направена подготовката на цялата документация и е осигурено пълното техническо представяне на докладите и отчетните документи чрез електронна система на Изпълнителната агенция за потребителите, здравеопазването, селското стопанство и храните.

- Българо-швейцарска програма за сътрудничество

В изпълнение на Българо-швейцарската програма за сътрудничество, в рамките на която Министерство на здравеопазването е страна по Споразумение за тематичен фонд за реформи, свързани с включването на ромите и другите уязвими групи, представители на МЗ са участвали в работни срещи и заседания на Комитета за наблюдение по програмата и на Управителния съвет на програма ЗОВ – Здраве и Образование за Всички.

През 2018 г. са постъпили три искания за плащане, подготвени са необходимите документи и е извършен превод на финансови средства по споразумението на стойност 97 245.00 лв.

В Министерство на здравеопазването, чрез експертна група, подпомага изпълнението на общинските проекти, финансирани в рамките на програмата и разработва предложения, свързани с политики, както на оперативно, така и на законодателно ниво, насочени към подобряване на достъпа до здравни грижи на уязвимите групи по програмата.

- Програма за трансгранично сътрудничество Interreg - ИПШ България - Сърбия 2014 - 2020 г.

Подготвено и подадено проектно предложение „Трансгранична работа в мрежа за млади медицински специалисти“. Целта на проекта е да бъде насърчено сътрудничеството и работата в мрежа на медицински специалисти за създаване на условия за по-качествена здравна грижа и подобряване на условията за интегриране на деца и млади хора с увреждания в трансграничния район България – Сърбия. Съгласно правилата на програмата, Министерството на здравеопазването на България е определено за Водещ партньор по проекта, а второстепенни партньори са: Министерството на здравеопазването на Р. Сърбия, Института за обществено здравеопазване в гр. Ниш и Регионална здравна инспекция – Враца. Проектното предложение е включено в резервния списък.

6. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Здравно-демографско състояние

• Демографското състояние на населението е резултат от дългосрочното влияние на голям брой фактори. 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 31.12.2018 г. населението в България е 7 000 039 души като в сравнение с предходната година то е намаляло с 49 995 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 2018 г. е 14.4% от общия брой на населението и е по-нисък от същия за ЕС (15.6%) и увеличаване на дела на населението над 65 години, който през 2018 г. достига 21.3%.

• Средната продължителност на живота у нас – 74.83, 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 (8.9‰), обективно обусловена от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори, която остава по-ниска от средната стойност за ЕС (9.7‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

• Продължава тенденцията за намаляване броя на абортите, като в България през 2018 г. те са 376.8 на 1000 живородени, но въпреки това показателят е почти 2 пъти по-висок от средния за ЕС (203.0‰).

• 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 2018 г. – 15.4‰ остава значително по-висок от средния за ЕС – 10.4‰. Преждевременната смъртност при мъжете – 27.6% е 2 пъти по-висока от тази при жените – 13.8%.

• Независимо от изразената тенденция за намаление, България остава с висок стандартизиран коефициент за смъртност спрямо страните от ЕС.

• Запазва се структурата на умираанията по причини, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията.

• Ярко изразена тенденция за намаление се наблюдава по отношение на коефициентът на детската смъртност (5.8‰) и това е най-ниското ниво в цялата история на демографската статистика в България, но остава по-висок отколкото в ЕС (3.6‰).

• Благоприятни тенденции се установяват по отношение на повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), като показателите намаляват в сравнение с предходните години.

• Показателят за мъртва раждаемостта намалява спрямо предходната година - 6.1‰, но все още е по-висок от средната стойност за ЕС (4.7‰).

• В структурата на умираанията при децата до 1-годишна възраст по причини най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период, вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации, болести на дихателната система и болести на органите на кръвообращението, обуславящи 85.5% от всички умираания в тази възраст.

• Майчината смъртност намалява и е 6.4‰ през 2018 г., като съответният показател за ЕС е 5.0‰.

- Запазват се териториалните различия в нивата на отделните здравно-демографски показатели.

- През 2018 г. в България са регистрирани общо 48 092 случая на остри заразни заболявания (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 4301 случая по-малко в сравнение с 2017 г., което се дължи на по-ниския брой заболели от варицела, гастроентерити/ ентероколити, вирусен хепатит А и ротавирусен гастроентерит.

- През 2018 г. не са регистрирани заболявания от дифтерия и полиомиелит, има по 1 случай на тетанус и рубеола и 13 случая от морбили.

- Паразитозоозите (ехинококоза и трихинелоза) все още запазват медико-социалното си значение, поради ежегодната регистрация на нови случаи, въпреки че стойностите на заболеваемостта показват ясна тенденция към понижаване в последните години.

- През 2018 г. се отчита снижение в показателите за имунизационен обхват при имунизации и реимунизации със задължителни ваксини, спрямо този за 2017 г., както на регионално, така и на национално ниво. Имунизациите през 2018 г. на национално ниво са изпълнени с имунизационен обхват от 85,1% (трети прием ваксина срещу хепатит В) до 92,9% (с първи прием ваксина срещу морбили, паротит, рубеола). Най-висок е имунизационният обхват срещу туберкулоза – 95,5% имунизирани новородени бебета. Причините за по-нисък имунизационен обхват със задължителни имунизации в детска възраст са предимно от немедицински характер (административни и поведенчески).

- Продължават да намаляват болестността и заболеваемостта от туберкулоза.

- Продължава да намалява заболеваемостта от злокачествени новообразувания спрямо предходната година - 406.7‰, при 424.8‰ за 2017 г. и 569.5‰ за ЕС. Най-висока е заболеваемостта от рак на храносмилателните органи и рак на млечната жлеза при жените, следвана от рак на мъжките полови органи.

- Броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства до 2 401 759 (34 188.6‰) през 2018 г. и е основно във възрастовите групи над 18 г.

- Броят на лицата над 16-годишна възраст с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане през последните години намалява, но през 2018 г. има леко покачване и достига 53 061 души.

- През последните няколко години намалява броят на освидетелстваните деца до 16 г. възраст, с признати вид и степен на увреждане, като дялът на децата с 71-90% е 21.2%, а с най-тежката степен над 90% са 14.3%.

- Здравното състояние на децата и учениците не се различава съществено от предходните години. Основните здравни проблеми, независимо от предприетите мерки, проведените кампании и приетите нормативни документи, остават 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.

- Проблемите със зрението на учениците продължават да бъдат сред водещите патологии, поради прекалено дългото време, което децата прекарват пред екраните на дигитални устройства. Те 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 2018 г. реалните доходи на населението спрямо 2017 г. нарастват с 7.3% при запазена структура. Работната заплата продължава да бъде най-значителният източник на приход (55.5%). 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 дялът 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. По разходи за здравеопазване като част от БВП държавата е на средно европейско равнище в общността. Запазва се тенденцията почти половината от българските домакинства да срещат трудности при покриване на разходите си за здравеопазване

- 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.

- Линията на бедност за България за 2018 г. е 351.11 лв. средно месечно на лице от домакинството и бележи ръст спрямо предходната 2017 г. Дялът на хората, които са изложени на риск от бедност и/или социално изключване е 38,9%. България е на последно място по този показател в ЕС при средноевропейско равнище от 22,55%.

- Въпреки положителните данни за коефициента на заетост за България, той остава под средния за 28-те страни на ЕС.

- Продължават да бъдат съществен проблем продължително безработните - Коефициентът на продължителна безработица леко спада в сравнение с 2017 г. – 2.9%

- Резултатите за 2018 г. от мониторинга на качеството на атмосферния въздух маркират тенденция към редуциране нивата на някои от атмосферните замърсители. Приоритет е замърсяването с фини прахови частици.

- Мерките, свързани с намаляване нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението, обхващат предимно 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 транспортния трафик; обновяване на транспортните средства; поощряване на иновационни и нисковъглеродни технологии, целящи създаване на екологичночисти производства.

- Акустичната обстановка в големите градове на България през 2018 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 мерките на национално ниво.

- Обобщените резултати от мониторинга на питейната вода при потребителите за 2018 г. показват, че качествата ѝ не се различават съществено от наблюденията от предходните години и като цяло отразяват 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 и ограничаване на здравния риск.

- През 2018 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 2018 г. са установени две проби от храни със съдържание на ГМО над 0,9%.

- Продължава тенденцията за подобряване на контрола по отношение на електромагнитните полета.

- През 2018 г. общият брой трудови злополуки намалява спрямо 2017 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.

- През 2018 г. се наблюдава положителна тенденция в модела на потребление на някои храни - намаляване консумацията на тестени изделия, картофи, добавени мазнини. Наблюдава се леко увеличение в консумацията на риба за 2018 г., но все още не се достигат препоръчаните нива от 30 г на лице от населението дневно. Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на захарни и шоколадови изделия, на безалкохолни и алкохолни напитки (бира) и намаляване консумацията на мляко, бобови храни. Средно дневното потребление на плодове и зеленчуци не достига препоръчителните нива за дневен прием от 400 гр плодове и зеленчуци. Остава висок относителният дял на наднормено тегло сред учениците в България.

- На фона на намаляване на тютюнопушенето в ЕС, броят на пушачите в България се запазва стабилен и страната отново е на водещото второ място след Гърция. Отбелязва се и известно постепенно нарастване на потреблението на цигари средно на лице от домакинство спрямо предходните години. Това налага разработването на научно обоснован алгоритъм и въвеждането на интегрирани подходи към решаването на проблема.

- Продължава нарастването на консумацията на алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната (за периода 2001-2018 г. с 12.8 л.), като с най-голям дял е бирата, следвана от вината.

- България е една от малкото страни, които бележат благоприятно намаляване на процента от населението, което никога не практикува физически упражнения и спорт (от 78% през 2013 г. на 68% през 2017 г.), но дялът на редовно спортуващите продължава да бъде нисък - 7%.

- Недостатъчни са знанията, уменията и мотивацията сред населението за превенция и контрол на предотвратимите за социално-значими заболявания рискови фактори, включително и ниската физическата активност.

- Употребата на наркотици 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. Инжекционната употреба все по-често се свързва с употребата на метадон за сметка на хероин.

- В България броят на новооткритите случаи на ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици бележи тенденция за намаляване. Броят на новорегистрираните ХИВ-серопозитивни през 2018 г. е 35 лица (11 %), (през 2017 г. той е бил 31 (13%).

- През 2018 г. са открити 311 нови случаи на заразени с ХИВ-инфекция при изследвани около 324 000 лица в общата популация. Това е най-високото ниво на регистрирани брой случаи за едногодишен период. С тях официално регистрираните лица с положителен ХИВ статус в края на 2018 г. са 3026. Наблюдава се тенденция на

леко увеличаване на броя на смъртните случаи (24 при 18 за 2017 г.), свързани с употреба на наркотици.

- По данни на Национално представително проучване сред учениците (IX-XII клас) 3,6% от анкетираните споделят, 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, прах и кристали.

Заплащане на медицинските услуги от публичните средства

- 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 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 обезпечавщи 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, е 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, резултира пряко в значителен ръст на разходите за лекарствени продукти и медицински изделия, поради налагането в медицинската практика на иновативни лекарствени продукти за прицелна терапия, които дават по-добър терапевтичен отговор и оказват влияние върху продължителността и качеството на живот на пациентите.

- Тенденцията на застаряване на населението като цяло и особено на 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.

Дейности по предоставяне на здравни услуги по линия на НЗОК

- 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.

- 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 2018 за МД и с действащите нормативни актове.

- 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.

- Броят на лицата включени в регистър " Диспансерно наблюдение" при ОПЛ нараства с 3%, в сравнение с 2017 г. Това от своя страна води до увеличение на броя на извършените прегледи на ЗОЛ с две и повече от две заболявания през 2018 г.

- През 2018 г. средната стойност на показателя „Брой инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ при ОПЛ“ е 28,87 броя и намалението спрямо предходната година е 5%.

- През 2018 г., както и през 2017 г. най-много първични прегледи на едно ЗОЛ отчитат РЗОК- Плевен, София град, Русе, Варна, Пловдив 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.

- И през 2018 г. съотношението вторични консултативни към първични консултативни прегледи по тримесечия се движи в рамките на допустимото един първичен към 0,5 вторични.

- През 2018 г. съотношението първични спрямо вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ от 0-18 г. при специалист по педиатрия и профилни специалности средно за страната е 0,74, т.е. не надвишава допустимото съотношение 1:1, като на 26% от преминалите деца не са извършвани и съответно отчитани вторични прегледи.

- Наблюдава се ръст от 5% на общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение през 2018 г., който средно за страната са 1,35 прегледа на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП.

- За разглеждания период средно за страната само 39% от ЗОЛ над 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на профилактичен преглед

- През 2018 г. средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 1030 високоспециализирани медицински дейности, което е с 3% повече в сравнение с 2017 г.

- С най-висока обема през 2018 г., както и 2017 г., са следните ВСМД: „Ехокардиография“, „Електроенцефалография“, „Доплерова сонография“, „Електромиография“ и „Диагностична и терапевтична пункция на стави“.

- През 2018 г. средно за страната са отчетени 29 038 броя медико-диагностични изследвания на 10 000 ЗОЛ, което е ръст от 1,12%.

- През 2018 г. са отчетени 41 бр. ВСМДИ на 10 000 ЗОЛ повече, което е ръст от 2,03% спрямо 2017 г. Най-висока обема се наблюдава при изследванията на хормони, като ръста е от 4,02% на 10 000 ЗОЛ спрямо 2017 г.

- Делът на здравноосигурените лица, получили дентална помощ през 2018 г., е увеличен спрямо 2017 г. от 24,2% на 24,4%. При ЗОЛ до 18 г., общо за страната, делът е намалял от 27,4% на 27,3%. При ЗОЛ над 18 г., получили дентална помощ през 2018 г., относителният дял е незначително увеличен спрямо 2017 г. от 23,6% на 23,9%. Различията в отчетените дейности за възрастовите групи се дължат основно на нееднаквите обеми на пакетите дейности при ЗОЛ над 18 години (три лечебни дейности), и при ЗОЛ до 18 години (четири лечебни дейности).

- Сключените договори по КП към 31 декември 2018 г. са 18 635 бр. или със 285 бр. КП по-малко спрямо 2017 г. 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 № 29 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“.

- За изпълнение на клинични процедури/процедури (КПр) са сключени договори с 86 изпълнители на болнична медицинска помощ, за изпълнение на 198 броя КПр.

- Към 31 декември 2018 г. по НРД 2018 г. за изпълнение на амбулаторни/процедури (АПр) са сключени договори с 312 изпълнители на болнична

медицинска помощ, за изпълнение на 2 506 броя АПр. или с 61 бр. АПр по-малко спрямо 2017 г. Сключените договори по АПр към същия период на 2017 г. са 2 567 бр.

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.

- По отношение на първичната медицинска помощ се наблюдава неравномерно териториално покритие с практики на общопрактикуващи лекари, особено в труднодостъпни и отдалечени населени места, въпреки увеличения брой практики в тях. Запазва се осигуреността на гражданите с ОПЛ средно за страната - през 2018г. е един лекар на 1 690 здравноосигурени лица при 1 692 ЗОЛ за 2017 г.

- 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.

- И през 2018 г. структурата на системата за спешна медицинска помощ остава постоянна и единствена възможност за своевременен достъп не само до спешна, но и до базова медицинска помощ за определени групи от населението.

- Без промени остава общият брой на лечебните заведения за болнична помощ – 322.

- През 2018 г. бяха закрити ДМСГД – Враца и ДМСГД – Силистра и е разкрит първият в страната Център за комплексно обслужване за деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ).

- Осигуреността на населението с болнични легла през 2018 г. нараства на 76.0 на 10 000 души при 74.8 през 2017 г., при запазена ниска осигуреност на населението с легла за дългосрочна грижа (3.6 на 10 000 души).

- Честотата на хоспитализациите се увеличава незначително от 32.95 хоспитализации на 100 души от населението през 2017 г. на 34.19, като използваемостта на леглата остава ниска – 66%.

- Над половината от общия болничен леглови фонд (59.1%) е концентриран в 7 области - София-столица (20.8%); Пловдив (13.3%), Бургас (5.9%), Варна (5.4%), Стара Загора (4.9%) Плевен (4.5%), Пазарджик (4.3%).

- През 2018 г. продължава негативната тенденция за намаляване броя на органните трансплантации - извършени са общо 44, при 58 за 2017 г., 57 за 2016 г., 74 за 2015 г. и 79 за 2014 г. От извършените през годината трансплантации 27 са бъбречни, 13 са чернодробни и 4 са сърдечни трансплантации. Общият брой на донорите е 23, от които 7 са живи донори. Осъществените трансплантации на тъкани и клетки са 882, от които 98 автоложни и 784 алогенни трансплантации.

- 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 2018 г. – 82.9 млн. лв. при 98,5 млн. лв. за 2017 г.); Политика в областта на „Диагностиката и лечението“ (разходите се увеличават от 340 млн. лв. през 2017 г. на 405 млн. лв.); Политика в областта на „Лекарствените продукти и медицинските изделия“ – 29.3 млн. лв. при 26,06 млн. лв. за 2017 г.

- През 2018 г. са отчетени разходи по национални програми в размер на 7 308,9 хил. лв. или увеличение с 32,7%, което се дължи основно на изпълнение на дейности, свързани с Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве и Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България.

- По програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, отчетените разходи до 30.09.2018 г. по програма „Подобряване на устойчивостта на НП по туберкулоза” - 1 573 345 лв.

- Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери - всичко към 31.12.2018 г. възлиза на 3 948 069,7 хил. лв., което представлява 100,2% спрямо заложените в годишен план за 2018 г. средства. В сравнение със същия период на 2017 г. се отчита увеличение с 366 574,4 хил. лв. или с 10,2%, което основно се дължи на увеличаване на здравноосигурителните приходи през 2018 г.

- За 2018 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 2018 г. намалява – на 42.4 на 10 000 души от 42.7‰ през 2017 г., но продължава да надвишава средните европейските показатели (ЕС – 35.1 на 10 000). Лекарите по дентална медицина също са намалели на 7 240, спрямо 8 355 за 2017 г.

- През 2018 г. осигуреността със специалисти по здравни грижи остава непроменена - 66.2 на 10 000 души.

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

- И през 2018 г. се установяват диспропорции в осигуреността с медицински специалисти по области и региони..

- Кадровото обезпечаване в структурите на общественото здравеопазване в страната продължава да е в тежко състояние, с най-голям дефицит на лекари и други медицински специалисти. Липсата на квалифицирани кадри, 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.

- И през 2018 г. се отчита увеличаване на доверието към новата система на специализации и спад в желанието за емиграция спрямо предходни години.

- През последните 10 години е налице явна тенденция за намаляване броя на издаваните удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина на български граждани. Намалението е над три пъти – от 655 през 2008 г. до 201 за 2018 г.

- Налице е тенденция за намаляване и на броя на издаваните удостоверения, необходими за упражняване на професията „медицинска сестра“ в чужбина. През 2018 г. са издадени само 111 (121 за 2017 г.) удостоверения, необходими за упражняване на професията в чужбина на медицински сестри, завършили в България .

- През 2018 г. са извършени 744 проверки по сигнали и жалби от Изпълнителната агенция „Медицински одит“. Най-много нарушения са допуснати нарушения при изпълнението на нормите на Закона за здравето – 663, на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ – 490, на Закона за лечебните заведения – 27

- Министерство на здравеопазването и през 2018 г. 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 годината бюджетът за персонал на ЦСМП е увеличен с 8 845 400 лв.

- През 2018 г. се изпълняват дейности по проект № BG05M9OP001-3.007-0001 „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“, с основна цел подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ чрез инвестиции в човешкия капитал. Изграден и оборудван е Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ. Защитени са допълнителни дейности по проекта като създаване на онлайн система за дистанционно обучение чрез разработване на специализиран софтуер за осигуряване на теоретично и практическо обучение на участниците в обученията, закупуване на високотехнологично оборудване и създаване на диагностично-терапевтични протоколи и алгоритми.

- За подобряване на материалната база и през 2018 г. са реализирани дейности по проект BG16RFOP001-4.001-0001 „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“, за изграждане на нови, обновяване и реконструкция на старите сгради, в които са разположени центрите за спешна медицинска помощ и цялостна подмяна на автопарка и медицинското оборудване в него.

Установени недостатъци:

- Нарастване на публичните средства за здравеопазване без постигане на желаните медицински резултати и удовлетвореност от пациентите за ефекта от лечението.

- 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;

- Отсъствие на интегрирана информационна система за проследяване и контрол върху дейностите и разходите.

- Липса на обвързаност между растящите разходи в извънболничната помощ спрямо тенденциите за хоспитализация.

- Липса на взаимодействие между отговорностите на лекарите в извънболничната и болнична системи.

- 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 от наличието на нерегламентирано доплащане за дейности в рамките и извън обхвата на основния пакет.

- Небалансирана осигуреност с медицински специалисти на територията на страната, териториални дисбаланси в разпределението на ресурсите и медицинските специалисти.

- 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.

7. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2018 ГОДИНА

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.

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.

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.

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 времев

рамки на стратегията, дава необходимия дългосрочен хоризонт за планиране на здравните политики в бъдеще.

Таблица 31. 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 на 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.

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 2014-2020
- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020
- 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, от което може да има важни индивидуални, социални и икономически ползи.

В тази връзка следва да се подчертае, че реализацията на политиките по Приоритет 1, са тясно обвързани с изпълнението на мерките по другите два приоритета на стратегията, насочени към основните части на системата – Приоритет 2 за диагностично-лечебната част (извънболнична, болнична и спешна помощ, фармация и др.) и Приоритет 3 за общественото здраве, 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.

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

През 2018 г. коефициентът на детската смъртност е 5,8 на 1000 живородени деца, което е най-ниското ниво отбелязвано до момента в България. Достигнатото ниво на показателя продължава трайно изразена през последните години тенденция към снижаване - през 2000 г. е бил 13,3%, през 2010 г. – 9,4%, 2014 г. – 7,4%, а през 2017 – 6,4%. Намалението спрямо изходното ниво от 2014 г. е 24%, като 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, което представлява 225% изпълнение.

Положителна тенденция се наблюдава и по отношение на показателя за мъртворождаемостта, който намалява спрямо предходната година и достига 6.1%, но остава по-висок от средната стойност за ЕС (4.7%).

Благоприятни тенденции се наблюдават и по отношение на повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), които също продължават да намаляват:

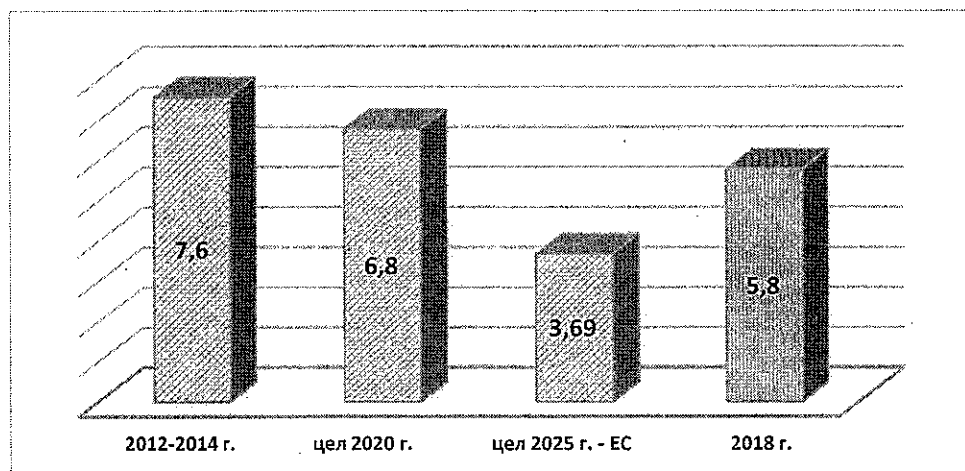
- перинаталната детска смъртност намалява и през 2018 г. като достига 8.5 на 1000 родени деца, при 12,2% през 2000 г., 11,4% през 2010 г., 10,4% през 2014 г., 8.9% през предходната година и среден показател за ЕС (6.5%);

- неонаталната детска смъртност също показва тенденция за намаляване (7,5% през 2000 г., 5,2% – 2010 г. и 4,4% за 2014 г.) и достига – 3.6% през 2018 г. Средната стойност в ЕС на този показател (2.5%) също непрекъснато намалява;

- постнеонаталната детска смъртност намалява от 3,2 % през 2014 г. на 2.1 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1.1% и е почти 2 пъти по-ниска от тази за България.

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), е налице 46 % изпълнение.

Фигура 109. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 1 Сnižаване на смъртността при децата до 1 годишна възраст

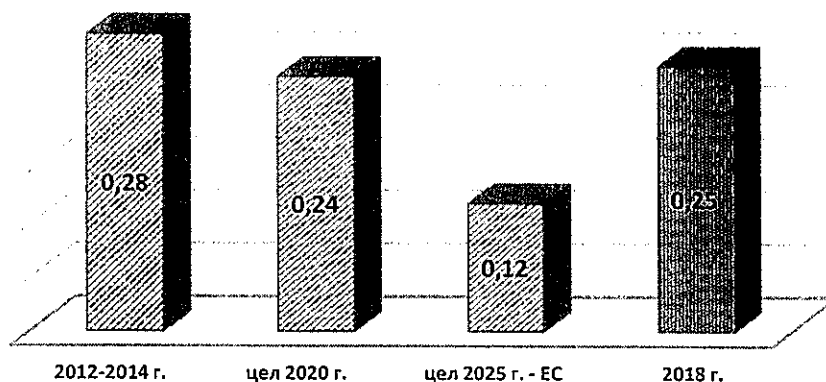


Доколкото детската смъртност е статистическият показател с най-висока степен на зависимост от качеството на предоставяните здравни услуги за майките и децата, то намалението му следва да се приеме като обективно доказателство за постигнат положителен резултат от провеждането на политики и предприетите 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.

Национална здравна цел 2 - Снижаване 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 добри резултати, като тенденцията за стойности под 0,3 се задържа през последното десетилетие. За 2000 г. неговата стойност е 0,5 на 1 000 души, за 2014 г. - 0,28, а през 2017 г. – 0,22, което е под целевата стойност от 0,24 за 2020 г. През 2018 г. се наблюдава незначително увеличение спрямо 2017 г., като показателят достига 0,25, което леко надвишава целевата стойност до 2020 г.

Фигура 110. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 2 Снижаване на смъртността при деца от 1 до 9 години

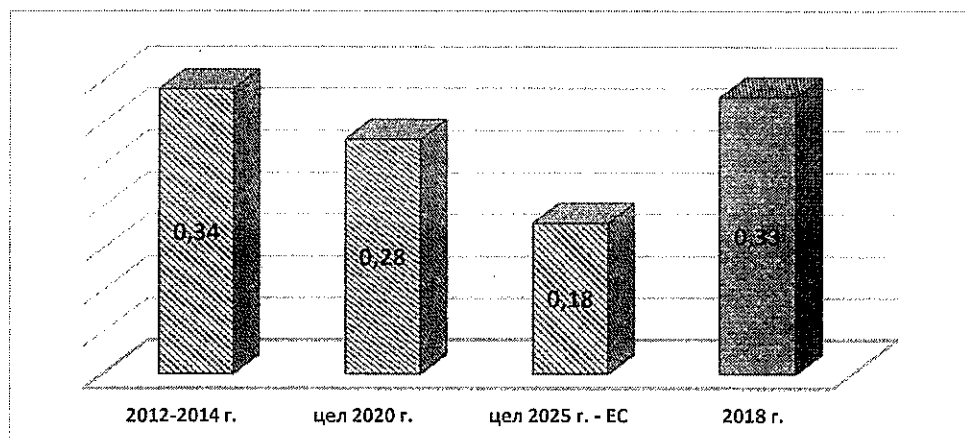


При запазване на настоящия темп на намаление на показателя може да се прогнозира, че до 2020 г. стойността му може да намалее до 0,18 на 1 000 население от 1 до 9 години и към 2025 г. да достигне настоящите средноевропейските стойности на показателя – 0,12 на 1 000 население от 1 до 9 години. Осигуряването на устойчивост и развитие на настоящите политики, насочени към подобряване на здравето и майките и децата, е от изключително значение за постигането на Национална здравна цел 2 и за намаление на смъртността при децата от 1 до 9 годишна възраст до средноевропейските нива.

Национална здравна цел 3 - Снижаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст

През 2018 г. се наблюдава запазване нивото на смъртността във възрастовата група от 10 до 19 години на 0,33 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.

Фигура 111. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 3 Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10 до 19 г.

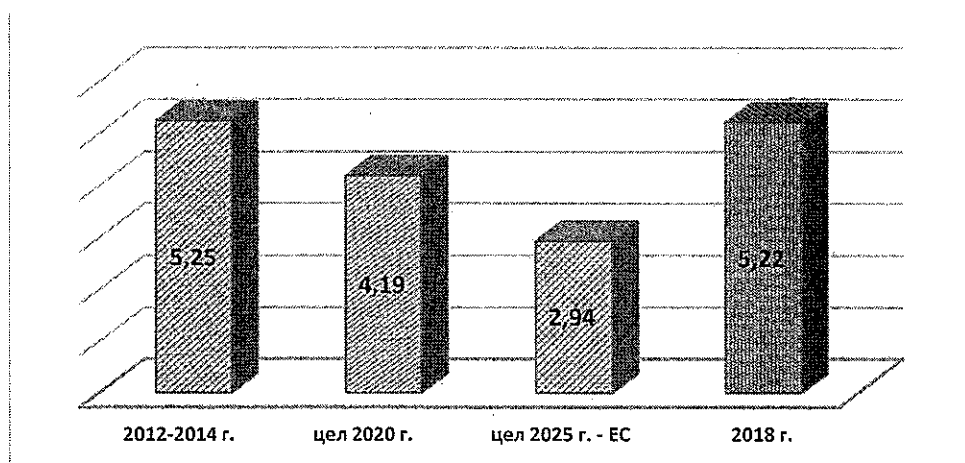


Прави впечатление, че темпът на намаление на смъртността в тази възрастова група е значително по-малък в сравнение с намалението на смъртността във възрастовите групи до 1 година и от 1 до 9 години. С оглед това е необходимо да се предприемат активни действия за реализация на политиките за подобряване на здравето на юношите и младите хора. Ако 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).

Национална здравна цел 4 - Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст

Данните за 2018 г. показват, че макар и с по-бавни темпове, продължава тенденцията за намаление на стойността на показателя за смъртност във възрастовата група от 20 до 65 години – от 5,25 на 1 000 души население във възрастовата група 20-65 години през 2014 г., той вече е 5,22 на 1 000 души. Показателят все още надвишава заложената целева стойност до 2020 г. от 4,19 и се отчита много нисък темп на намаление.

Фигура 112. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 4 Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст



Показателят за преждевременната смъртност (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиращите) се увеличава с 0,1% за последната

година и е 21.0%. При мъжете (27.6%) преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените (13.8%). Запазва се структурата на смъртността по причини в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.0%) и новообразуванията (16.1%). 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. 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.

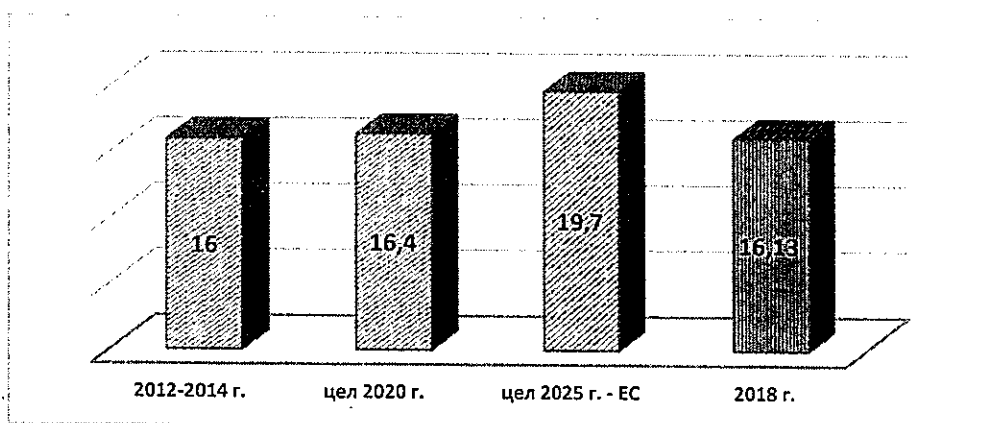
В периода на трудоспособна възраст здравето е сред основните фактори, които оказват влияние върху индивидуалната работоспособност на всеки. Затова е необходимо здравната система да бъде подкрепена от комплекс от икономически, социални и други мерки, свързани с подобряване на благосъстоянието на гражданите, 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.

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 ранната диагностика и навременно лечение на социално-значимите заболявания. От особено значение е изпълнението 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.

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., макар и с бавен темп на нарастване (увеличение с 0,10 спрямо стойностите за 2017 г.) и значително отклонение от целевата стойност до 2020 г. и средноевропейското ниво на показателя, като целева стойност до 2025 г.

Фигура 113. 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 години 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 19,8 години за 2017 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. 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.

От представените данни за отчетените през 2018 г. стойности на показателите, измерващи изпълнението на националните здравни цели, могат да се направят следните изводи:

1. За всички 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.

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 2018 г. динамика на измерителите на националните здравни цели предполага различни времеви периоди за достигане на определените целеви стойности, което налага интензифициране на мерките в областите, където е налице значимо изоставане.

Таблица 32. Анализ на постигането на националните здравни цели към 31.12.2017 г.

Национални здравни цели	Изходно ниво на наблюдаваните показатели за РБ (средно за 2012-2014)	Целева стойност на показателя до 2020 г.	Целева стойност на показателя до 2025 г. (показатели на ЕС[1])	Междинна стойност на показателя за 2018 г.	Динамика спрямо изходното ниво	Постигане на националната цел (качество на 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	6,8 на 1 000 живородени	3,69 на 1 000 живородени	5,8 на 1 000 живородени	Намаление с 24 % (в абс. стойност - 1,8 на 1000)	Да, наличие е намаление	225% (в абс. стойност + 1 на 1000)	46% (в абс. стойност - 2,11 на 1000)
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.	0,25 на 1 000 нас. на 1-9 г.	Намаление с 11 % (в абс. стойност - 0,03 на 1000)	Да, наличие е намаление	75% (в абс. стойност - 0,01 на 1000)	19% (в абс. стойност - 0,13 на 1000)
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.	0,33 на 1 000 нас. на 10-19 г.	Намаление с 3 % (в абс. стойност - 0,01 на 1000)	Да, наличие е намаление	17% (в абс. стойност - 0,05 на 1000)	6% (в абс. стойност - 0,15 на 1000)
4. Сnižаване на смъртността при лицата в икономически и 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.	5,22 на 1 000 нас. на 20-65 г.	Намаление с 0,6 % (в абс. стойност - 0,03 на 1000)	Да, наличие е намаление	3% (в абс. стойност - 1,03 на 1000)	1% (в абс. стойност - 2,28 на 1000)
5. Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст	16 години	16,4 години	19,7 години	16,13 години	Увеличение с 0,8 % (в абс. стойност + 0,13 години)	Да, наличие е увеличение	32% (в абс. стойност - 0,27 на 1000)	4% (в абс. стойност - 3,57 на 1000)

Изпълнението на част от мерките за реализацията на политиките по Приоритет 1 „Създаване на условия за здраве за всички през целия живот“ е отразено в Доклада за състоянието на здравето на гражданите, раздел „Проекти, програми и планове в областта на общественото здраве“. Друга част от мерките за реализацията на политиките по Приоритет 1 са в обхвата на 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 здравеопазване“. Това са общи мерки, които дават синергичен ефект по отношение на политиките във всички възрастови и рискови групи, поради това в настоящия раздел са отчетени само специфични мерки, за които не е представена информация в останалите раздели от документа.

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 2018 г. бяха направени изменения в Постановление № 25 на МС от 9.02.2009 г. за създаване на Център за асистирана репродукция (ЦАР) и в 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 обхватът 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 този момент не се финансираше от ЦАР. По този начин се удвоява броят на опитите (ембриотрансферите) и се увеличава шансът за забременяване на жените. Промените са направени 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 ЦАР. Показателите за дейността на Центъра за асистирана репродукция за 2018 г. сочат увеличение с приблизително 25% на жените, получили разрешение за финансиране (в абсолютна стойност 1 025 повече в сравнение 2017 г.). Лечебните заведения, с които ЦАР е сключил договори за дейности по асистирана репродукция, са 27. Реализираните клинични бременности в тях са 1 395 при 1 163 през 2017 г., а родените деца са 1 053 при 905 за 2017 г. и план 1100 за 2018 г.

През 2018 г. беше обнародвано изменение на Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (изм. ДВ. бр. 29 от 30 март 2018 г.), с което е разширен обхватът на лицата, подлежащи на профилактичен преглед от специалист по акушерство и гинекология с изследване с цитонамазка – обхващат се всички жени на възраст 30-40 години, а не само тези, които навършват 30 години в съответната календарна година (*Политики 1.1, 1.2 и 1.3*). Включена е и възможност за диспансеризация на пациенти със Синдром на Търнър над 18 години, за които до момента възможността за проследяване е затруднена след навършване на пълнолетие. Въведената амбулаторна процедура за наблюдение на пациенти с Болест на Бехтерев, осигурява комплексно диспансерно наблюдение на тези пациенти.

През 2018 г. продължи подпомагането на лечението на деца чрез Център „Фонд за лечение на деца“ (*Политики 1.1, 1.2, 1.6 и 1.7*). 259 деца са получили разрешения за

организационно и финансово подпомагане в чужбина, а 816 – за лечение в страната. При съпоставка на дейността, при относително запазен обем на подадените заявления за подпомагане с предходната година, се отчита нарастване през 2018 г. на броя подпомогнати деца за лечение в България. Това включва случаи на необходимост от подпомагане на лечението основно с медицински изделия и лекарствени продукти, които не се поемат от НЗОК. Същевременно през 2018 г. се отчита намаление на броя на децата за лечение в чужбина, като това са случаите, при които не са налице условия необходимите диагностични и лечебни дейности да се осъществят своевременно в страната. С приетия в края на 2018 г. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2019 г., са направени изменения и допълнения в чл. 82 от Закона за здравето, чрез които дейностите, изпълнявани до момента от ЦФЛД, преминават за администриране от към НЗОК. При промените е отчетено като наложително всички дейности, изпълнявани до момента от ЦФЛД, да бъдат запазени като обхват при преминаването им за администриране от НЗОК, като се гарантира плавен преход при процедуране по подадени вече заявления за организационно и финансово подпомагане на деца – пациенти.

През 2018 г. интензивно се работи по реализиране на реформа в медицинската експертиза. Съществени промени бяха направени в Наредбата за медицинската експертиза (приета с Постановление № 120 на Министерския съвет от 2017 г., изм. ДВ, бр. 51 от 2017 г., и ДВ, бр. 64 от 03.08.2018 г.), с които се цели постигането на висока обективност, прецизност и прозрачност на медицинската експертиза, съчетана с ефективни контролни механизми върху цялостната ѝ дейност, така че да се постигне ясна рамка от задължителни норми в критериите на медицинската експертиза и работещите в нея лекари и структури. Чрез промените се осигурява стабилност и предвидимост на резултатите от медицинската експертиза, което е предпоставка за ефективно планиране и прогнозиране на всички произтичащи от нея последствия, включително социалните придобивки и финансови обезщетения, които сами по себе си са обект на прилагане на други нормативни документи.

В организацията на работа на органите на медицинската експертиза са въведени съществени промени чрез изменение и допълнение на Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (ДВ, бр. 62 от 27.07.2018 г.). Целта е да се премахнат редица ограничения пред ТЕЛК и ще се създадат много по-големи възможности за създаване на комисиите, което ще преодолее трудностите, съществуващи понастоящем при тяхното окомплектоване със специалисти. Ще се намали административната тежест за освидетелстваните лица, тъй като освидетелстването ще става преимуществено по предоставените медицински документи.

Анализът на дейностите в областта на медико-социалните грижи за деца и тяхната деинституционализация 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, 1.6 и 1.7*). 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.

В системата на ДМСГД се предоставят грижи на деца с тежки хронични заболявания и увреждания, които не могат да бъдат осигурени в семейна среда (*Политики 1.1, 1.2, 1.6 и 1.7*). Отглеждат се малки деца до 3-годишна възраст в медико-социален риск, както и недоносени деца до извеждане от недоносеност и връщане в семейството им. Около две трети от децата в ДМСГД са с увреждания, като по-голямата част от децата с увреждания са под 3-годишна възраст. Дейността на ДМСГД включва и възпитание, обучение и подготовка на децата за социална интеграция и реинтеграция в семейна среда. В дневните центрове се предоставят медицински (диагностика, рехабилитация) и немедицински (психологични и логопедични) грижи за деца с увреждания от семейна среда.

Към 31.12.2018 г. в ДМСГД са настанени за отглеждане 452 деца, като техният брой е намалял в сравнение с 2017 г., когато са били 539. Основно се предоставят грижи на деца с тежки хронични заболявания и увреждания, за които на този етап не може да бъде осигурена семейна среда. По-голямата част от децата с увреждания са под 3-годишна възраст, но има и деца над 3 г. През 2018 г. относителният дял на децата с увреждане се е увеличил в сравнение с 2017 г., когато е бил 77 %. Анализът показва, че се запазва положителната тенденцията към намаляване броя на преминалите деца на резидентна грижа. Това се дължи на целенасочената национална политика за прекратяване на отглеждането на децата в институции. Броят на децата преминали за резидентна грижа през ДМСГД намалява поради намаляването на приетите деца и ускорените процеси по извеждането им. За сравнение – през 2017 г. са преминали 916 деца, а през 2018 г. – 814 деца, като 638 от тях с увреждания. Относителният дял на преминалите деца с увреждания в ДМСГД се повишава от 63,6 % през 2017 г. на 78,4 % през 2018 г., което се дължи освен на намаляващия общ брой деца, отглеждани в ДМСГД, и на забраната за настаняване на здрави деца. През 2018 г. е проведена диагностика и лечение на 797 деца, децата на институционална грижа, включени в рехабилитационни програми, са се увеличили от 728 през 2017 г. на 754 през 2018 г. Проведени са 180 674 леглодни, като използваемостта на леглата е 174 дни, което е с 6 дни по-малко от предходната година.

Министерство на здравеопазването участва в процесите на деинституционализация чрез изпълнение на Актуализирания план на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ (*Политики 1.1, 1.2, 1.6 и 1.7*). С този план министерството е поело ангажимент да закрие останалите 14 ДМСГД, както и да създаде услуги, които да подкрепят семействата при отглеждането на децата, особено на децата с увреждания и хронични заболявания. Целта е да се продължи подкрепата на процеса по деинституционализация, да се осигури качествена алтернативна грижа за децата, настанени в домовете за деца, лишени от родителска грижа, домовете за медико-социални грижи за деца 0-3 години, както и да се финализира процесът по закриване на класическите институции за деца от интернатен тип в България. За изграждането на интегрираните здравно-социални услуги и за тяхното функциониране е предвидено финансиране по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020 г. и Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г.

На 03.12.2018 г. беше разкрит първият Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронично заболявания в гр. Силистра (ЦКОДУХЗ). В него се осъществяват следните дейности за деца с увреждания и тежки хронични заболявания:

- подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика, диагностика, лечение и медицинска и психосоциална рехабилитация;

- 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.

През 2018 г. с цел защита, подкрепа и насърчаване на кърменето е проведен семинар с 50 участника на тема „Изграждане на капацитет и повишаване на компетентността на доброволни консултанти по кърмене за консултиране и подкрепа в сферата на кърменето“. Проведен е и обучителен семинар на тема: “Здравословно хранене на деца и ученици в организирани детски колективи“ за повишаване капацитета за изграждане на умения за здравословно поведение с 100 участници - педагози, училищни психолози и медицински специалисти към детските и учебни заведения от Софийска област.

ПРИОРИТЕТ 2. ИЗГРАЖДАНЕ И УПРАВЛЕНИЕ НА СПРАВЕДЛИВА, УСТОЙЧИВА И ЕФЕКТИВНА ЗДРАВНА СИСТЕМА, ОРИЕНТИРАНА КЪМ КАЧЕСТВО И РЕЗУЛТАТИ

През 2018 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 в периода 2016-2018 г. значителна промяна в законовата и подзаконова нормативна уредба, уреждаща системата на задължителното здравно осигуряване и системата на здравеопазването, включително и лекарствения сектор.

Приоритет 2 на НЗС 2020 включва политики, ориентирани пряко към системата на здравеопазване, която е изправена пред сложни предизвикателства, свързани с влошаващи се показатели на здравно-демографското състояние на населението, нарастване на здравните неравенства, недостиг на здравни специалисти. Променя се демографският модел на болестите, при който основните проблеми на здравето са свързани с хроничните заболявания, заплахите за психичното здраве и състояния, свързани със стареенето. 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. Според стратегията, отговорите на здравната система на динамично променящите се потребности на фона на ограничени ресурси, изискват иновативни и комплексни решения, които да са базирани на доказателства и да са възможно най-ефективни.

Изпълнението на част от мерките за реализацията на политиките по Приоритет 2 е отразено в Доклада за състоянието на здравето на гражданите, раздел „Функциониране на здравната система“, а друга част в раздел „Изпълнение на проекти, финансирани с европейски фондове и други международни финансови източници“, тъй като за тяхното изпълнение се използват финансовите механизми на ЕС и ЕИП. Поради това в настоящия раздел са отчетени само специфични мерки, за които в доклада не е представена информация.

По отношение на *Приоритет 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазване* в стратегията се посочва, че повишаващите се разходи за здравеопазване през последните години поставят пред управленските институции в цял свят сериозни предизвикателства, като България не се различава от общата тенденция на устойчиво нарастване на здравните разходи. Публичният сектор играе основна роля във финансирането на здравните услуги: в две трети от държавите членки над 70 % от разходите за здравеопазване се финансират от публичния сектор. Тази ситуация има тежки последици върху устойчивостта на публичните финансови, особено в контекста

на процеса на застаряване на населението. Данните²³ сочат, че държавите-членки с относително висок дял на частните разходи за здравеопазване са България (46 % от общия разход за здравеопазване), Гърция (над 41 %), Кипър (54 %), Латвия (44 %) и Малта (43 %). Държавите членки с най-висок дял на финансирани от държавата разходи за здравеопазване са Чехия (83%), Дания (84%), Германия (85%), Люксембург (83%), Нидерландия (81%) и Швеция (84%). Според международни анализатори 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 здравеопазването - застаряването на населението, нарастването на хроничните заболявания, техническия прогрес, свързан с въвеждането на нови медицински и други технологии и др.

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 следва да се отдели на планирането на финансовите ресурси за заплащане на здравни дейности, технологии и лекарствени продукти с доказана здравна и икономическа ефективност.

С консолидираната фискална програма за 2018 г. разчетените разходи за функция „Здравеопазване“ са 4 711,3 млн. лв., а изразходваните средства са в размер на 4 833,6 млн. лв. или 102,6 % спрямо годишния разчет и представляват 4,5 % от БВП. (млн. лв.) За 2018 г. по бюджетите на министерствата и ведомствата разчетените средства по функция „Здравеопазване“ са в размер на 608,8 млн. лв. По уточнен план средствата са в размер на 807,8 млн. лв., като увеличението е в резултат основно на получените през годината трансфери по договори, сключени с НЗОК за изпълнение на медицински дейности и болнична медицинска помощ.

Разходите по държавния бюджет за функция “Здравеопазване” през 2018 г. са насочени към финансиране на следните приоритети:

- центрове за спешна медицинска помощ, регионални инспекции, центрове за трансфузионна хематология и др.;
- национални здравни програми по стратегически здравни приоритети и социално значими заболявания;
- осигуряване на медикаменти, консумативи и биопродукти по централна доставка;
- диагностично-консултативна и лечебна дейност в лечебните заведения, в системата на МЗ, МТИТС, МС, МО, МВР и ММС.

Основните разходи за функция „Здравеопазване“ по държавния бюджет се осъществяват чрез бюджета на Министерството на здравеопазването. Министерството на здравеопазването субсидира лечебните заведения за болнична помощ с държавно и общинско участие въз основа на договор за дейности, които са определени като държавна отговорност по критерии и ред, определени от министъра на здравеопазването, в съответствие с чл. 82 от Закона за здравето. Субсидиите за болнична помощ чрез бюджета на МЗ за 2018 г. по отчет са 111,3 млн. лева.

²³ https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_bg.pdf

Чрез бюджета на Министерството на здравеопазването и през 2018 г. се осъществяват разходи по централни доставки за лекарствени продукти за пациенти със СПИН, туберкулоза и психически и поведенчески зависимости, като по отчет тези разходи са в размер на 49,3 млн. лева.

През 2018 г. чрез бюджета на Министерството на здравеопазването са финансирани общо 9 национални програми, като отчетените разходи за тях са в размер на 7,3 млн. лева.

Просрочените задължения на лечебните заведения за болнична помощ (държавни и общински болници – търговски дружества) към 31.12.2018 г. възлизат на 161,0 млн. лв. От тях на:

- държавните и с преобладаващо държавно участие в капитала болници - 125,9 млн. лв.;
- общинските болници - 35,1 млн. лева.

Анализът на размера на задълженията показва намаление на просрочените задължения в лечебните заведения за болнична помощ с държавно и общинско участие, което е в размер на 20 процентни пункта спрямо отчетените просрочени задължения на държавните лечебни заведения към 31.12.2017 г.

По общинските бюджети за функция “Здравеопазване” са отчетени разходи в размер на 195,8 млн. лв. или 97,0 % от предвидените в държавния бюджет за 2018 г., като изпълнението е 117,6 % спрямо отчета за 2017 г.

Общият размер на извършените разходи за функцията по бюджета на НЗОК е 3 807,4 млн. лв., като с най-голям относителен дял са здравноосигурителните плащания в размер на 3 757,8 млн. лева. Европейски средства – изразходваните средства във функция „Здравеопазване“ за 2018 г. са в размер на 20,6 млн. лв., основно по следните оперативни и др. програми: Оперативна програма „Регионално развитие” (програмен период 2007-2013 г.) – 13,4 млн. лв. По Оперативна програма „Региони в растеж“ са изразходвани средства в размер 2,2 млн. лв. По приоритетна ос 4 „Регионална здравна инфраструктура“ е одобрен голям проект на обща стойност 163,5 млн. лв. с бенефициент Министерство на здравеопазването, чрез който се предвижда модернизация на системата за спешна медицинска помощ в България. Разходи по други програми и проекти, финансирани от фондове и институции на ЕС, за 2018 г. са усвоени средства в размер на 4,1 млн. лева.

По отношение на *Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти* са извършени сериозни промени, свързани с регулацията на лекарствения сектор, 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*. Във връзка с това следва да се отбележи, че 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, заложи в бюджета и равен достъп до съвременни лекарствени терапии.

С промени в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина бяха създадени правни предпоставки за въвеждане на електронна информационна система за наблюдение на лекарствени продукти от Позитивния лекарствен списък и ограничаване на износа им при установен недостиг или липса с цел осигуряване на достатъчни количества лекарствени продукти за пациентите в страната. Въведе се правна възможност за използване на лекарствени продукти за състрадателна употреба в Република България. Осигурява се прилагането на Регламент (ЕС) № 536/2014 на Европейския парламент и на съвета от 16 април 2014 година относно клиничните изпитвания на лекарствени продукти за хуманна употреба, с което се оптимизират административните правила по разрешаването и провеждането на клинични изпитвания

и се намалява регулаторната тежест. Въведени са мерки за намаляване на административната тежест, като се намаляват на сроковете за издаване на разрешение за производство и разрешение за осъществяване на търговия на едро с лекарствени продукти, както и при извършване на дарения на лекарствени продукти чрез замяна на действащия режим от съгласувателен в уведомителен. Регламентирано е задължение на НСЦРЛП да определя лекарствените продукти с ново международно непатентно наименование, за които при включването им в Позитивния лекарствен списък не са представени доказателства за терапевтична ефективност и/или съотношението разход-резултат е стойностно неефективно и да въвежда изискване за проследяване на ефекта от терапията с тях, срокът, както и лечебните заведения, в които се извършва. С цел извършване на комплексна оценка и обединяване на процедурите за оценяване лекарствените продукти, принадлежащи към нови международни непатентни наименования и за добавяне на нови терапевтични показания на лекарствените продукти, е извършена нормативна промяна като към функциите на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти се включени функции по оценка на здравните технологии. Регламентирана е възможност Изпълнителната агенция по лекарствата да извършва съвместни проверки с Националната агенция за приходите, Агенция "Митници", Националната здравноосигурителна каса, Министерството на здравеопазването и Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти при осъществяване на държавен контрол върху лекарствените продукти и на лицата извършващи търговия с лекарствени продукти за спазването на действащата в страната нормативна уредба и с цел гарантиране на достъпа на пациентите до качествени и ефикасни лекарствени продукти.

Бяха подготвени промени в 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, за следващата година, с които се регламентира механизъм, чрез който НЗОК ще заплаща след отчитане на резултата от терапията за лекарствени продукти, определени за проследяване на ефекта от лечението с тях. С този механизъм се цели средствата от бюджета на НЗОК за определени лекарствени продукти да се разходват само при наличие на резултат, установен чрез измерими критерии ефективност и ефикасност на лекарствената терапия. Регламентира се създаването на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК като мярка за осъществяване на краткосрочен и дългосрочен контрол на разходите на НЗОК за лекарствени продукти, с оглед спазване на бюджетна дисциплина и недопускане на дефицит, като същевременно се цели осигуряване на ефективно и качествено лечение на по-голям брой здравноосигурени лица, в рамките на установения бюджет за лекарствени продукти. С промените се допълва другата законоустановена мярка за контрол на разходите на НЗОК за лекарства - договарянето на отстъпки, чрез въвеждане на нов вид отстъпка в полза на пациента, която дава възможност на ПРУ да предоставя на НЗОК отстъпка за частично реимбурсираните лекарствени продукти, разпределена изцяло в полза на здравноосигуреното лице с оглед компенсиране на доплащането. Регламентира се правна възможност за НЗОК, при нова оценка на здравните технологии за лекарствен продукт, за преговаряне на отстъпка за същия продукт, както и за преговаряне/договаряне на отстъпки за други лекарствени продукти със същите или сходни терапевтични показания, с оглед сравнителната им терапевтична ефективност съгласно оценката. Целта е да се създаде механизъм, при който НЗОК, в зависимост от резултатите от оценката, да има възможност да намали бюджетното въздействие от заплащането на лекарствения продукт, като договори по-високи размери на отстъпката за него или за други лекарствени продукти, с които при оценката е извършен сравнителен анализ и е установена по-ниска терапевтична ефективност, което ще е основание за договаряне на

по-високи отстъпки или за договаряне на доброволни такива с цел постигане на положителен финансов ефект за бюджета на НЗОК.

Извършени са промени на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти с цел въвеждане на организация и ред при предписване на лекарствени продукти за лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания на лица под и над 18-годишна възраст от комисиите, оторизирани за тази дейност, съгласно разписаните терапевтични схеми в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства. Въвежда се по-добър контрол върху отчитането на тези лекарствени продукти като се унифицират данните от документите при предписването чрез създадени нови отчетни документи – терапевтичен фиш и журнал за разтваряне на лекарствени продукти, с което в болничната аптека и в ежедневните електронни отчети се създадат предпоставки за проследяване на използваните количества лекарствени продукти и оптимизиране на процеса за максимално използване с възможно най-малко остатъци от тях.

Направени са промени в Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от държавния бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, с което се оптимизира срокът за предписване и отпускане на лекарствени продукти за пациенти в стабилно състояние, който се удължава на три месеца с цел облекчение както за пациентите, така и за лекарите и увеличаване на времето за консултации и прегледи.

Издадена е Наредба № 4 от 2018 г. за условията и реда за унищожаването, преработването или използването за други цели на лекарствени продукти.

С приетите изменения и допълнения в Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат са прецизирани правилата за определяне на стойностите на медицинските изделия, които НЗОК заплаща и е регламентирано договарянето на отстъпки от предложените най-ниски цени. В условията на болничната помощ се създава възможност за НЗОК да определя стойност на заплащане 100% за групи медицински изделия, както и да дефинира нови групи медицински изделия, които може да заплаща при постигнат разходоефективен резултат за бюджета на НЗОК.

Направени са промени в 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, с които се цели да се преодолее липсата на ефективна регулация и на законови механизми за административен контрол на предлаганите от вносителите цени на медицинските изделия. Това ще доведе до установяване на по-добър баланс между определените за заплащане от НЗОК стойности за медицински изделия и достъпа на здравноосигурените лица до необходимите им, съобразно здравословното им състояние медицински изделия. Създадена е правна рамка за заплащане от НЗОК на медицински изделия за хората с увреждания, считано от 01.01.2020 г.

С Постановление на Министерски съвет е създаден Централен орган за покупки в сектор "Здравеопазване", с който се въвежда единна национална платформа за търговия с лекарствени продукти за нуждите на лечебните заведения в страната, чрез която лечебните заведения да се обезпечават с лекарствени продукти, съобразно техните потребности. С централизираното закупуване се цели да се постигне по-ниска стойност на разходите за лекарства и повишаване на публичността и прозрачността при възлагане на обществени поръчки в сектор „Здравеопазване“. Свободната и лоялна конкуренция, чрез въвеждане на електронно възлагане, ще улесни участието на всички търговци, ще повиши предлагането и ще осигури постигане не само на по-изгодни условия за възложителите в сектора, но и намаляване на разхода на обществен ресурс.

Във връзка със заложената мярка за продължаващо следдипломно обучение на медицинските специалисти, ориентирано към рационална и безопасна употреба на лекарствени продукти, по отношение на продължаващото обучение на магистър-фармацевтите по Закона за съсловната организация на магистър-фармацевтите, което се организира от Българския фармацевтичен съюз (БФС), са разработени Правила за провеждане на продължаващото обучение. С Правилата 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. В тази връзка Комисията по качество е разработила и утвърдила програми за продължаващото обучение на магистър-фармацевтите, като през 2018 г. БФС е провел дистанционно обучение на тема "Ролята на магистър-фармацевта в подкрепа на пациенти, лекувани с биотехнологични и биоподобни продукти".

В основата на *Политика 2.3. Развитие на интегрирана система за спешна медицинска помощ* 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 е въвеждането и прилагането на Националната здравна карта, в която да се определи териториалното разпределение на спешните структури в извънболничната и болничната помощ. Съгласно стратегията в болничната част на системата трябва 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. 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. 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.

Системата се финансира изцяло със средства от бюджета на Министерство на здравеопазването по програма „Спешна медицинска помощ“ в размер на 162 249 242 лв. за 2018 г. През периода 2008-2018 г. размерът на средствата за финансиране на системата се увеличават над 3 пъти – от 52 млн. през 2006 г. до 162,2 млн. лв. през 2018 г. Най-голям дял имат разходите за заплати и осигуровки – 79 % от общият бюджет, следват

разходите за издръжка - 12,5% от общите разходи. 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 2018 г. е увеличена, като достига 29 521 950 лв., при 26 541 348 лв. за 2017 г.

И през 2018 г., в съответствие с приетата Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014–2020 г., 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 годината бюджетът за персонал на ЦСМП беше увеличен с 8 845 400 лв. По този начин за периода 2015-2018 г. увеличението достигна 52 % спрямо изходното ниво през 2014 г. В резултат на предприетите мерки вече се наблюдава положителна тенденция за намаляване текучеството на персонал в ЦСМП, като за 2018 процентът незаети щатни бройки остава на същото ниво както през 2017 г.

За гарантиране на адекватна структура на системата през 2018 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 (197) 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 изнесени 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. 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. Картата на системата за спешна медицинска помощ е част от Националната здравна карта, която е утвърдена с Решение № 361/29.05.2018 г. и 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.

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 разработи проект по Приоритетна ос 4 „Регионална здравна инфраструктура“ за модернизация на системата за спешна медицинска помощ с общ бюджет 163 987 815.62 лв. С осигурените средства поетапно се извършва строителство, ремонт, реконструкция и оборудване на 197-те филиала на централните за спешна медицинска помощ и 34 спешни отделения на болниците. Планирано е и цялостно преоборудване и закупуване на нова модерна техника, включително и устройства за телемедицина и 400 нови линейки, снабдени с животоспасяваща апаратура.

В съответствие с мерките, насочени към развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ, бе създаден Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ. Чрез създаването на центъра 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 2018 г. МЗ разработи 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.

Политика 2.4. Развитие на първичната извънболнична помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ 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 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

За гарантиране на достъпа на населението до базови медицински услуги в първичната медицинска помощ в приетата през 2018 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 показаха необходимост от най-малко 4 793 общопрактикуващи лекари, което надвишава настоящия брой на работещите по договор с НЗОК общопрактикуващи лекари (3 684).

В Националната здравна карта са 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 180 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 12 225, като 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 2018 г. бяха създадени условия (регламентирани в Наредбата № 3/2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса) за сключване на договори между ОПЛ и центровете за спешна медицинска помощ за гарантиране на 24-часов достъп на пациентите, в случай на неотложна необходимост.

С приетата Наредба № 3/2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, бяха създадени условия за разширяване на обема на дейностите от обхвата на извънболничната медицинска помощ. Регламентираният пакет дейности в първичната извънболнична медицинска помощ включва 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. 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.

Законът за бюджета на НЗОК за 2018 г. ясно показва приоритетите на държавната здравна политика за развитие на системата за извънболнична помощ, с акцент върху дейностите по промоция и профилактика на заболяванията, тъй като планираните средства за първичната извънболнична медицинска помощ са увеличени с над 7 млн. лв. спрямо бюджета за 2017 г. Със средствата бе осигурено увеличението на заплащането за капитала, 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.

През 2018 г. в приетата Национална здравна карта беше определен 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 тясно профилирани 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 8 000. 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.

С през 2018 г. беше увеличен броят на направленията за специализирани медицински дейности – консултативни прегледи при специалисти и медико-диагностични дейности, като финансирането е увеличено с над 13 млн. лв. Планираният от НЗОК обем дейности за осъществяване на първични и вторични специализирани прегледи при остри заболявания в извънболничната помощ бе увеличен значително.

Важна стъпка за реализацията на мярката бе осъществено, чрез Наредба № 3 от 2018 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.

По отношение на *Политика 2.5. Оптимизирана болнична помощ* 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 неефективността 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.

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 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.

Със ЗИД на Закона за лечебните заведения 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 има 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 2018 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 29 март 2018 г. с Решение № 361 Министерски съвет прие Национална здравна карта на Република България.

В Националната здравна карта са определени конкретните потребности от легла по видове медицински дейности и нива на компетентност на съответните структури, като е приложен принцип, гарантиращ равномерен и съответстващ на потребностите на населението достъп до всички нива на системата за болнична помощ. Съгласно данните от областните здравни карти, РЗИ и НЗОК, през 2018 г. общият брой на съществуващите болнични легла за активно лечение е 38 803 с използваемост от 64%, което представлява 24 723 използвани легла (на 100%). В Национална здравна карта са определени потребности от 33 481 болнични легла за активно лечение при използваемост от 75 %, които осигуряват 2 450 110 броя хоспитализации, или 41 000 броя хоспитализации повече от 2017 г.

На областно ниво са планирани базовите медицински дейности по специалности, осъществявани в болнични структури от I и II ниво на компетентност, леглата за продължително лечение и палиативни грижи, както и структури на медицински дейности, необходими за тяхното осъществяване (структури по спешна медицина, клинична патология и съдебна медицина). Определен е броят легла за осъществяване на

дейности на регионално ниво, които се приспадат от броя на леглата, планирани на областно ниво. За дейности, планирани на регионално ниво са посочени дейностите по медицинска онкология, лъчелечение, специализираните хирургични дейности по кардиохирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, съдова хирургия, детска хирургия, специализирани педиатрични дейности по детска гастроентерология, детска неврология, детска ендокринология и болести на обляната и др., както и всички дейности по останалите специалности, осъществявани на най-високото III ниво на компетентност. Заедно с това са определени и необходимите високотехнологични методи за диагностика и лечение и високотехнологична медицинска апаратура на регионално ниво. Потребностите са определени на база сравнителни международни данни за осигуреност на брой население и гарантират равнопоставен достъп на населението до висококачествени медицински технологии при ефективно разходване на ресурсите и инвестициите.

Пряко свързана с прилагането на Националната здравна карта е Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори, която е приета с ПМС № 78 от 14.05.2018 г. Наредбата беше изготвена и обнародвана своевременно във връзка с периода на договаряне между НЗОК и лечебните заведения за болнична помощ за 2018 г. 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.

Чрез утвърждаването на Националната здравна карта и Наредба № 3/2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, бяха създадени условия за стимулиране на процеса на преобразуване на леглата за активно лечение в легла за продължително лечение, както и за развитие на едnodневната хирургия, дневните стационари, амбулаторната дейност и др. 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. Това даде възможност повече болнични дейности да бъдат трансформирани в дейности по „едnodневна хирургия“, „дневен 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.

Съществено значение не само за реализацията на политиката, а и за цялостната реализация на НЗС и поставените национални здравни цели, е стартиралата през 2016 г. дейност по изграждане на високотехнологични центрове за ендovasкуларно лечение на мозъчно-съдови заболявания (инсулти; артерио-венозни малформации и аневризми.

Чрез Методиката за субсидиране на лечебните заведения и през 2018 г. бе осигурено финансиране на необходимите консумативи за ендоваскуларно лечение. Предвид огромната тежест на мозъчно-съдовите заболявания 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.

За подобряване на контрола на болничните дейности през 2018 г. продължи активната работа по изготвяне на медицински стандарти и актуализация на нуждаещите се от промяна такива по следните медицински специалности: „Гастроентерология“, „Медицинска онкология“, „Урология“, „Трансфузионна хематология“, „Образна диагностика“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Акушерство и гинекология“, „Кардиохирургия“, „Общи медицински стандарти по хирургия, съдова хирургия и детска хирургия“, „Неврохирургия“ и „Очни болести“. Системата от медицински стандарти е основен механизъм за обективна оценка и контрол на качеството на медицинските дейности, който следва да бъде поддържан и развиван.

По отношение на **Политика 2.6. Електронно здравеопазване** в стратегията се посочва, че на фона на бързото развитие на електронното здравеопазване в другите европейски държави, България все още не е изградила адекватна здравно-информационна система, която да осигури необходимата информация за нуждите на управлението и потребителите на здравни услуги, в т.ч. за изпълнение на ангажиментите на страната във връзка с трансграничния обмен на здравни данни. Наличните информационни системи и бази от данни не са системно интегрирани и не дават реална представа за общото състояние на системата на здравеопазването, което затруднява процеса на планиране на здравната политика. Според стратегията, интеграцията и свързаността в сферата на здравеопазването чрез създаване на Национална здравно-информационна система е основен инструмент за осигуряване на ефективното функциониране на здравната система. Целта на изграждането на единна система е създаването на възможност за обмен и контрол на информацията в реално време, включваща електронен пациентски запис, електронна автентификация, регистри на основните участници в системата на здравеопазването и обвързаност между тях. Подобна интеграция е от изключителна важност и за подобряването на дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването.

В изпълнение на мерките от Политика 2.6 през 2018 г. е подаден проект за осигуряване на техническа помощ за изготвяне на стратегия за електронно здравеопазване за периода 2021-2027 г., който ще се финансира от Службата за подкрепа на структурни реформи на Европейската комисия. Сключен е договор BG05SFOP001-1.002-0007-C01/21.03.2017 г. за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ по Оперативна програма „Добро управление“ за проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“. В рамките на проекта ще бъде изградена Националната здравна информационна система. Изграждането на националната здравна информационна система ще положи основата на електронното здравеопазване, като ще се осъществи връзка между множество, разработени към момента системи, в различни организации в сферата на здравеопазването между които НЗОК, доброволни дружества, национални центрове и изпълнителни агенции, лечебни заведения и др. Чрез интеграцията процесите в здравеопазването ще се обвържат в единна система с възможност за обмен и контрол на информацията в реално време. Изпълнението на проекта ще даде възможност за подобряване на качеството и ефективността на процеса на здравеопазване, посредством използване на нови здравни технологии в областта на електронното и мобилното здравеопазване. Сред основните дейности на проекта са изготвяне на анализ и оценката на нормативната уредба в България и на ниво ЕС, изграждане на независима среда за съхранение и обмен на данни,

електронен здравен запис, електронна рецепта, електронно направление, подсистема за събиране на информация от болниците, развитие и национално внедряване на единен пациентски идентификатор, разработка и доработка на регистри в сферата на здравеопазване, вътрешноадминистративни и публични електронни услуги, система за мониторинг и контрол и здравно-информационен портал.

През 2018 г. проектът е изменен и е сключено Допълнително споразумение, с което е преконфигуриран обхватът на дейностите, което осигурява възможност за тяхното паралелно изпълнение. Предвид настъпилите промени с изменението, Министерство на здравеопазването подаде ново искане за изменение на проекта, с което срокът за изпълнение на проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“ е удължен до 28.12.2019 г. През месец август 2018 г. е открита обществена поръчка с предмет: „Избор на изпълнители за разработване на информационни системи и подсистеми в изпълнение на пет от дейностите, включени в проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“, включваща пет обособени позиции:

- Обособена позиция № 1 „Избор на изпълнител на Дейност 5 – Разработка и доработка на необходими регистри за изпълнението на НЗИС“;
- Обособена позиция № 2 „Избор на изпълнител на Дейност 6 – Разработване на подсистема за електронни административни услуги“;
- Обособена позиция № 3 „Избор на изпълнител на Дейност 8 – Изграждане на здравно-информационен портал“;
- Обособена позиция № 4 „Избор на изпълнител на Дейност 9 – Изграждане на единно национално Електронно медицинско досие/Електронен здравен запис“;
- Обособена позиция № 5 „Избор на изпълнител на Дейност 10 – Изграждане на подсистема за Електронна рецепта и Електронно направление“.

През месец септември 2018 г. обществената поръчка с предмет: „Избор на изпълнители за разработване на информационни системи и подсистеми в изпълнение на пет от дейностите, включени в проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“, включваща пет обособени позиции е прекратена.

През месец октомври 2018 г. е открита обществена поръчка с предмет: „Избор на изпълнители за разработване на информационни системи и подсистеми в изпълнение на три от дейностите, включени в проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“. В обществената поръчка са включени следните три дейности от проекта:

- Дейност 5 „Разработка и доработка на необходими регистри за изпълнението на НЗИС“;
- Дейност 6 „Разработване на подсистема за електронни административни услуги“;
- Дейност 8 „Изграждане на здравно – информационен портал“.

През месец декември 2018 г. е открита обществена поръчка с предмет: „Избор на изпълнител за разработване и въвеждане/внедряване на национални номенклатури, здравно-информационни стандарти, идентификация, автентикация и базова функционалност на ядрото на НЗИС“. Техническата спецификация са описани изискванията за следните дейности от проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“:

- Дейност 2 „Разработване и въвеждане на национални номенклатури, задължителни за използване в сектора на здравеопазването по отношение на медицинската информация и обмяна ѝ в реално време“;
- Дейност 3 „Разработване и въвеждане на национални здравно-информационни стандарти за обмен на медицински данни в реално време“;

- Дейност 4 „Разработване и внедряване на базовата функционалност на ядрото на НЗИС“;
- Дейност 7 „Подсистема за идентификация и автентикация (single sign-on)“.

През месец декември 2018 е открита обществена поръчка с предмет: „Избор на изпълнители за разработване на информационни системи и подсистеми в изпълнение на 2 (две) дейности, включени в проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“. В обществената поръчка са включени следните две дейности от проекта:

- Дейност 9 „Изграждане на единно национално Електронно медицинско досие (ЕМД)/Електронен здравен запис (ЕЗЗ)“;
- Дейност 10 „Изграждане на подсистема за Електронна рецепта и Електронно направление“.

В проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“ е включена дейност „Анализ на стратегически и нормативни документи в областта на електронното здравеопазване в България и на ниво Европейски съюз (ЕС) и изготвяне на промени в националната нормативна уредба. В рамките на дейността ще бъде направен преглед и анализ на цялата действаща и обща и специална нормативна уредба, която регулира правоотношенията в сектор „Здравеопазване“ и ще бъдат предложени промени в нея, с цел нормативно регулиране на електронното здравеопазване и функционирането на Националната здравна информационна система.

Предвид дългосрочния характер на заложените мерки за изграждане на Националната здравна информационна система и разработването и прилагането на концепция за развитие на телемедицината в Република България, е необходимо в следващия период да бъдат положени допълнителни усилия, както и да бъдат осигурени съответните ресурси – финансови и човешки, за постигане на планираните резултати.

Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване

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. 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 с изключение на професията „медицинска сестра“. Възрастовата структура на работещите следва общата демографска тенденция за страната за застаряване на населението. Регионалното разпределение на медицинските специалисти е непропорционално и дисбалансирано (както и на населението като цяло), което води до затруднен достъп на населението в определени райони до здравни грижи и влияе върху качеството на медицинската помощ и ефективността и резултатността на медицинския труд. Свободното движение на хора в рамките на ЕС създава възможност за миграция на здравни специалисти от България към

другите европейски държави, която за лекарите и за медицинските сестри през 2018г. е в рамките на 1% и съответно не представлява заплаха за здравната система в страната.

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 2018 г. обучението на медицинските специалисти в Република България се провежда в 9 висши училища, като продължителността и съдържанието на обучението са синхронизирани с общностното право.

Във връзка с установения сериозен проблем с малкия брой на медицинските сестри в периода 2015-2018 г. МЗ води целенасочена политика, в партньорство с МОН, за увеличение броя на студентите в професионалните направления от област здравеопазване с установен недостиг на специалисти (най-вече професионално направление „Здравни грижи“, специалност „медицинска сестра“). През последните две учебни години – 2016-2017 г. и 2017-2018 г., в групата на професионалните направления от област здравеопазване се наблюдава и значително увеличение на приетите студенти спрямо общия план-прием, като най-висок е относителният дял в професионално направление „Здравни грижи“ – 4.12%.

В рамките на тази положителна тенденция обаче следва да се отбележи, че през последните 18 години се наблюдава дисбаланс в съотношението на утвърдените места за студенти по „медицина“, които превалят спрямо броя на местата за студенти по специалност „медицинска сестра“. Прието е, че за оптималното функциониране на здравната система е необходимо съотношението медицински сестри/лекари да е поне 2:1. Към 31.12.2018г. по данни на НСИ съотношението медицински сестри/лекари е едва 1,03:1 (30 589 медицински сестри и 29 667 лекари). 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 професии доведоха до увеличение на броя на завършващите медицински специалисти, което за професията „медицинска сестра“ обаче е крайно недостатъчно.

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 от бизнес-плановите на съответните центрове за професионално обучение и от желанието и възможностите за обучение на кандидатите. Възможността за работодателите да назначават болногледачи и здравни асистенти, които предоставят базови здравни грижи (хранене, общ тоалет, придружаване и транспортиране на болен и др.) е един от начините за намаляване на отчетеното свръхнатоварване на медицинските сестри (поради малкия им брой) и за възможност те да се фокусират върху специфичните за професионалната им квалификация дейности.

След придобиването на професионална квалификация по медицинска професия в системата на висшето образование, медицинските специалисти продължават обучението си и повишават квалификацията си в хода на професионалната си дейност. Следдипломното обучение в здравеопазването включва обучение за придобиване на специалност и продължаващо медицинско обучение. Прилагат се и различни вътрешни системи за повишаване на квалификацията на персонала в лечебните заведения. Дейностите в областта на обучението за придобиване на специалност се организират от Министерство на здравеопазването. Продължаващото обучение се осъществява от

съсловните организации на медицинските специалисти, висшите училища, ВМА, 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.

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, 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. С новата наредба са създадени 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“. Създадени са 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.

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 наредбата е една успешна стъпка към задържането на младите лекари и останалите медицински специалисти в страната.

През 2018 г. общият брой специализанти по Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването е 3 847, специализантите, започнали обучението си през 2018 г., са 1 260. За 2018 г. по реда на Наредба № 1 от 2015 г. министърът на здравеопазването е утвърдил 630 места за специализанти (при 566 за 2017 г. и 550 за 2016 г.), за които държавата ще финансира таксата за обучение, а до държавен изпит за специалност са допуснати общо 1 260 кандидата (при 1 019 през 2017 г. и 940 за 2016 г.).

В подкрепа на политиката за развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване Министерство на здравеопазването изпълнява проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването“, 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 и лекари по дентална медицина-специализанти, 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“. През 2018 г. продължава изпълнението и на проект BG05M9OP001-3.007-0001 „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“, чиято основна цел е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ чрез инвестиции в човешкия капитал. В изпълнение на дейностите по проекта е изграден и оборудван Национален център за обучение и квалификация в

системата за спешна медицинска помощ, като е извършена и по-голямата част от дейността по подготовката на обществената поръчка за избор на изпълнител, който ще проведе обученията за служителите на централите за спешна медицинска помощ и спешните отделения към многопрофилните болници за активно лечение.

МЗ издава удостоверения, необходими за работа в чужбина на медицински специалисти, придобили квалификацията си в Република България. През последните 11 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 над три пъти – от 655 през 2008 г. до 201 за 2018 г. Особено интензивно е намалението в броя на издаваните удостоверения в периода 2014-2018г., когато броят им намалява близо 2,5 пъти (от 501 на 201). За посочения период намалява и броят на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „медицинска сестра“ в чужбина (през 2018 г. са издадени само 111 удостоверения, за сравнение през 2008г. са издадени 687, през 2014г. – 327).

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. През 2018 г. МЗ, като компетентен орган за признаването на професионална квалификация по регулираните медицински професии, е издало 67 удостоверения за признаване на професионална квалификация и специалност в областта на здравеопазването на лица, придобили професионалната си квалификация в чужбина.

Чрез Националната здравна карта (НЗК) е създаден устойчив механизъм за поддържане на актуална информация, анализ и адекватно планиране на потребностите от отделните видове медицински специалисти в извънболничната помощ. Направления в НЗК 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.

Съгласно *Политика 2.8. Осигуряване на качеството и безопасността на медицинското обслужване* 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. 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 общинско ниво – регионални здравноосигурителни каси, регионални здравни инспекции, общински и местни дирекции/отдели по здравеопазване.

Данните за извършената контролна дейност и констатираните нарушения е детайлно представена в раздел „Качество и ефективност на медицинската помощ и безопасност на пациента“ от Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите. От представената информация може да се направи заключение, че контролната дейност през 2018 г. 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. 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.

В *Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система* от 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. 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.

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.

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.

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. С оглед това 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.

В изпълнение на политиката в Националната здравна стратегия 2020 има ясно разписана система за оценка и мониторинг и оценка на степента на изпълнение на заложените в нея политики. Обект на мониторинг и оценка са приоритетите и политиките за реализация на националните здравни цели, заложи в Националната здравна стратегия 2020 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 стратегията 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. 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.

ПРИОРИТЕТ 3. УКРЕПВАНЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Приоритет 3 на НЗС 2020 отразява разбирането, че грижата за общественото здравеопазване е ангажимент на държавата, институциите, обществото като цяло и на отделния индивид, а постигането на по-добри резултати изисква постоянни инвестиции и усилия за укрепване капацитета на общественото здравеопазване. В стратегията се посочва, че за изпълнение на приоритета за укрепване на капацитета на общественото здравеопазване и постигане на целите следва активно да бъдат въввлечени всички обществени сектори, а не само структурите на здравната система. За подобряване на общественото здраве е необходимо планирането, разработването и провеждането на политика по промоция на здраве, интегрирана профилактика на незаразните болести, надзор на заразните болести и ефективен държавен здравен контрол за ограничаване на заболяемостта от незаразни и заразни болести и предпазване от неблагоприятното въздействие на поведенческите рискови фактори и факторите на жизнената среда. Информация за изпълнението на част на мерките от Приоритет 3 е представена в раздел „Дейности по опазване на общественото здраве“ и раздел „Изпълнение на проекти, финансирани с европейски фондове и други международни финансови източници“ от Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите.

През 2018 г., в страната не бяха регистрирани заразни заболявания с висок епидемичен потенциал. Основните дейности по надзор на заразните болести през годината бяха насочени към:

- своевременно съобщаване, регистриране и проучване на възникнали случаи заразни заболявания;
- организиране и провеждане на незабавни противоепидемични мерки при възникване на епидемична ситуация;
- изпълнение на Националния имунизационен календар със задължителни имунизации и реимунизации, както и на целеви имунизации с цел създаване на личен и колективен имунитет срещу ваксинапредотвратими заболявания;
- недопускане внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск, в това число и провеждане на граничен здравен контрол;
- изпълнение на профилактични програми и планове за готовност при грипна пандемия; елиминиране на морбили и рубеола; първична профилактика на рак на маточната шийка, профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората, контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити при деца.

И през 2018 г. дейностите по надзор на заразните болести на национално и регионално ниво се осъществяваха в условията на хроничен кадрови недостиг. Липсата на специалисти в областта на епидемиология, микробиология, вирусология и др. възпрепятства адекватното провеждане на бърз отговор и контрол при възникване на епидемичен взрив.

За повишаване на капацитета на системата за надзор на заразните болести през 2018 г. по проблеми, свързани с провеждането на епидемиологичен и лабораторен надзор на заразни болести, са проведени общо 36 тематични курса и 17 индивидуални обучения.

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 2018 г. в страната са регистрирани 48 092 случая на остри заразни заболявания (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 4301 случая по-малко в сравнение с 2017 г. (заболеваемост 682,15‰), предимно поради намаляване на заболяемите от варицела, гастроентерити, вирусен хепатит А и ротавирусен гастроентерит.

През годината са отчетени 90 смъртни случая спрямо 93 случая за 2017 г., съответно смъртност 1,28‰ и 1,31‰. Като основна причина за летален изход отново са посочени невроинфекциите (менингит или менингоенцефалит) с относителен дял 40,00 % от всички смъртни случаи.

През 2018 г. са извършени 116 443 проверки на лечебни, детски и учебни заведения по профилактика и надзор на заразните и паразитните болести. С цел информизиране на населението за актуалната епидемиологична обстановка в страната са изготвени 2 886 седмични справки и бюлетени по проблемите на заразните болести, които своевременно са публикувани на официалните интернет страници на МЗ, РЗИ и НЦЗПБ. Проведени са 33 895 епидемиологични проучвания на регистрирани заразни огнища като своевременно са предприети всички специфични противоепидемични мерки и не е допуснато разпространение на епидемии.

Извършени са общо 847 890 броя микробиологични, вирусологични, паразитологични и серологични анализа на биологични материали (1 101 794 за 2017 г.), като при 13 091 от тях са извършени и референтни лабораторни изследвания.

България рутинно участва в системите за ранно предупреждение и отговор на ЕС и в специализираните електронни информационни системи за регистриране и надзор на заразните болести.

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 2018 г. Министерство на здравеопазването, след проведена обществена поръчка по реда на ЗОП, сключи договори 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 за двугодишен период. Предвидено е осигуряването и поддържането на до 30 % национален резерв на прилаганите при деца до 6 годишна възраст биопродукти, в съответствие с препоръките на Световната здравна организация. Всички договорени за годината количества са доставени в срок. Не са констатирани липси или недостиг от ваксини на регионално ниво.

През 2018 г. обхватът с основни имунизации е средно 91,09 %, което е под определения от СЗО критерий от 95 % за имунизационен обхват.

Имунизационният обхват на новородените с BCG ваксина през годината е 95,5% и се запазва на постоянно високо ниво.

Имунизациите срещу дифтерия, тетанус, полиомиелит и коклюш на децата до 1-годишна възраст са извършвани с пет- и шесткомпонентни ваксини. От обобщените за годината данни 60 387 деца са подлежали на имунизация с трети прием от посочените ваксини, а 55 282 деца са имунизирани. Имунизационният обхват с трети прием ваксини срещу дифтерия, тетанус, полиомиелит и коклюш е 91,5% спрямо 92,3 % за 2017 г.

Имунизациите срещу хепатит Б през 2018 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.

Със завършена имунизационна схема през 2018 г. са 85,1 % от подлежащите на имунизация срещу хепатит Б деца.

Имунизационният обхват срещу морбили, паротит и рубеола в страната през 2018г. е съответно 92,9% за първи прием и 87,4% за втори прием с комбинирана ваксина морбили-паротит-рубеола. Това е под изискванията за поне 95% ваксинално покритие, което крие реален риск от възникване на епидемично разпространение на трите заболявания и възпрепятства прекъсването на разпространението на дивите вируси на морбили и рубеола в обществото и елиминацията на морбили и рубеола в дългосрочен план.

През 2018 г. имунизационният обхват с три дози пневмококова конюгирана ваксина е 89,6% и е леко снижен в сравнение с предходните две години 91,3% - 2017 г. и 90,3% - 2016 г. Намален е и броят на реимунизирани деца (88,5%) спрямо предходната година (91,8% - 2017 г. и 89,1 - 2016 г.).

През 2018 г. се отчита снижение в показателите за имунизационен обхват при имунизации и реимунизации със задължителни ваксини, спрямо този за 2017 г., както на регионално, така и на национално ниво.

Като основни причини за това се очертават отлагане на подлежащи, поради медицински и други причини от навременно обхващане, миграция на населението извън и в страната, незаинтересованост или отказ на родителите и невявяване за провеждане на имунизация на децата.

Изброените причини очертават задържащите се от предходните години проблеми, свързани с по-ниския имунизационен обхват при задължителните имунизации. Макар и предимно от немедицински характер (административни и поведенчески) всяка една от тях допринася за намаляването на колективния имунитет срещу конкретни ваксинапредотвратими заболявания.

През 2018 г. на територията на страната не са регистрирани заболявания от дифтерия и полиомиелит.

Съобщени са 114 заболели от коклюш. 31 (27,2%) от тях са неимунизирани, 7 (6,1 %) са непълно имунизирани, а за 14 случая (12,3%) не са намерени данни за проведена имунизация. Останалите 62 (54,4%) са със завършена имунизационна схема.

Регистрирани са два епидемични взрива от морбили с общо 8 заболели в две области на страната – Бургас (6 случая) и София (2 случая).

Пет от заболелите в епидемичния взрив в региона на Бургас са от Украйна, временно пребиваващи в страната като сезонни работници по време на туристическия сезон на българското Черноморие. Лицата са с неизвестен имунизационен статус за морбилна ваксинация.

Другите два случая, обединени в епидемичен взрив от семеен тип, са при майка и дете от ромски произход, живеещи в Италия, неимунизирани, влезли в България с разгърнатата клинична изява на морбилна инфекция.

През годината са докладвани още 5 спорадични случая на морбили.

Отчита се завишаване в регистрираните заболявания от епидемичен паротит през годината – 27 спрямо 15 за 2017 г.

През 2018 г. броят на регистрираните случаи на вирусен хепатит Б е 215. С най-високи стойности е заболяемостта във възрастовите групи 50-54 г. (5,6‰) и 55-59 г. (5,4‰). Единични случаи на остър вирусен хепатит Б са регистрирани и в детска възраст (9 заболели на възраст от 1 до 19 години).

През периода са регистрирани 25 случая на пневмококов бактериален менингит, от които 3 са при деца на възраст 0–4 г. От тях едно е имунизирано (ваксинация с 3+ приема), едно не е имунизирано, а при третото дете имунизацията е с два приема ваксина. Няма данни за извършено серотипизиране на изолираните причинители.

Във връзка с наблюдавания през последните години увеличен миграционен натиск в Република България и през 2018 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:

- 361 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 (косметични 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;

- 10 067 броя микробиологични, паразитологични и вирусологични изследвания на настанени в центрове лица;

- 156 задължителни имунизации на деца бежанци до 15 годишна възраст.

През 2018 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 2018 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 етикетирание;

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 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;

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 2018 г. общият брой на извършени проверки в обекти с обществено предназначение от органите на държавния здравен контрол в страната е 156 463 броя при планирани 144 000 броя проверки. Извършени са 292 проверки на обекти за бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, 10 851 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 2018 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 80 785 броя спрямо 88 274 броя през 2017 г., включително за наличие на опасни стоки на пазара. Издадени са 419 разрешения за пускане на пазара на биоциди, 43 здравни сертификата за износ на продукти и стоки със значение за здравето на човека и 36 сертификата и балнеологични оценки за минерална вода от конкретно водовземно съоръжение.

През 2018 г. общият брой на извършените лабораторни анализи от органите на държавния здравен контрол на питейни води е 311 937 срещу 322 963 за 2017 г., на води за къпане – 1 897 срещу 2 095 за 2017 г., на минерални води – 7 544 срещу 9 118 за 2017 г., на води в плувни басейни – 47 188 срещу 53 286 за 2017 г., измервания и изчисления на проникващ шум и вибрации – 8 831 срещу 10 655 за 2017 г., измервания на

електромагнитни полета 10 141 срещу 19 104 за 2017 г. и на осветеност, микроклимат, прах и др. – 21 021 срещу 29 161 за 2017 г.

Извършените през 2018 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: 6 902 анализа на козметични продукти спрямо 7 893 анализа за 2017 г., 16 372 анализа на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води спрямо 18 653 анализа за 2017 г. и 3 388 анализа на химични вещества и смеси спрямо 3 316 анализа за 2017 г.

През 2018 г. беше изготвен Отчет за изпълнение на Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху българското население 2013-2017 г.:

Република България, завърши един цикъл на първата си национална програма за редуциране на облъчването от радон на българското население. Обстоятелство, което ни дава преднина пред страни като Румъния и Гърция, които в момента изготвят техните първи програми.

В изпълнение на първата програма, въпреки не пълното финансиране на дейностите, Република България проведе първото систематизирано национално проучване на годишната обемна активност на радон на цялата територия, което ще послужи като основа за следващите действия в областта на разработването и провеждането на държавната политика по намаляване на риска от облъчване от радон.

В изпълнение на предвидените дейности и задачи в Националната програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху българското население 2013-2017 г. бяха подготвени информационни материали и се проведеха редица кампании за повишаване на информираността на населението, за въздействието на радона като естествен източник на йонизиращо лъчение. В изпълнение на една от основните цели на програмата беше разработена и изпратена за нотификация в Европейската комисия Наредбата за техническите изисквания към сградите за защита от радон.

Извън предварително планирания официален контрол своевременно са изготвени 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 2018 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 2018 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.

През 2018 г. продължи работата по изпълнение задълженията на Република България по Протокол „Вода и здраве“. Проведеха се разяснителни кампании с цел информиране на обществеността за поемането на лична отговорност на всеки един

гражданин за опазване на подземните и повърхностните води на територията на страната и от там опазването на питейните води и общественото здраве.

Организирано е и проведено практическо обучение на органите на държавния здравен контрол от РЗИ във връзка с „Шести координиран европейски проект (REF-6) на Форума за обмен на информация по въпросите на прилагането на REACH и CLP към Европейската агенция по химикали“, който има за цел да провери съответствието на пуснатите на пазара химични вещества и смеси, в т.ч. и биоциди и да се повиши осведомеността, чрез проучване и прилагане на различни правни разпоредби от Регламента CLP, Регламент REACH и Регламент 528/2012 относно предоставянето на пазара и употребата на биоциди. Особено внимание се обръща на класификацията и етикетването на смеси.

През 2018 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.

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, Националния 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. През 2018 г. продължи дейността по проекта като част от предвидената апаратура бе закупена.

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 2018 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 ваксипредотвратимите 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, свързани със снижаване на смъртността във възрастовите групи 0-20 години, където е налице значително подобрене на показателите. Те 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 2017 г. и 2018 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 на 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-съдови заболявания, 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, свързани със снижаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20 до 65 годишна възраст и увеличаване на средната продължителност на предстоящият живот на хората над 65-годишна възраст, при които също е налице подобряване на показателите, но темпът 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 явната тенденция за намаляване на позитивните ефекти от провежданите политики във възрастовите категории, в които се повишава влиянието на факторите на външната среда и начина на живот. 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. Като положителни стъпки могат да се посочат предприетите през 2018 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 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 2018 г. по изпълнение на политиките по Приоритет 2 са предприети комплексни и подчинени на обща концепция действия, които са свързани със започналата 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 приемането на Национална здравна карта (*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*).

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 2018 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 съществена роля за реализацията на политиките по Приоритет 1 и 3 е продължилото и през 2018 г. оптимизиране на пакета здравни дейности, заплащан от бюджета на НЗОК. Ежегодното разширяване на пакета здравни дейности, заплащани от НЗОК, създаде реални и финансово обезпечени механизми за промяна 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.

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.

3. По Приоритет 3. Укрепване на капацитета на общественото здраве

При оценката на изпълнението на политиките по Приоритет 3 следва да се има предвид, че те осигуряват същинската платформа за устойчиво подобряване на здравето на населението. Политиките, осъществявани в рамките на Приоритет 3, са насочени към основните детерминанти на здравето и имат цел да намалят влиянието на вредните фактори и да потенцират действието на тези, които влияят благотворно върху него. В този смисъл, инвестициите в тези политики имат много по-голяма икономическа ефективност и могат да дадат много по-значим резултат. Омаловажаването през последните години на тези инвестиции и концентрирането на ресурсите в скъпата лечебна дейност, забавя темповете на подобряване на здравето състояние на гражданите и не дава възможност да бъде използван огромен потенциал за неговото подобряване чрез превенция и ефективна профилактика.

От особено значение за реализацията на *Политика 3.1. Промоция на здраве и профилактика на болестите* е изпълнението на националните здравни програми с акцент върху дейността по Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г.

Следва да се отбележат ефективните мерки по изпълнение на *Политика 3.2. Надзор на заразните болести, свързани с поддържане на имунизационния статус на населението и справяне с предизвикателствата, свързани с миграционния натиск в страната*. В резултат на това не са допуснати отклонения в епидемиологичната обстановка и разпространението на инфекциозните болести.

В рамките на *Политика 3.3. Ефективен и качествен държавен здравен контрол* е осигурено изпълнението на всички ангажименти на системата в рамките на националното и международно законодателство и не са допуснати отклонения на контролираните фактори извън установените норми.

В рамките на всички политики по Приоритет 3 най-забавен е процесът на изпълнение на мерките, насочени към развитие на човешките ресурси в системата на общественото здраве.

Предвид важните функции на общественото здравеопазване за опазването и подобряването на здравето на гражданите е необходимо предприемане на активни действия за повишаване на капацитета и осигуряване на компетентен и мотивиран

персонал. Необходимо е продължаване на усилията за осигуряване на устойчиво финансиране на политиките в областта на общественото здраве.

Експертната оценка на изпълнението на НЗС 2020 се потвърждава от данните, представени в отчетта за изпълнение на бюджетните програми, 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; има увеличаване на средствата по политика „Диагностика и лечение“, политика „Лекарствени продукти и медицински изделия“ и програма „Администрация“, докато средствата по политика „Промоция, превенция и контрол на общественото здраве“ през 2018 г. намаляват с 15 596,2 хил. лв. спрямо 2017 г.

- 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.

Реализацията на политиките, заложи в НЗС 2020, са обект и на външна оценка, която бе дадена в Доклада за България за 2018 г.²⁴, изготвен в рамките на Европейски семестър за оценка на напредъка в структурните реформи, предотвратяването и коригирането на макроикономическите дисбаланси. В него както и в предходния доклад за 2017 г., се отбелязва ограничен напредък по отношение на изпълнението на Специфичната препоръка за България „В съответствие с Националната здравна стратегия и плана за действие към нея да подобри достъпа до здравни услуги, включително чрез намаляване на преките плащания и чрез преодоляване на недостига на здравни специалисти“. 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 *„През 2018 г. беше постигнат известен напредък в подобряването на достъпа до лекарства за профилактика на заболяванията и програми за извънболнични грижи. Повечето от мерките, планирани за 2019 г., имат за цел да се подобри ефикасността на системата. Като част от бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2019 г. бяха приети допълнителни мерки за реформи, целящи подобряването на управлението на системата на здравеопазването. Въпреки това тяхното въвеждане може да бъде забавено, тъй като е необходимо парламентът първо да одобри съответните изменения в други правни разпоредби.“*

²⁴file:///D:/Downloads/2019-european-semester-country-report-bulgaria_bg.pdf

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1. Медицински персонал

	1980	1990	2000	2010	2015	2016	2017	2018
Брой								
Лекари	21796	28497	27526	27997	29073	29539	30078	29 667
Лекари по дентална медицина	4839	6109	6778	6355	7512	8011	8355	7 240
Медицински специалисти по здравни грижи	77532	88387	49840	47468	47428	46930	46702	46 332
в т. ч.:								
фелдшери	7355	7617	3158	2417	2315	2255	2186	2 145
акушерки	7897	7544	4131	3247	3274	3254	3207	3 155
медицински сестри	45449	53810	31479	31786	31397	30976	30955	30 589
лаборанти (клинични и рентгенови)	6757	7604	5964	5765	5923	5962	5979	5 978
зъботехници	2342	2858	1305	1280	1663	1592	1584	1 624
други	7732	8954	3803	2973	2856	2891	2791	2 841
На 10 000 население								
Лекари	24.6	32.9	33.8	37.3	40.6	41.6	42.7	42.4
Лекари по дентална медицина	5.4	7.0	8.3	8.5	10.5	11.3	11.9	10.3
Медицински специалисти по здравни грижи	87.3	102.0	61.2	63.2	66.3	66.1	66.2	66.2
Население на:								
един лекар	407	304	296	268	246	240	234	236
един лекар по дентална медицина	1834	1419	1202	1181	952	887	844	967

Източник: НСИ

Таблица 2 Медицински персонал по области на 31.XII.2018 г.

Области	Лекари	Лекари по дентална медицина	Медицински специалисти по здравни грижи	в това число		
				Фелдшери	Акушерки	Мед. сестри
На 10 000 население						
Общо ¹⁾	42.4	10.3 ²⁾	66.2	3.1	4.5	43.7
Благоевград	29.9	9.5	50.5	3.5	2.4	36.3
Бургас	32.8	7.6	54.1	3.8	2.7	36.2
Варна	50.0	12.1	66.1	1.3	6.6	39.0
В. Търново	31.9	8.7	54.3	4.2	1.6	38.0
Видин	34.4	11.3	49.6	9.2	4.5	27.3
Враца	36.6	7.5	65.3	5.5	4.9	44.6
Габрово	38.7	8.9	70.0	5.6	3.5	45.9
Добрич	26.7	6.8	46.2	2.9	2.9	29.7
Кърджали	25.9	8.0	54.9	4.8	4.2	36.8
Кюстендил	35.4	9.3	54.2	4.7	3.9	35.5
Ловеч	38.2	8.2	57.8	5.8	2.4	38.8
Монтана	34.9	6.2	62.3	6.6	4.5	41.1
Пазарджик	35.5	8.2	56.8	2.6	3.1	40.0
Перник	28.6	11.9	43.6	1.5	2.6	31.2
Плевен	62.0	7.0	89.9	3.7	7.1	59.1
Пловдив	51.2	15.7	71.8	1.0	4.4	47.6
Разград	29.3	5.6	47.2	5.3	2.3	29.1
Русе	36.9	8.3	66.5	5.7	6.3	40.4
Силистра	29.0	5.7	54.6	5.1	5.8	35.1
Сливен	30.2	6.7	53.6	3.8	3.1	35.7
Смолян	29.9	10.8	60.6	7.2	4.5	37.6
София-столица	50.9	14.4	76.4	0.8	6.0	49.2
София	39.3	5.3	52.8	1.0	2.9	37.2
Ст. Загора	41.5	9.1	70.1	2.6	5.2	47.7
Търговище	29.7	5.3	59.2	4.7	4.6	37.8
Хасково	29.5	8.7	52.6	3.7	4.8	34.8
Шумен	30.1	6.6	55.7	4.4	3.1	38.9
Ямбол	29.2	7.1	52.7	6.2	2.3	33.1

1) Включително персонал към други ведомства, който не е разпределен по области.

2) Включително персонал в индивидуални и групови практики, работещи по договор с НЗОК в повече от една област.

Таблица 3. Легла¹⁾ в лечебните заведения за болнична помощ и други лечебни заведения на 31.XII.2018 г. по видове²⁾

Области	Общо	В това число:				Психиатрични легла
		За активно и интензивно лечение	За рехабилитация	За дългосрочна грижа	Други легла	
На 10 000 население						
Общо	70.6	57.3	9.7	3.6	-	5.7
Благоевград	54.1	40.6	12.6	0.9	-	2.6
Бургас	70.9	40.6	27.5	2.8	-	3.2
Варна	56.7	51.0	5.2	0.5	-	3.5
В. Търново	66.1	47.7	13.6	4.8	-	8.5
Видин	39.5	34.7	2.9	1.9	-	3.5
Враца	72.7	54.0	8.4	10.3	-	2.5
Габрово	79.3	59.6	1.3	18.4	-	10.0
Добрич	43.8	34.1	6.5	3.2	-	10.4
Кърджали	54.0	49.2	1.3	3.5	-	17.7
Кюстендил	80.7	50.8	29.9	-	-	3.8
Ловеч	85.4	82.3	1.8	1.3	-	32.6
Монтана	74.4	59.6	12.9	1.9	-	3.3
Пазарджик	83.4	68.5	7.3	7.6	-	3.9
Перник	37.1	31.2	4.1	1.8	-	2.1
Плевен	92.9	79.6	3.8	9.5	-	4.7
Пловдив	98.0	84.4	12.4	1.2	-	4.0
Разград	49.8	41.3	4.2	4.3	-	3.6
Русе	80.2	71.2	7.6	1.4	-	17.6
Силистра	44.2	40.5	1.8	1.9	-	1.4
Сливен	57.1	50.5	4.5	2.1	-	1.1
Смолян	97.4	52.1	41.4	3.9	-	3.8
София-столица	77.4	65.3	9.5	2.6	-	2.6
София	74.4	59.1	11.9	3.4	-	2.6
Ст. Загора	76.5	52.8	8.7	15.0	-	15.8
Търговище	55.9	55.9	-	-	-	7.1
Хасково	49.1	41.6	5.3	2.2	-	3.5
Шумен	50.8	47.7	2.3	0.8	-	11.6
Ямбол	34.5	32.3	1.8	0.4	-	2.1

¹⁾ Без леглата от заведенията към други ведомства.

²⁾ В съответствие с използваната от Евростат статистическа групировка.

Таблица 4. Дейност на стационарите на лечебните заведения през 2018 г.

Видове заведения	Постъпили	Изписани	Умрели	Проведени леглодни	Преминали	Използваемост на леглата (%)	Оборот на леглата	Среден престой на 1 болен (дни)	Легалитет (%)
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко ¹⁾	2 207 143	2 178 852	27 257	11 322 343	2 221 170	66.2	47	5.1	1.2
Многопрофилни болници	1 206 764	1 183 649	22 580	5 964 677	1 215 445	64.6	48	4.9	1.9
Многопрофилни болница за активно лечение	1 204 016	1 180 905	22 576	5 944 438	1 212 697	64.6	48	4.9	1.9
Специализирани болници	270 710	270 158	577	1 825 555	272 347	72.6	40	6.7	0.2
Специализирана болница за активно лечение	139 783	139 369	471	731 132	140 954	69.0	49	5.2	0.3
Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация	17 199	17 176	106	230 167	17 549	71.3	20	13.1	0.6
Специализирана болница за рехабилитация	111 692	111 594	-	828 181	111 771	76.7	38	7.4	-
Психиатрични болници	8 485	8 379	58	608 146	9 927	75.0	4	61.3	0.7
Частни заведения за болнична помощ	721 184	716 666	4 042	2 923 965	723 451	64.3	58	4.0	0.6
Комплексни онкологични центрове	61 067	60 297	750	264 613	61 255	62.6	53	4.3	1.2
Центрове за кожно-венерически заболявания	1 992	1 993	1	14 859	1 997	81.4	40	7.4	0.1
Центрове за психично здраве	15 102	15 033	40	334 844	15 787	89.6	15	21.2	0.3

¹⁾ Без заведенията към други ведомства.