

**ГОДИШЕН ДОКЛАД
ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА
ГРАЖДАНИТЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ И
ИЗПЪЛНЕНИЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА
СТРАТЕГИЯ**

2015 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	3
1. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ, КОИТО ПРОИЗТИЧАТ ОТ СЪСТОЯНИЕТО И РАЗВИТИЕТО НА ДЕМОГРАФСКИТЕ ПРОЦЕСИ	4
1.1. Брой и структура на населението	4
1.2. Естествен и механичен прираст на населението	5
1.3. Вътрешна и външна миграция.....	6
1.4. Бракове.....	6
1.5. Раждаемост.....	6
1.6. Смъртност.....	8
1.7. Детска смъртност.....	9
1.8. Естествен прираст.....	11
1.9. Средна продължителност на живота	11
2. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ СЪСТОЯНИЕТО И РАЗВИТИЕТО НА ЗАБОЛЯЕМОСТТА И БОЛЕСТНОСТТА НА НАСЕЛЕНИЕТО	12
3. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ СЪСТОЯНИЕТО И РАЗВИТИЕТО НА ТРАЙНО НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ/ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ	25
4. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ, ДЪЛЖАЩИ СЕ НА РИСКОВИ ЗА ЗДРАВЕТО ФАКТОРИ	27
4.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда (социални детерминанти на здравето).....	28
4.2. Рискови фактори, свързани с околната среда	35
4.3. Рискови фактори, свързани с трудовата среда	47
4.4. Рискови фактори, свързани с начина на живот	49
5. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	62
5.1. Структура	62
5.2. Стратегическа рамка	65
5.3. Нормативна база	68
5.4. Финансиране на системата на здравеопазване	72
5.5. Човешки ресурси	86
5.6. Дейност на лечебните заведения.....	89
5.7. Лекарствена политика	114
6. ОПАЗВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ	123
7. МЕЖДУНАРОДНО СЪТРУДНИЧЕСТВО И ЕВРОПЕЙСКА ИНТЕГРАЦИЯ....	133
8. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ ЗА 2015 Г.	137
9. ФАКТИТЕ НАКРАТКО	138
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	147
ПРИЛОЖЕНИЯ	150

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето се влияе от редица биомедицински, психологически, социални, икономически и екологични фактори (детерминанти), които се свързват помежду си по различни начини и по различно време в продължение на целия живот. Здравната система е само един от факторите, влияещи върху здравето и благосъстоянието. Другите детерминанти включват по-широкия политически, икономически и социален контекст, както и междинни фактори, като социалната стратификация, включеност и сплотеност на обществото, или експозиции, които могат да повлияят степента на уязвимост на населението.

Национална здравна стратегия 2020

Настоящият доклад за състоянието на здравето на българските граждани е изготвен на основание чл. 5, ал.2 от Закона за здравето. Той съдържа обективни данни за параметрите и тенденциите в динамиката на основните индикатори, характеризиращи състоянието на общественото здраве, както и оценка и анализ на влиянието на факторите, които го определят.

Политиците и обществото трябва да имат предвид силата на факторите, които оказват влияние върху здравето и да коригират своите очаквания за това, че опазването и подобряването на здравето е в обхвата на въздействие само на здравната система. Тези очаквания и тяхното „несбъдване” в последните години доведе до огромно недоволство и срив на доверието на гражданите към здравната система и работещите в нея.

Здравната система не е в състояние да се справи сама със социалните и екологичните детерминанти на здравето, както и с факторите на индивидуалния начин на живот. Необходимо е прилагане на политики, които преодоляват границите на здравния сектор и позволяват осъществяването на интегрирани програми и насочване на ресурси от други сектори. Това засилва значението на развитието на междусекторни стратегии, които избягват подхода за еднократни или изолирани кампании и вместо това се стремят да мобилизират действия в редица области, за да се постигне комбиниран синергичен ефект за здравето. Отговорността на държавата за здравето изисква управляващите на всички нива да оценяват и предвиждат въздействията върху здравето при разработването на всички екологични, социални и икономически политики.

Не по-малко важни са подходите за ангажиране на обществото чрез включване в политиките за здраве на частния сектор, гражданското общество, общностите и отделните индивиди. Само политики, ангажиращи цялото общество, могат да подобрят здравето на гражданите и да предотвратят заплахите за тяхната здравна сигурност и благосъстояние.

Следва да се има предвид, че демографските и здравните процеси са силно инерционни, което предполага наслагване на отрицателните тенденции напред във времето. Колкото по-продължителен е периодът на отрицателните явления, толкова по-бавно и трудно става излизането от този срив. Днешното състояние на здравето на българските граждани налага да се предприемат спешни и целенасочени усилия, за мобилизиране на всички ресурси, които държавата и обществото могат да предоставят, за да се преустановят отрицателните тенденции в демографското и здравно състояние на населението.

1. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ, КОИТО ПРОИЗТИЧАТ ОТ СЪСТОЯНИЕТО И РАЗВИТИЕТО НА ДЕМОГРАФСКИТЕ ПРОЦЕСИ

„Днешното демографско състояние на българското население е резултат от продължително действие на множество фактори и влияния. Една част от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, други - със специфичните особености на историческото, икономическото и културно развитие на Република България.

Влияние върху демографското развитие на населението оказват общите за развитите страни демографски процеси – намалена брачност и раждаемост, засилена урбанизация, както и специфичните за развиващи се страни и страни в преход, по-високи нива на смъртност и интензивна външна миграция. В резултат на тези процеси България изпадна в сериозна демографска криза.

Спирането на нарастването на броя на населението и процесът на неговото числено намаляване, започва още преди 1989 г.“

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

1.1. Брой и структура на населението

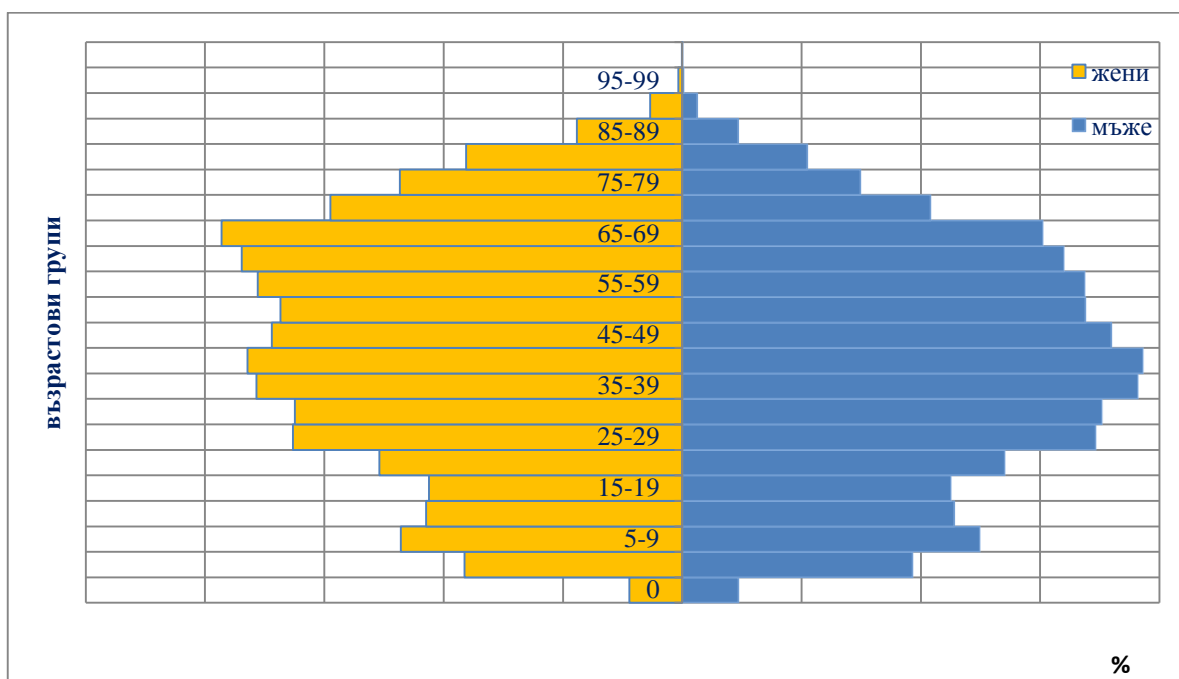
Населението в България към 31.12.2015 г. е 7 153 784 души, което представлява 1.4% от населението на Европейския съюз. В сравнение с предходната година то е намаляло с 48 414 души (0.7%). Факторите, които оказват влияние върху броя на населението на страната, са естественото движение (раждания и умирация) и външната миграция, а в териториален аспект – вътрешната миграция на населението и административно-териториалните промени.

Броят на жените е 3 676 607, което представлява 51.4% от цялото население, а мъжете са 3 477 177 (48.6%). Делът на жените е еднакъв спрямо предходната година (51.4%), като остава незначително по-висок от този на мъжете (48.6%). Запазва се тенденцията за нарастване на съотношението жени/мъже след 53 годишна възраст. Въпреки общия превес на жените, в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението (Фигура 1).

В градовете живее близо 3/4 от населението на страната – 5 227 182 души (73.1%), а в селата – 1 926 602 (26.9%). Спрямо предходната година се запазват дяловете на живеещите в градовете и селата. Наблюдава се трайна тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата и то в пограничните райони (северозападна и югоизточна граница).

През последното десетилетие настъпват съществени промени във възрастовата структура на населението, повлияни от промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота, миграцията, социално-икономически и културни фактори др. Продължава процесът на демографско остаряване, характеризиращ се с незначително нарастване през последните години 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. Възrastова пирамида на населението в България



Източник: НСИ

След 2000 г. се наблюдава тенденция за намаляване на дела на децата до 15-годишна възраст, който обаче през последните години бележи незначително увеличение и за 2015 г. е 14.0% от общия брой на населението (998 206 деца) и е по-нисък от същия за ЕС (15.57%). В същото време нараства относителният дял на лицата над 65-годишна възраст, който през 2015 г. достига 20.4% при 20.0% за предходната година. В сравнение със средния показател за Европейския съюз (18.44%), той остава, макар и незначително, по-висок¹. В 20 области на страната населението на 65 и повече години е повече от 1/5.

Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастна структура е изключително важен и значим, тъй като тя ще определя възпроизводството на населението и на работната сила през следващите десетилетия. Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65+ г.) поставя и ще поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане, здравеопазването, образованието. Прогнозите на ООН предвиждат през 2025 г. делът им сред възрастното население да достигне до 26.2% в Източна Европа. Това поражда необходимостта от изграждане и ефективно функциониране на адекватна мрежа от специализирани институции, както и от оказване на разнообразни социални услуги и медицински грижи².

1.2. Естествен и механичен прираст на населението

Естественият прираст на населението през 2015 г. е - 6.2‰ при -5.7‰ за предходната година, т.е. абсолютната му стойност е намаляла с 0.5‰. В резултат на отрицателния естествен прираст населението на страната е намаляло през 2015 г. с 44 167 души, с 2800 по-малко от 2014 г. Това намаление се дължи основно на негативните демографски тенденции в селата, където естественият прираст е близо 4 пъти по-голям по абсолютна стойност (-13.4‰) от този в градовете (-3.5‰). През 2015 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст.

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

² Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г.)

Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) също е отрицателен – минус 4 247 души, като намалението е в резултат на външна миграция. През 2010 г. механичният прираст е -24 190 души, най-високата стойност след 2007 г.

1.3. Вътрешна и външна миграция

През 2015 г. в преселванията между отделните населени места в страната са участвали 119 202 души, най-често по направление „град-село“, следвано от направлението „град-град“.

Броят на изселените от страната през 2015 г. е 29 470, в т.ч. 15 360 мъже и 14 110 жени. Най-голям е броят и дялът на тези във възрастовата група 25-29, следвана от 20-24, 30-34, 15-19, 35-39, общо обуславящи повече от половината от всички изселвания от страната (52.23%). България продължава да бъде напускана от млади и образовани хора, в които държавата е инвестирала и които се адаптират по-лесно към изискванията на пазара на труда. Мотивите за емиграция се свързват със стремеж за образователна и професионална реализация и осигуряване на трудова заетост, с по-високи доходи и по-висок жизнен стандарт. Този процес има сериозни икономически и социални последици за бъдещото развитие на страната. Емиграцията оказва силен негативен ефект и върху възпроизводството на населението, тъй като страната напускат жени в детеродна възраст, с което се понижава равнището на потенциалната бъдеща раждаемост за много по-дълъг период от време – 40-50 години.

1.4. Бракове

Броят на регистрираните юридически бракове през 2015 г. е 27 720, което е с 3124 повече от предходната година. От тях 20 795 (75.0%) са сред градското население.

1.5. Раждаемост

Броят на родените през 2015 г. е 66 370, от които живородените са 65 950 (99.4%) и мъртвородените са 420 (0.6%)³. Спрямо предходната година броят на живородените деца е намалял с 1635 деца.

Броят на живородените момчета е 34 069, с 2 188 по-голям от този на момичетата – 31 881 или на 1000 момчета се падат 936 момичета. В градовете живородените са 49 486 (с 1 218 по-малко от предходната година), а в селата – 16 464 (с 417 по-малко от 2014 г.).

Наблюдава се увеличение спрямо предходната година в средната възраст на жените при раждане на първо дете - 26.9 години⁴.

Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на *раждаемостта* (Фигура 2). През 2015 г. броят на ражданията в страната е намалял и коефициентът на общата раждаемост е 9.2‰ (9.4‰ за 2014 г.), като остава по-нисък от този за ЕС (10.02‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Раждаемостта в градовете намалява и през 2015 г. е 9.4‰, в селата също намалява – 8.5‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

През последната година остава относително висок броят на живородените от майки на възраст до 20 г. - 6 274 през 2015 г., при 6 655 за 2014 г. Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст и на 15-19 години.

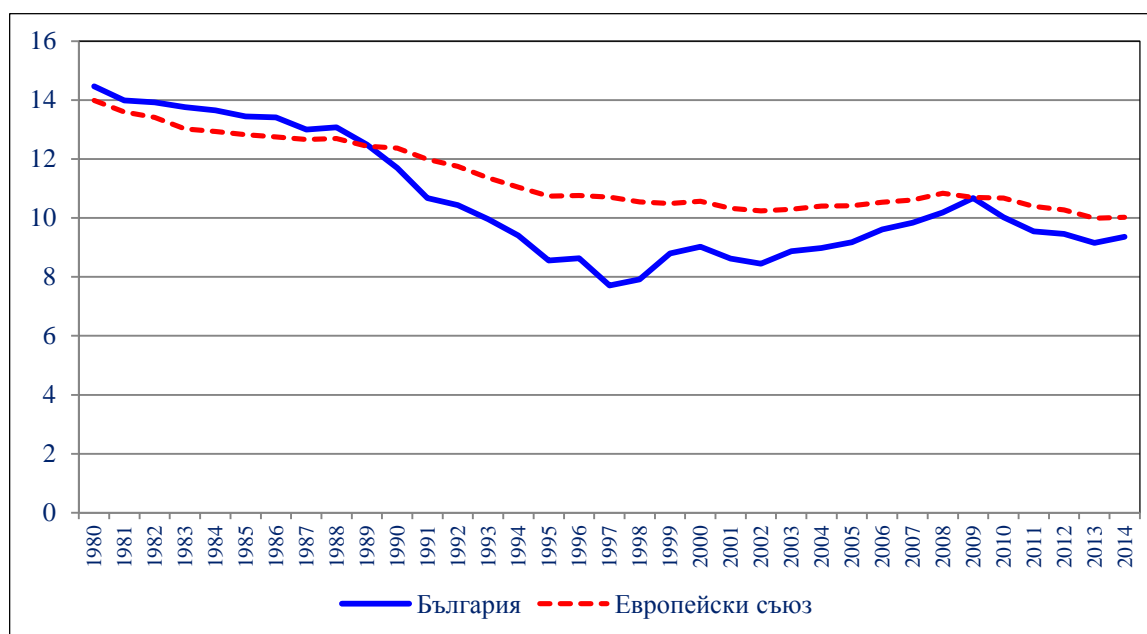
³ Национален статистически институт

⁴ България 2011. Статистическа панорама, НСИ, юли 2012

Влияние върху раждаемостта през последните години оказва повишаването на *плодовитостта* на родилните контингенти, измерена чрез *тоталния коефициент на плодовитост* (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период). Най-ниската стойност на този показател е регистрирана през 1997 г. – 1.12. Следва увеличение на нивото: 1.31 през 2005 г., 1.49 деца през 2010 г., през 2015 г. достига 1.53 (ЕС – 1.55).

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 дете⁵.

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



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

Запазват се териториалните различия. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.6‰), София столица (10.2‰), Бургас (9,9‰), Пловдив (9.9‰), а най-ниска в областите Видин (6.1‰), Смолян (6.5‰) и Габрово (6.9‰). Свързани с раждаемостта са и проблемите за *безплодието* и *абортите*.

Въпреки изразената тенденция за намаляване броя на *абортите* (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378), те съставляват почти половината от ражданията през годината. При 66 370 раждания за 2015 г. броят на абортите е 27 782. На 1000 жени на възраст 15-49 години се падат 42 раждания и 18 аборти. Най-голям е броят и делът на абортите във възрастовата група 25-29 г. – 6 934 (24,96%) и 30-34 години – 6 157 (22.16%). На лица до 15-годишна възраст са извършени 118 аборта (0.42%), а до 19-годишна възраст – 2 334 (8.4%).

Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2015 г. е 421.26 и е 2 пъти по-висок от средния за ЕС (207.58‰). Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод, въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената. От всички извършени аборти 2 630 са по медицински показания (9.47%), 8590 са спонтанни (30.92%), по желание –16 167 (58.19%).

⁵ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г.)

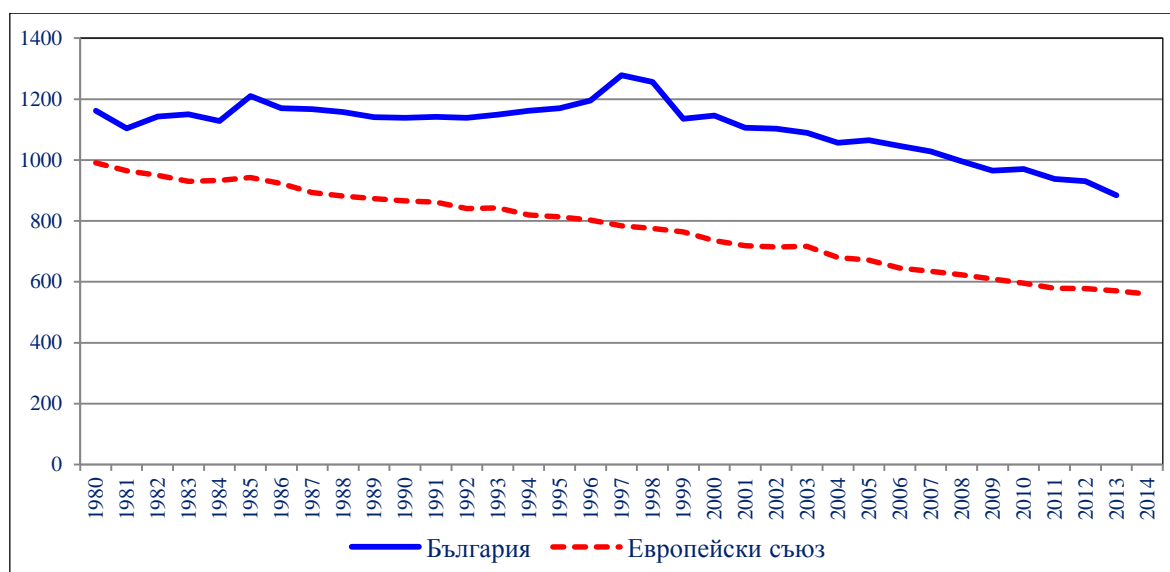
1.6. Смъртност

Проблем за България е високото ниво на **смъртността** – **обща и преждевременна**. След 1964 г., когато е регистрирана най-ниската стойност на **общата смъртност** в страната (7.9‰), показателят трайно нараства. Броят на умрелите лица през 2015 г. е 110 117, а коефициентът на смъртност – 15.3‰ (15.1‰ за 2014 г.). Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС (9.82‰). Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (16.3‰), отколкото при жените (14.4‰) и в селата (22.0‰), отколкото в градовете (12.9‰).

Запазват се и териториалните различия по области. Най-високо е нивото на общата смъртност в областите Видин (22.8‰), Монтана (21.3‰), Кюстендил (19.5‰), Враца (19.4‰), Габрово (19.4‰), Перник (19.4‰), а най-ниска в София-столица (11.9‰), в Кърджали (12.6‰), Варна (12.7‰), Благоевград (13.0‰). Високата смъртност е за сметка на умираанията на лицата над 65 годишна възраст. Основна причина за това е демографското застаряване. Демографските прогнози показват, че именно поради обективните процеси на остаряване, нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено поне до 2030 г.⁶

И през 2015 г. България остава страна с един от най-високите *стандартизирани коефициенти за смъртност*⁷ (883.86 ‰) сред страните от ЕС, при изразена тенденция за намаление (Фигура 3). В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (559.85‰).

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



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

Запазва се структурата на *смъртността по причини* в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.4%) и новообразуванията (16.4%) (Фигура 4).

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

⁷ Стандартизацията има за цел да отстрани различията във възрастовата структура и да покаже каква би била смъртността, ако сравняваните популации имат еднаква структура по възраст. В случая е изчислена по директен метод и представлява тази, която би било, ако коефициентът на населението е със същото възрастово разпределение като стандартното европейско население

Фигура 4. Структура на умираяните по причини в България през 2015 г.



Източник: НЦОЗА

През 2015 г. се отчитат положителни тенденции по отношение на показателите за смъртност в по-младите възрастови категории, в т.ч. преждевременна и детска смъртност, които са най-чувствителни по отношение на влиянието за здравната система върху демографското състояние на населението:

Показателят на **преждевременната смъртност** (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умираяните), който запазва нивото си за предходните 3 години, през 2015 г. намалява с 1,0%. През 2015 г. е 21.4% при 22.4% през 2014 г.. При мъжете преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока (28.3% при 13.9% за жените).

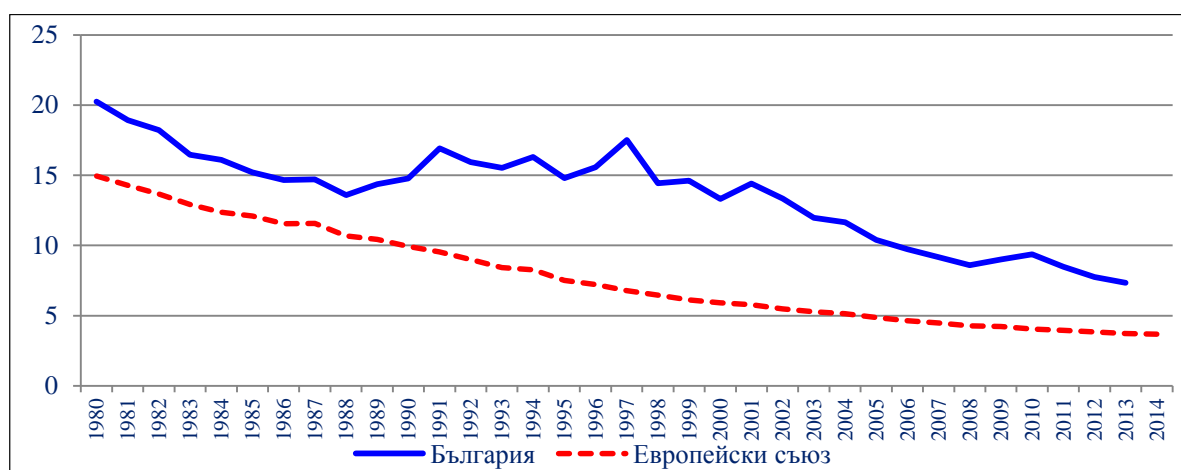
1.7. Детска смъртност

Детската смъртност в страната намалява, като достигнатото равнище на детската смъртност през 2015 г. е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (Фигура 5). През 2015 г. в страната са умрели 434 деца на възраст до 1 г. (517 за 2014 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 7.6‰ през 2014 г. на 6.6‰ през 2015 г. Въпреки това, детската смъртност остава по-висока, отколкото в ЕС (3.69‰). Този показател е индикатор за качеството на медицинската помощ, но върху неговата динамика влияят и жизнения стандарт и здравната култура на населението.

В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 10.9‰ и 5.2‰). Причини за това могат да се търсят във влошаване на социално-икономическите условия в селата, ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и култура.

Областите с най-висока детска смъртност са Ловеч (12.9‰), Сливен (12.8‰), Пазарджик (11.8‰), Велико Търново (9.8‰), Силистра (9.4‰), а с най-ниска – София - столица (2.5‰), Кюстендил - (3.2‰), Габрово - (3.8‰), Перник (4.6‰).

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



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

Перинаталната детска смъртност през 2015 г. намалява от 10.4‰ през предходната година на 9.1 на 1000 родени деца, при среден показател за ЕС (6.09‰).

Показателят за **мъртвораждаемостта** също намалява спрямо предходната година - 6.3‰, но е по-висок от средната стойност за ЕС (4.81‰).

Благоприятни тенденции се установяват и по отношение на другите повъзрастови показатели за детска смъртност: неонатална и постнеонатална, които показват устойчива тенденция на намаление, макар че все още остават по-високи от средните стойности за ЕС.

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва тенденция за намаляване и достига през 2015 г. 4.0‰. Средната стойност в ЕС е 2.52‰.

Постнеонаталната детска смъртност намалява през 2015 г. в сравнение с 2014 г. от 3.3 на 2.6 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1.16‰.

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 – 188 (43.32%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 118 (27.19%), болести на дихателната система (12.67%) и болести на органите на кръвообращението (5.07%). Тези 4 класа обуславят 88.25% от всички умирания на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиранията до 1 година по пол.

Интегралният показател, характеризиращ **вероятността за умирање на децата преди достигане на 5-годишна възраст**⁸ в България е 9.43‰ – 2 пъти по-високо ниво от средното за ЕС (4.37‰). Най-често основните причини за смърт на децата до 5 години са: някои състояния, възникващи през перинаталния период, болести на дихателната система, вродени аномалии, болести на органите на кръвообращението и външни причини за заболяемост и смъртност.

Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност. През 2015 г. броят на недоносените новородени е 5 618, което представлява 8.5% от живородените. Недоносените мъртвородени са 301, което представлява 71.67% от мъртвородените.

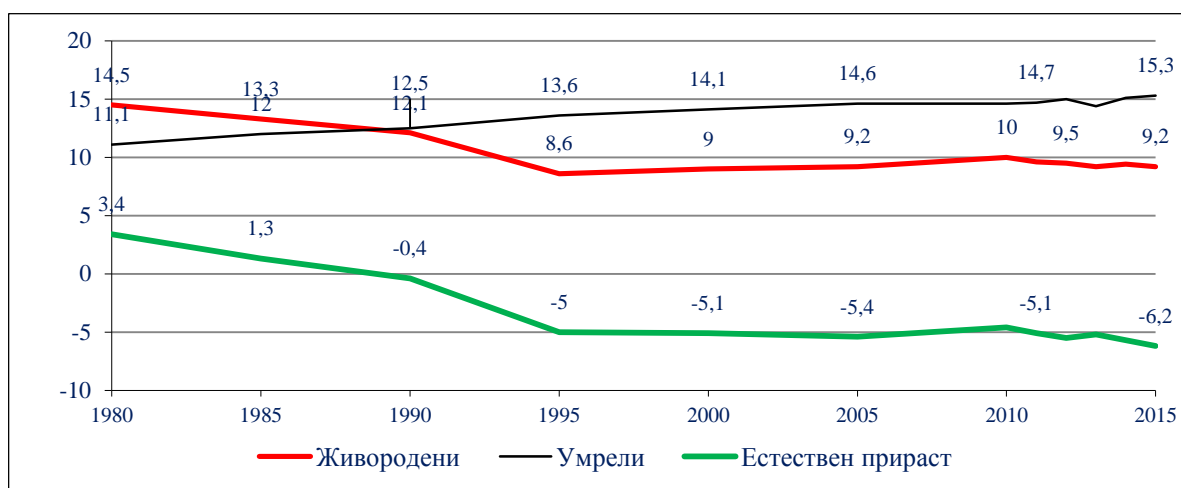
Майчината смъртност на 100 000 живородени от 19.07 през 2001 г. намалява до 6.1 през 2015 г. Съответният показател за ЕС е 4.72‰.

⁸ Броят смъртни случаи до навършване на 5 год. възраст на 1000 живородени. За изчисляването се използват таблиците за смъртност и очакваната средна продължителност на живота

1.8. Естествен прираст

Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят *отрицателния естествен прираст* на населението през последния десетгодишен период (Фигура 6). През 2015 г. коефициентът на естествен прираст е -6.2% при -5.7% за 2014 г., като в селата той е съществено по-нисък от този в градовете (съответно -13.4‰ и -3.5‰). В Европа (освен нашата страна) с отрицателен естествен прираст на населението са Латвия, Румъния, Германия, Унгария, Португалия и др. Останалите страни имат положителен естествен прираст, като най-висок е в Ирландия - 8.59‰.

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

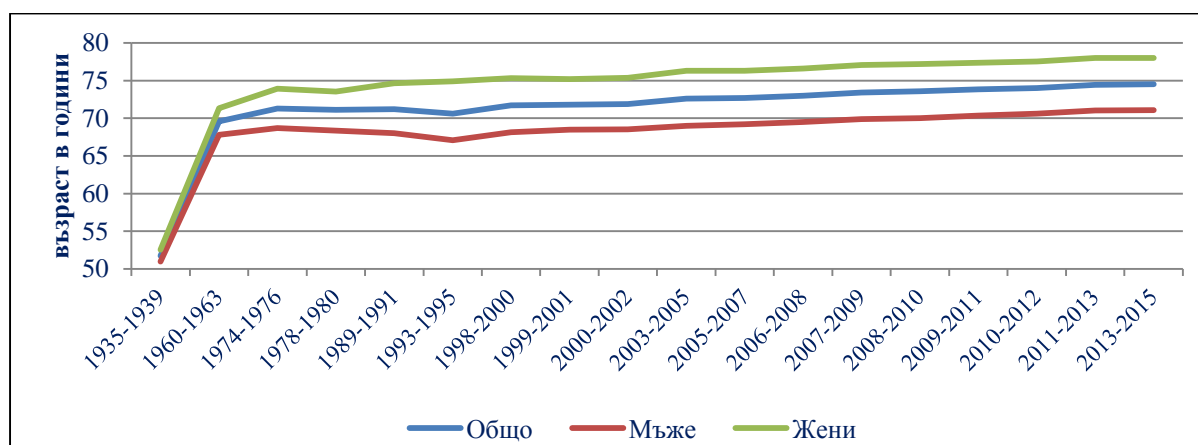


Източник: НСИ

1.9. Средна продължителност на живота

Средната продължителност на живота у нас намалява спрямо предходния период и през периода 2013-2015 г. достига 74.50 години, като показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените - съответно 71.09 и 78.02 години (Фигура 7). През последните петнадесет години, с изключение на 2015 г. се наблюдава тенденция за увеличение на този показател и при двата пола. Въпреки това очакваната продължителност на живота в България е по-ниска от тази в ЕС (80.87 години)⁹

Фигура 7. Средна продължителност на живота на населението в България по пол



Източник: НСИ

⁹ НСИ, Health For All Data Base, WHO/EURO

2. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ СЪСТОЯНИЕТО И РАЗВИТИЕТО НА ЗАБОЛЯЕМОСТТА И БОЛЕСТНОСТТА НА НАСЕЛЕНИЕТО

2.1. Обща заболяемост по обращаемостта на населението към лечебните заведения

От 2001 до 2015 г. включително липсва достатъчно достоверна информация за динамиката на общата заболяемост на населението, за нейната структура и за интензитета ѝ по възрастови групи, поради липсата на адекватна система за контрол на медицинската информация след настъпилите през периода промени в структурата и организацията на системата на здравеопазване.

Изключение от горното представлява статистиката за заболяемостта по обращаемостта на населението към лечебните заведения по повод на заболявания, подлежащи на задължително съобщаване: инфекциозни болести, туберкулоза, злокачествени новообразувания и др.

2.2. Заболяемост от някои болести, подлежащи на задължително съобщаване

При анализа на заболяемостта от болести, подлежащи на задължително съобщаване се открояват следните акценти:

Инфекциозни болести - редица опасни заразни болести като детски паралич, дифтерия, петнист тиф, коремен тиф, малария, бруцелоза и др. бяха ликвидирани или сведени до единични случаи чрез имунизации или други превантивни мерки. Основен здравен проблем обаче остават чревните инфекции (шигелози, салмонелози и вирусен хепатит „А“), някои въздушно-капкови инфекции (напр. грип), отделни рикетциозни инфекции (напр. марсилска треска).

„През ХХ век беше постигнат голям напредък при лекуването и профилактиката на инфекциозните болести, а именно антибиотиците и ваксините. Усъвършенстването на ваксините доведе до голямо намаляване или премахване на някои болести (детски инфекции, полиомиелит, вариола). Напредъкът в личната и обществената хигиена в страните от ЕС и ЕИП стана причина болести като холера, коремен тиф и инфекции при раждане да станат до голяма степен неща от миналото. Тези предимства обаче не бяха разпределени поравно между всички страни и в самите страни има все още групи от населението, които не са се възползвали от този напредък. А нови заплахи се появяват непрестанно. Промененият начин на живот (повече пътувания по света, масово хранене, глобалният пазар на храни, прекомерната употреба на антибиотици, промененото сексуално поведение) и изменението на околната среда застрашават голяма част от постигнатия досега напредък в здравеопазването.“

*„Поддържане на здравето в Европа: нашата визия за бъдещето“
Цели и стратегии на ECDC*

Епидемиологични данни. През 2015 г. в България са регистрирани общо 54 471 случая на остри заразни заболявания (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 3671 случая повече в сравнение с 2014 г., когато са регистрирани 50 800 случая (заболяемост 756,31‰ през 2015 г., съответно 701,11‰ през 2014 г.) – Приложения - Таблица 1. По-високият брой заболели се дължи предимно на увеличаване на заболяемостта от варицела (24 767 случая през 2015 г., съответно 22 844 през 2014 г.), скарлатина (5 020 случая през 2015 г., съответно 3 863 през 2014 г.) и вирусен хепатит А (1 062 случая през 2015 г., съответно 601 през 2014 г.).

През 2015 г. (Таблица 1) броят на регистрираните смъртни случаи (71 случая) и смъртността (0,99‰) са с малко по-ниски стойности в сравнение с 2014 г. (77 смъртни случая, смъртност 1,06‰). Леталитетът от ОЗБ през 2015 г. е 0,13% (за сравнение, леталитетът през 2014 г. е 0,15%). И през 2015 г. основна причина за летален изход от ОЗБ са невроинфекциите (менингит и/ или менингоенцефалит и менингококова инфекция) – общо 32 починали, с относителен дял 45,07% от всички смъртни случаи. С най-висок относителен дял (45,47%) в структурата на инфекциозната заболяемост и през 2015 г. е заболяемостта от варицела, следвана от тази на гастроентеритите и ентероколитите (32,32%) (Приложения – Фигура 1 и Фигура 2).

Таблица 1. Заболяемост, смъртност и леталитет от остри инфекциозни болести* в България през 2000-2015 г.

Година	Брой заболели	Заболяемост на 100 000	Брой умрели	Смъртност на 100 000	Леталитет (%)
2000	80 167	978,74	105	1,28	0,13
2001	51 333	629,89	131	1,61	0,26
2002	51 229	649,20	124	1,57	0,24
2003	50 913	648,92	116	1,48	0,23
2004	68 954	883,88	133	1,70	0,19
2005	59 913	771,97	108	1,39	0,18
2006	67 462	874,00	122	1,58	0,18
2007	70 277	915,15	121	1,58	0,17
2008	57 916	758,04	88	1,15	0,15
2009	63 474	834,46	97	1,28	0,15
2010	68 839	910,12	110	1,45	0,16
2011	58 259	791,07	64	0,87	0,11
2012	60 998	832,48	84	1,15	0,14
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

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

- **Грип и остри респираторни заболявания (ОРЗ)**

Анализът на заболяемостта от грип и ОРЗ през 2015 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. Средногодишният брой на наблюдаваното население и заболяемостта по възрастови групи са показани в Таблица 2.

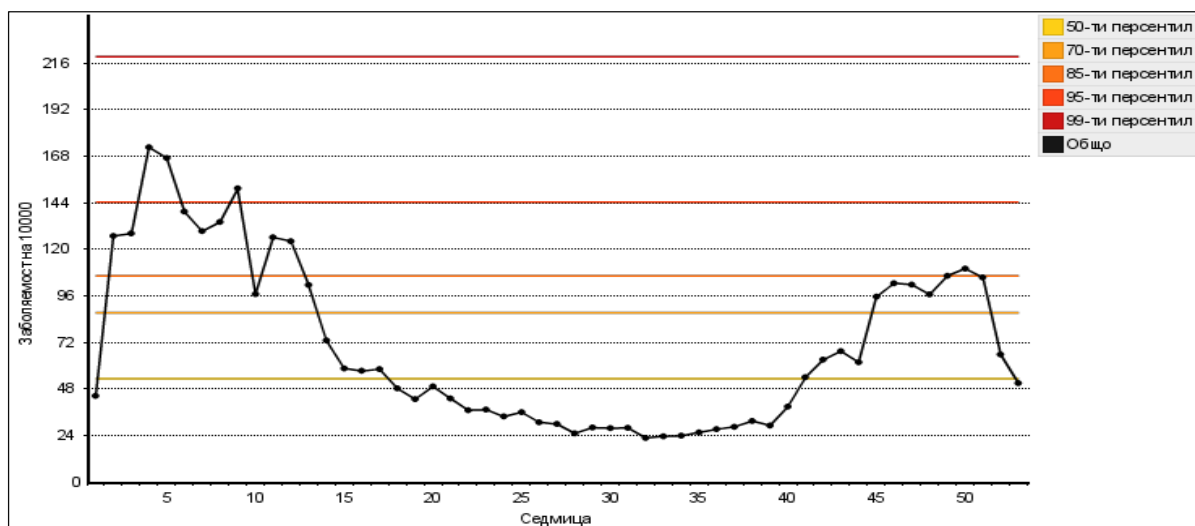
Таблица 2. Заболяемост от грип и ОРЗ по възрастови групи в България през 2015 г.

Възрастови групи (години)	Средногодишен брой на наблюдаваното население	Брой регистрирани случаи	Заболяемост на 10 000
0-4	18 883	29 482	15 612,99
5-14	33 547	31 918	9 514,41
15-29	70 590	33 391	4 730,27
30-64	197 420	36 893	1 868,76
65+	63 848	9 408	1 473,50
Общо	384 288	141 092	3 671,52

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2015 г.

През 2015 г. са регистрирани общо 141 092 заболявания от грип и ОРЗ и заболяемост 3 671,52 на 10 000 население. Тези стойности са близки до отчетените през 2014 г. Грипната епидемия започна през януари, продължи 8 седмици и се характеризираше с умерена интензивност. Заболяемостта започна да се покачва в началото на януари и достигна епидемични стойности най-напред в Бургас през 3-та седмица на 2015 г. През 4-та седмица (19.01-25.01.2015 г.) грипната епидемия обхвана повечето областни градове и достигна своя връх с 6 632 заболели и 172,55 на 10 000 средна седмична заболяемост (Фигура 8). 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 8. Интензивност на епидемията от грип и ОРЗ в България през 2015 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2015 г.

Както през предходните години, така и през 2015 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 (Приложения - Фигура 3). През 2015 г. в НРЛ „Грип и ОРЗ” с Real Time PCR са изследвани общо 774 проби на болни и контактни лица. Доказани са общо 143 положителни резултата за грипен вирус А(Н3N2), 32 за пандемичен вирус А(Н1N1)pdm09 и 53 за грипен вирус тип В.

- **Ваксинапредотвратими заболявания**

Таблица 3. Брой заболели от ваксинапредотвратими заболявания в България през периода 2011-2015 г.

Заболяване	Брой случаи				
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Дифтерия	0	0	0	0	0
Тетанус	4	2	1	0	0
Коклюш	46	102	89	52	35
Полиомиелит	0	0	0	0	0
Морбили	157	1	14	0	0
Паротит	139	58	25	31	18
Рубеола	41	18	10	7	5
Хепатит Б	344	322	302	235	263
<i>Str. pneumoniae</i> менингит	37	20	18	24	31
<i>Hib</i> менингит	2	3	1	1	4

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2015 г.

През 2015 г. са регистрирани 263 заболели от **остър вирусен хепатит Б**, които независимо от прилаганата имунизационна програма, са с 28 случая повече в сравнение с 2014 г. (235 случая). Сред заболелите (Таблица 4) има 21 деца и младежи в имунизационна възраст (от 0 до 20 г.), което показва, че докато епидемичният процес в България не бъде елиминиран, рискът от хепатит Б вирусна инфекция ще продължава да съществува и е необходимо засилване на контрола върху изпълнението на имунизационната програма.

Таблица 4. Брой заболели и заболяемост от остър вирусен хепатит тип Б по възрастови групи в България през 2015 г.

Възраст	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
Брой заболели	1	0	4	5	11	21	31	32	25	24	17	14	27	13	38
Заболяемост	1.49	0.00	1.17	1.58	3.51	5.19	6.37	6.55	4.62	4.50	3.45	2.84	5.36	2.57	2.64

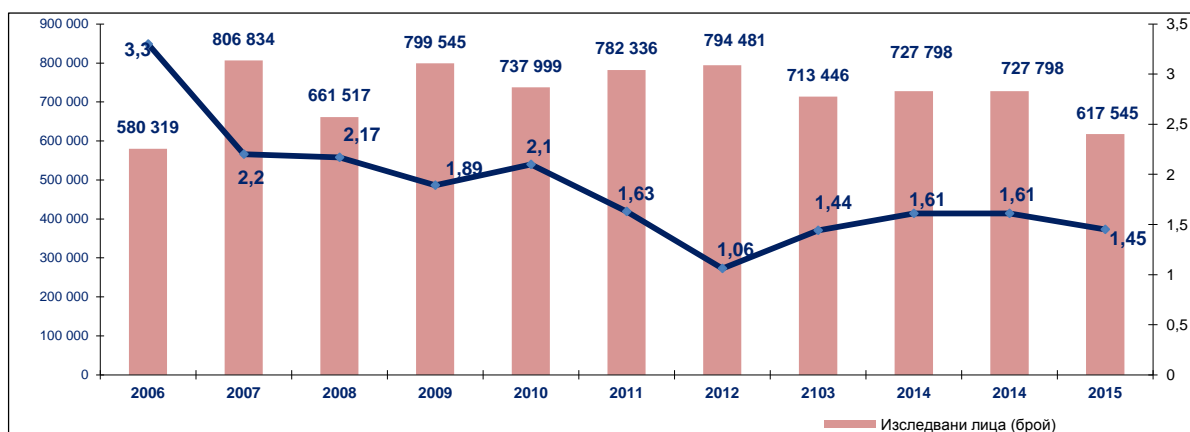
Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2015 г.

През 2015 г. не са регистрирани заболявания от **дифтерия**, **полиомиелит** и **тетанус**. Броят на съобщените заболели от **коклюш** са 35, но вероятно този брой се различава от действителния, предвид незадоволителната регистрация на заболяването. За втора поредна година след епидемията през 2009-2010 г. в страната не е регистриран случай с **морбили**. Значително е намален броят на заболелите от **рубеола** – 5 случая и от **паротит** – 18 случая. Тенденцията е благоприятна, но за постигане на целите на СЗО за елиминация на морбили и рубеола е необходимо националният имунизационен обхват с първа и втора дози ваксина срещу морбили, паротит и рубеола да бъде не по-нисък от 95%.

- **Паразитологични данни**

През 2015 г. за паразити са изследвани общо 617 545 лица, от които 8 960 (1,45%) са диагностицирани като положителни (Фигура 9). **Паразитозоозите** (ехинококоза и трихинелоза) запазват медико-социалното си значение, поради поддържането на високи стойности на заболяемост, значително превишаваща показателите за другите Европейски страни.

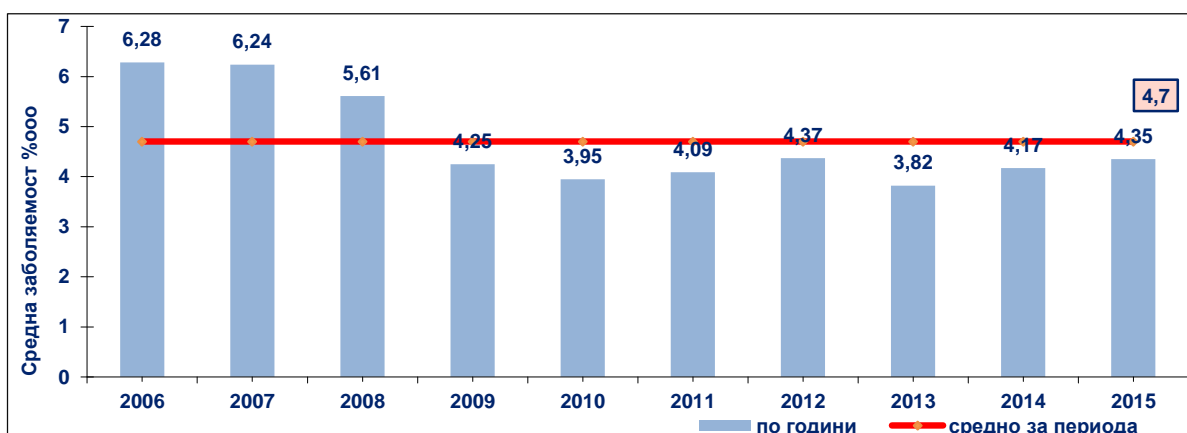
Фигура 9. Общ брой изследвани лица и относителен дял (%) на положително диагностицираните за паразитози



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2015 г.

По отношение на ехинококозата през 2015 г. официално са регистрирани 313 лица оперирани и лабораторно доказани с ехинококоза, от които 281 (90%) с първична и 32 (10%) с постоперативни рецидиви. Средната заболяемост за годината е 4,35‰ (Фигура 10). През 2015 г. по причина ехинококоза е починало едно лице от област Сливен. Относителният дял на заболелите в детско-юношеската възраст (0-19 г.) е 20% (общо 62) и сравнен с миналогодишния показва тенденция на нарастване.. Най-засегнати са областите Кърджали със заболяемост 17,09‰, Сливен - 13,92‰, Шумен - 9,04‰, Ямбол - 8,75‰ и Силистра - 8,72‰.

Фигура 10. Заболяемост от ехинококоза сред населението на България през периода 2006-2015 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2015 г.

Общата заболяемост от трихинелоза през 2015 г. е 0,3‰. От геохелминтозите в България са разпространени аскаридоза и трихоцефалоза като случаи се регистрират в

цялата страна, но предимно в ендемичните райони. През 2015 г. общият брой опаразитени с *A. lumbricoides* е 838 и надвишава значително установените през предходните години между 500 и 700 случая. Заболяемостта през 2015 г. по отношение на аскаридозата е 11,69‰ и 1,25‰ за трихоцефалозата (съответно 9,19‰ и 1,38‰ за 2014 г.). Области с най-висок екстензитет на аскаридоза са: Благоевград – 3,46%; Кърджали – 1,34%; Видин – 0,24% и Габрово – 0,23%, а за трихоцефалоза: Смолян – 0,23%; Сливен – 0,10% и Варна – 0,09%. Случаите на ентеробиоза през 2014 г. и 2015 г. се увеличават, особено при децата от организирани детски колективи.

От опортюнистичните паразитози най-много изследвания са извършени за токсоплазмоза - 10 233 лица. Положителен резултат е получен при 2 108 от тях, като средната серопозитивност за страната по отношение на антителата от клас IgG е 20,6%.

И през 2015 г. България беше изправена пред проблема с бежанците, много от които идват от ендемични за различни паразитози региони на света и като паразитоносители могат да станат ефективни източници за местна трансмисия. За внасяни паразитози са изследвани 3 982 лица (4 209 лица през 2014 г.). От тях български граждани са 194 лица и 3 788 са чужденци. Опаразитяване е установено при 131 пациента (3,26%), съответно 121 пациента (2,87%) за 2014 г. През годината не се отчита нарастване на броя на профилактичните изследвания за малария и други вносни паразитози.

За малария са изследвани общо 2 595 лица в 10 области на страната. От тях 152 са български граждани и 2 443 са чужденци. Диагностицирани са 20 случая на вносна малария – 11 българи и 9 чужденци. През 2015 г. няма случаи с летален изход по причина малария.

За други внасяни паразитози са изследвани 1 537 лица. От тях 37 са български граждани, а 1500 са чужденци. Опаразитяване е открито при 111 чуждестранни граждани. На опаразитените е проведено своевременно лечение.

- **ХИВ инфекция**

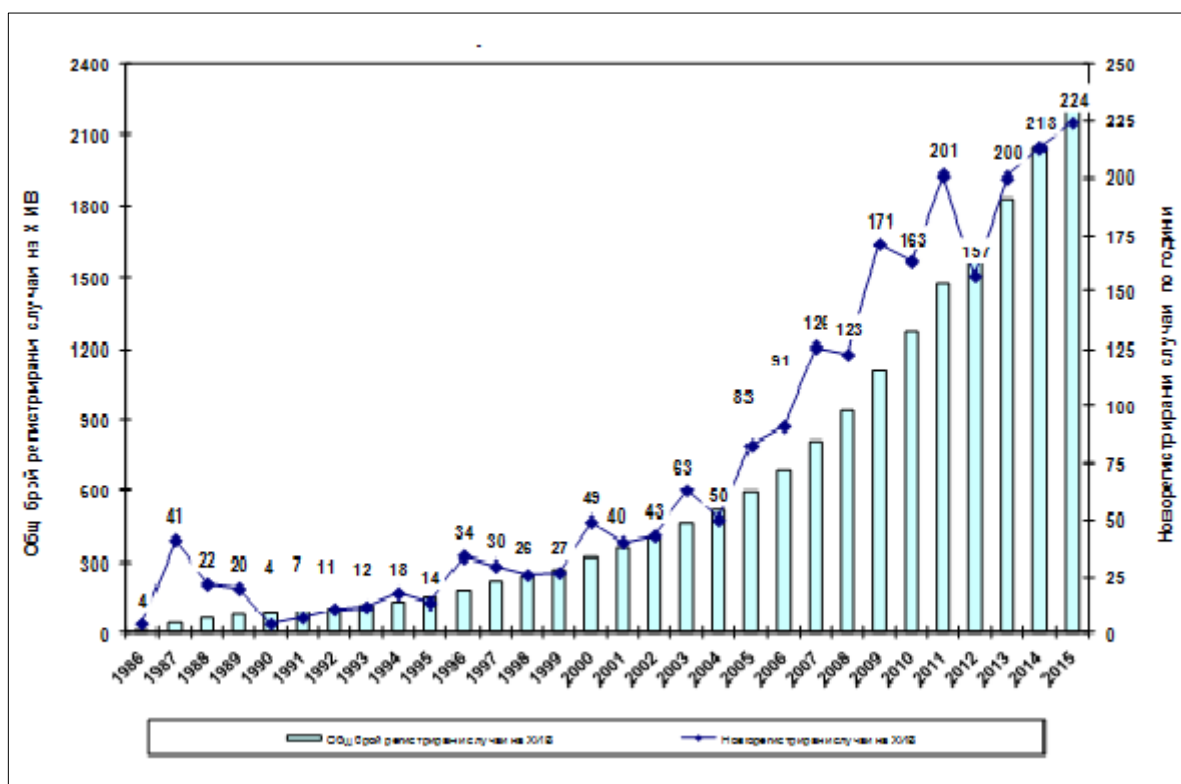
По данни на Министерството на здравеопазването към 31.12.2015 г. в България са регистрирани общо 2 267 лица с ХИВ инфекция. През 2015 г. броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е 224 (Фигура 11) - 191 (85%) са мъже и 33 (15%) жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2015 г. са 45. При 12,5% от случаите със СПИН диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

През последните няколко години над 65% от новорегистрираните серопозитивни лица са открити в кабинетите за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС), мобилните медицински кабинети и дейностите на терен на НПО, работещи с най-уязвимите групи. През отчетния период са регистрирани ХИВ-позитивни лица в много широки възрастови граници от 16 до 67 години.

Според пътя на предаване на инфекцията отново се очертават две особено уязвими групи – мъже, които имат сексуални контакти с други мъже – 50% и инжекционно употребяващи наркотици – 12%. Намалява процентът на лицата, които се инфектират в групата на инжекционно употребяващите наркотици и значително се увеличава дялът 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, Пловдив, Плевен, Пазарджик, Варна и Бургас.

Фигура 11. Регистрирани случаи на ХИВ инфекция, България, 1986-2015 г.

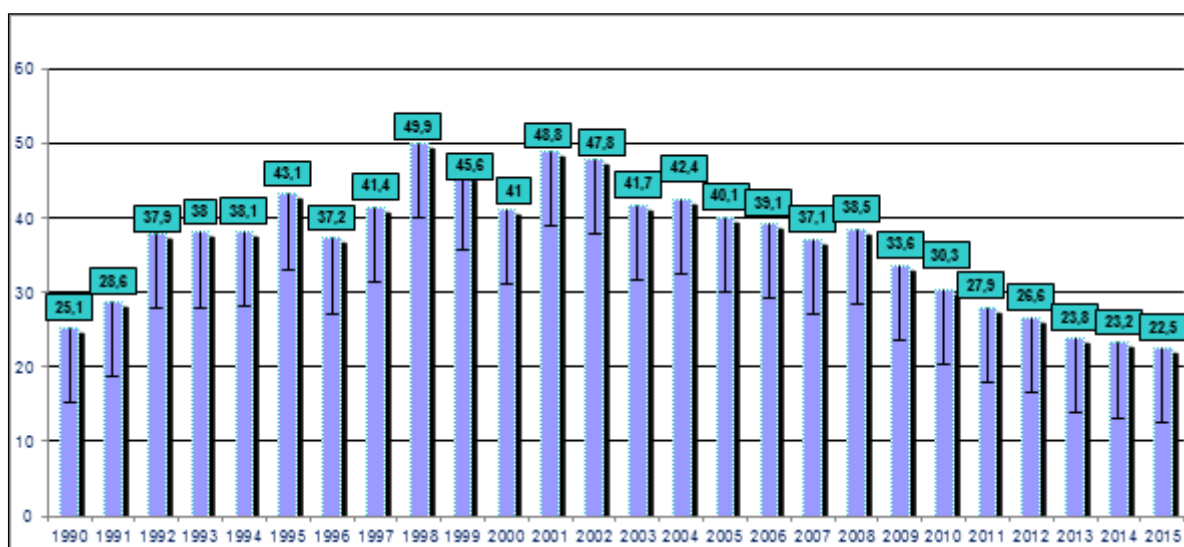


Източник: МЗ, Отдел "Специализирани донорски програми", Дирекция „МДПП“

- **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 22.5 на 100 000 през 2015 г. (Фигура 12).

Фигура 12. Заболяемост от туберкулоза в България за периода 1990-2015 г.



Източник: МЗ, Отдел "Специализирани донорски програми", Дирекция „МДПП“

През 2015 г. в България са регистрирани 1660 пациенти с туберкулоза. В сравнение с 2014 г. (1 872 регистрирани случаи) се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 13%. Тенденцията за намаляване на заболеваемостта през последните години се дължи на дейностите в изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата и Програмите, финансирани от Глобалния фонд, насочени към активен скрининг сред най-уязвимите групи, активно издирване на контактните лица на болните от туберкулоза и предоставяне на специфична химиопрофилактика за лечението на латентната туберкулозна инфекция.

Запазва се високият относителен дял на пациентите с белодробна туберкулоза през последните години. От регистрираните през 2015 г. болни, с белодробна туберкулоза са 1 236 (74%), а останалите случаи са с извънбелодробни форми на туберкулоза. Броят на регистрираните случаи на туберкулоза, както и заболеваемостта, варират значително по региони, като в някои региони в Северозападна и Централна България заболеваемостта е около два пъти над средната за страната (Приложения - Фигура 4).

Съотношението между мъже и жени сред общия брой регистрирани случаи на туберкулоза (всички форми) и през последните няколко години се запазва 2:1. Разпределението по възраст показва, че най-засегнати са възрастовите групи - над 65 години (325 случая или 19,6 %), следват 35-44 (305 случая или 18,4%) и 45-54 (279 или 16,8 %).

Регистрираните случаи с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза, през 2015 г. са 28 или 4.2%. От тях новите случаи без предшестващо лечение са 7 (1,2 %), случаи с предшестващо лечение, са 21 (22,8%). Наблюдава се намаляване на броя на случаите с MDR-TB в сравнение с 2014 г. (37 случаи). 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 2015 г. на 1 311 пациенти с туберкулоза е проведено консултиране и изследване за ХИВ, което представлява 79 % от общия брой регистрирани случаи на туберкулоза през годината. Открит е 1 ХИВ-позитивен пациент.

- **Злокачествени новообразувания**

По данни на НЦОЗА през 2015 г. нараства болестността и заболяемостта от **злокачествени новообразувания** спрямо предходната година. Показателите са съответно 3 961.5‰ и 447.2‰. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1385.6‰) и рак на женските полови органи (1159.9‰), а най-висока е заболеваемостта – от рак на млечната жлеза при жените (103.5‰), от рак на храносмилателните органи (100.7‰) и рак на женските полови органи (84.1‰). Заболяемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания е по-висока, в сравнение с България - 547.69‰.

Наблюдават се териториални различия в броя на новооткритите регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания на 100 000 население. Най-висока е заболяемостта в областите Хасково (551.4‰), Русе (535.1‰), Стара Загора (534.1‰) Пловдив (519.5‰) и най-ниска - в София област (299.7‰), Монтана (338.5‰), Кюстендил (346.5‰), Разград (375.0‰).

2.3. Хоспитализирана заболяемост

Статистическите данни за **хоспитализираната заболяемост** за периода 2005-2015 г.¹⁰ показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰) до 2 302 891 (32 082.7‰) общо, както и основно във възрастовите групи над 18 г. Тези показатели намаляват в сравнение с предходната година.

Най-голям е броят на хоспитализираните в стационарите на лечебните заведения на 100 000 население сред лицата над 65 годишна възраст (55 315.8), следва групата на лицата 18-64 г. (26418.9) и най-нисък е при децата от 0 до 17 години – 2 пъти по-нисък от този над 65 години.

Сред *причините за хоспитализация по класове* водещи са болестите на органите на кръвообращението (13.8%), болестите на дихателната система (9.7%), и болестите на храносмилателната система (8.8%) които обуславят общо 32,3% от хоспитализациите.

Структурата на хоспитализациите по класове се различава съществено по възрастови групи.

При лицата 0-17 години водещи са болестите на дихателната система (33.5%).

При лицата от 18 до 64 г. водещи са 3 класа : фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (16.9%), бременност, раждане и послеродов период (10.7%) и болести на органите на кръвообращението (10.2%).

При лицата на възраст 65 и повече години на първо място в структурата са болестите на органите на кръвообращението (24.0%), следват фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (19.0%) и болести на храносмилателната система (9.0%), които общо обуславят близо от половината от хоспитализираната заболяемост в тази възрастова група.

2.4. Оценка на здравното състояние на децата и учениците

Анализът на здравното състояние на децата и учениците е изготвен по данни на МЗ въз основа на представените от 28-те РЗИ в страната данни за физическо развитие, моментна болестност (всички регистрирани заболявания от профилактичните прегледи) при децата и учениците, и дееспособността при учениците.

- **Здравно състояние на децата от 0-6 години**

„Най-важният принцип, който трябва да се възприеме е, че е необходимо всяко общество да инвестира в най-ранните години от живота на децата. В този период от детството децата са основно с родителите си, поради което обществото трябва да подкрепя и родителите с адекватна информация за най-добрите практики в сферата на здравето и образованието, възможности за обмяна на родителски опит и психологическа подкрепа, където е необходима.“

Национална здравна стратегия 2020

¹⁰ НЦОЗА

Основен профилактичен преглед през учебната година 2014-2015 г. е проведен на 220 796 (96.5%) от общо 228 887 деца, посещаващи детски заведения. В сравнение с предходните години, за които има обобщени данни, се отбелязва значително увеличаване на обхвата на децата с профилактичен преглед - 91% през 2013 г. и 92.3% през 2012 г.

Резултатите от антропометричните измервания показват, че с нормално физическо развитие по отношение на водещите индикатори ръст и телесна маса са в границите на нормата ($X \pm S$) и разширената норма ($X \pm 2S$) за тази възраст, съответно 97.2% за ръста и 90.6% за телесната маса (Таблица 5). С наднормена телесна маса са 2.0% от децата, а 1.2% от децата изостават във физическото си развитие по показателя ръст.

Таблица 5. Водещи показатели за физическо развитие при деца 0-6 г.

	I група норма	II група разширена норма	III група извън норма	
	брой деца ($X \pm 1S$)	брой деца между ($X \pm 1S$) и ($X \pm 2S$)	под ($X - 2S$)	над ($X + 2S$)
Ръст	203363	19220	2752	2609
Телесна маса	200014	20879	2523	4439

При основния профилактичен преглед са регистрирани общо 15 795 заболявания. С отклонения в здравето състояние са 72 на 1000 прегледани деца (Приложения - Таблица 2). Очертава се *тенденция за намаляване броя на децата със здравословни проблеми*, в сравнение с 2013 (78‰), 2012 г. (87‰) и 2011 г. (93‰).

На фона на установените положителни тенденции по отношение обхвата с профилактични прегледи и намаляване на заболяемостта, водещо място в структурата на заболяванията при децата от 0 до 6 г. заема бронхиалната астма, която е регистрирана при 10.0 на 1000 прегледани деца. На второ място са болестите на окото (нарушения на рефракцията и акомодацията, смущения в зрението, слепота и намалено зрение) – 9.3‰, следват случаите на пневмонии и хронични заболявания на тонзилите & аденоидни вегетации, регистрирани съответно при 7.1 и 6.8 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 (пневмонии, хроничен бронхит, съответно 11.4‰ и 7.9‰), а във възрастта 4-6 години водещи са случаите на астма (10.8‰) и болестите на окото (10.2‰).

- **Здравно състояние на учениците (7-18 г.)**

„Здравословното хранене и физическата активност са детерминанти на здравето и необходимо условие за осигуряване на оптимален растеж и развитие на децата и юношите - възраст, в която се формират основните навици, свързани със здравословния начин на живот. Те са едни от съществените фактори за превенция на риска от хронични неинфекциозни заболявания като сърдечно-съдови болести, рак, диабет, остеопороза и др., както и на затлъстяването, явяващо се един от сериозните съвременни здравни проблеми.

Национална здравна стратегия 2020

През 2015 г. с основния профилактичен преглед са обхванати 574 324 ученика (89.9% от всички подлежащи). Все още относителният дял на преминалите профилактичен преглед ученици е недостатъчен, но през последните години се отбелязва незначително нарастване на обхвата (86.6% през 2013 г., 84% през 2012 г. и 81.1% през 2011 г.).

По отношение на водещите антропометрични показатели, 95.2% от учениците са в норма или в разширената норма по показател **ръст** (Таблица 6). С ръст под 2 стандартни отклонения от нормата, т.е. с много нисък ръст, са 12 656 (1.9% от учениците), а с много висок ръст са 18 384 ученика (2.9%).

Таблица 5. 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.
348 142	180 178	53 616	27 037	8 410	4 246	10 541	7 843
54.4%	28.2%	8.4%	4.2%	1.2%	0.7%	1.6%	1.3%

В I и II група на норма и разширена норма по отношение на **телесната маса** са 93.3% от учениците. (Таблица 7). С ниска телесна маса са 12 502 ученика (2.0%), сред които преобладават 7-14-годишните (7958). Двукратно по-голям е броят на учениците с наднормена телесна маса/затлъстяване - общо 30 209 (4.7%). Най-голям е броят на учениците с показатели за телесна маса превишаващи 2 стандартни отклонения при 7-14 годишните момчета (10 926).

Таблица 7. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесна маса при ученици

I група норма		II група разширена норма		III група извън нормата			
брой ученици (X ± 1S)		брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S)		брой ученици под (X - 2S)		брой ученици над (X + 2S)	
7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.
337852	175763	55917	28653	7958	4544	20392	9817
52.7%	27.4%	8.7%	4.5%	1.3%	0.7%	3.2%	1.5%

По време на **основния профилактичен преглед през учебната 2014-2015 г.** са регистрирани общо 45 030 заболявания, т.е. 76.6 на 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравното състояние (Приложения - Таблица 3).

Затлъстяването е водещ проблем в ученическата възраст и заема първо място в структурата на установените по време на профилактичния преглед заболявания. Броят на учениците със затлъстяване е 10 496 (17.8%). През последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на случаите със затлъстяване - през 2011 г. със затлъстяване са 22.2%, през 2012 г. - 21.7% и 2013 - 19.5% от учениците. Ниската двигателна активност/хиподинамията и нездравословния модел на хранене са водещите рискови фактори за наднормената телесна маса и затлъстяването.

На второ място в структурата на заболяемостта са **болестите на окото** (нарушения на рефракцията и акомодацията, смущения в зрението, слепота и намалено зрение), установени при 8 830 ученика (15%). Резултат, идентичен с предходните 2013

г. (15%) и 2012 г. (15.6%). Проблемите със зрението на учениците продължават да бъдат сред водещите патологии, поради прекалено дългото време, което децата прекарват пред екраните на компютри, лаптопи, планшети, всички видове клетъчни телефони, електронни книги и други дигитални устройства. Всички те, освен че застрашават зрението и стойката на ученика, предразполагат и към развиване на психическа зависимост със всички негативни здравни последици за детската психика.

На трето и четвърто места следват *bronхиалната астма* – 4 513 (7.7%) и *заболяванията на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания)* – 2 325 (3.9%), запазвайки сравнително стабилно ниво от предишни години - съответно 7.6% и 4.0% за 2013 и 7.8% и 5.3% за 2012 г.

Наличните данни за регистрираните при профилактичните прегледи заболявания дават също така възможност да се анализира здравното състояние на учениците от първите, седмите и десетите класове. Най-висок е обхватът с профилактични прегледи на първокласниците (90.05%), а най-висока заболеваемост е отчетена при седмокласниците – 91.8 случая на 1 000 прегледани.

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 като цяло и особено на спортната база в училищата.

По отношение на **физическата дееспособност**, от предоставените от РЗИ данни за 653 840 ученици, които участват в часовете по физическо възпитание през учебната 2014-2015 г., 636 982 ученика (97.4%) са покрили нормите за физическа дееспособност, незначително по-малко момичета от момчета, със съотношение момичета:момчета и в двете възрастови групи - 0.09 (Таблица 9).

За изминалата 2014-2015 учебна година броят на учениците, напълно освободени от часовете по физическо възпитание, е 11 033, т.е. 1.7% от учениците не играят физическо възпитание, поради здравословни проблеми. Тук момчетата преобладават при съотношение 1.2 в групата на 7-14-годишните и 1.8 в тази на 14-18-годишните.

В някои от училищата има организирани групи по лечебна физкултура, в които са включени общо 1 539 ученика с незначителен превес на момчетата. Техният брой е по-нисък в сравнение с предходните години: 1 804 - през 2013, и 2 445 през 2012 г.

Таблица 86. 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	636982 (97.4%)	216303	202777	112392	100726
Брой ученици, освободени от часовете по физическо възпитание	11033 (1.7%)	2235	2672	2461	4308
Брой ученици, включени в групи по лечебна физкултура в училище	1539 (0.2%)	647	559	240	181

2.5. Психично здраве

„ България няма цялостна политика в областта на психичното здраве, която да позволява интегриран подход по отношение на промоцията на психичните заболявания и развитието на системата за грижи и подкрепа на хората, страдащи от психични разстройства, както и на техните близки. Психиатричното обслужване на болните е основано предимно на биологичното разбиране за психичната болест. Това довежда до акцентирание върху медицинските интервенции и грижи в системата на здравеопазването.

Необходимо е разработването и прилагане на нов подход за междусекторно сътрудничество по отношение на дейностите, свързани с опазване, възстановяване и подобряване на психичното здраве, обединяващ политиките и съответните партньори в образованието, здравеопазването, социалния сектор, правосъдието, както и организациите на гражданското общество.“

Национална здравна стратегия 2020

Психичните разстройства в много голяма степен се обуславят от комплекс от взаимосвързани биологични, психологични и социални фактори или т. нар. био-психосоциален модел, където в преобладаваща част от случаите биологичната компонента не е водеща, а по-скоро съпътстваща основната причина за тяхната поява. Биологично обусловените заболявания като шизофрения, епилепсия, биполарно разстройство и др., са значително по-малко разпространени от тревожностите или т. нар. „чести“ (в миналото наричани „невротични“ разстройства), където причините са психодинамични и социални. От друга страна, макар епидемиологичните проучвания в световен мащаб да показват, че шизофренните разстройства са в порядъка от 1-2 % от общата заболяемост, тяхната социална значимост е огромна.

След промените в системата на здравеопазване през 2000 г. голяма част от институционализираните амбулаторни услуги преминаха в извънболничната помощ и се финансират от Националната здравноосигурителна каса, което имаше положителен ефект върху обслужването на пациентите като цяло особено при тези с така наречените чести психични разстройства – леки депресии, тревожностиви разстройства, ПТСР, 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, не малка 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.

През 2015 г. броят на самоубийствата в България - опити и реализирани самоубийства е в рамките на 40 на 100 000 за опитите и 12 на 100 000 за реализираните самоубийства. През периода 2007 - 2015 г. е налице трайна тенденция към макар и бавно нарастване на броя на опитите за самоубийство, както и устойчиво намаляване на средната възраст на суицидантите. Възрастта намалява от началото на изследваният период от 45 на 41 години за двата пола.

3. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ СЪСТОЯНИЕТО И РАЗВИТИЕТО НА ТРАЙНО НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ/ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ

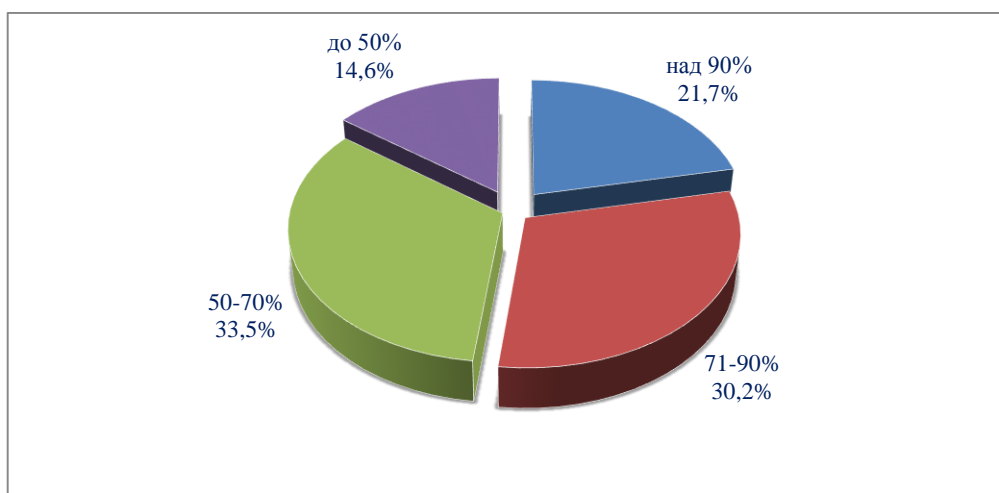
По данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦОЗА¹¹, базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК, броят на *лицата с първично определена трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст* през последните години намалява, като през 2013 г. и 2014г. показва известно увеличение и през 2015 г. отново намалява и достига 65 751 души.

Съгласно промяна в Закона за здравето, влязла в сила от началото на 2005 г., трайно намалената работоспособност на лица, навършили 65 години, се определя пожизнено. След 2008 г. в динамика макар и с колебания се наблюдава увеличаване на броя на лицата, с пожизнено решение за трайно намалена работоспособност, който достига през 2015 г. 38 875 лица (21.2% 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 (70 112, което обуславя 38.1% 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.

В същото време следва да се отчете, че броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане е значителен – през 2015 г. е 183 804 души, почти по равно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група над 60 години (37.9%), следвани от възрастовата група 50-59 години (35.8%).

Относителният дял на освидетелстваните лица над 16 г. с трайно намалена работоспособност 50-70% се увеличава в сравнение с предходната година и е най-висок — 33.5% (Фигура 13). Следват лицата с 71-90% трайно намалена работоспособност – 30.2% при 32.4% за 2014 г., с над 90% трайно намалена работоспособност – 21.7% (21,8% за 2014 г.) и до 50% са 14.6% (13.0% за 2014 г.). Спрямо 2014 г. е увеличен броят на лицата с трайно намалена работоспособност до 50% (съответно с 436 души).

Фигура 13. Структура на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 г. възраст по степен за 2015 г.



Източник: НЦОЗА

¹¹ НЦОЗА. Инвалидност в Р.България през периода 2001-2015 г., София, 2015 г.

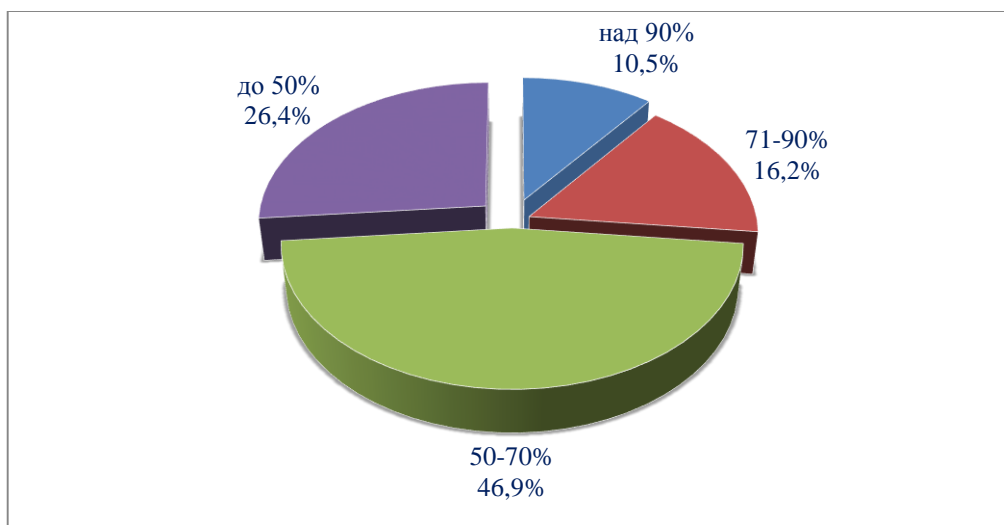
Най-честата причина за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 години са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 35.0% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (18.7%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (10.4%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.8%) и др. Тази структура, с много малки колебания се запазва през последните 10 години.

Таблица 7. 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	%	брой	%	брой	%	брой	%	брой	на 1000 население над 16 г.
2001	29 335	36.8	31 394	39.3	14 847	18.6	4 227	5.3	79 803	12.1
2005	28 451	24.7	44 452	38.6	28 837	25.0	13 438	11.7	115 178	17.5
2010	14 764	22.9	21 002	32.6	20 746	32.2	7 935	12.3	64 447	10.0
2013	15 939	23.2	22 670	32.9	22 190	32.2	8 078	11.7	68 877	11.1
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

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 две години намалява и достига през 2015 г. 5 014 деца (при 5 050 за 2014 г.) или 4.7 на 1000 население до 16 години (4.8‰ за 2014 г.). Най-голям е броят и дялът на децата със степен на увреждане 50-70% – 2 351 (46.9%). Всяко шесто дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (16.2%), с най-тежката степен над 90% са 10.5% (фигура 14).

Фигура 14. Структура на децата, първично определени с вид и степен на увреждане до 16 годишна възраст, по тежест - за 2015 г.



Източник: НЦОЗА

Структурата на причините за вида и степента на увреждане при децата е различна от тази при лицата над 16-годишна възраст. Най-честата причина са болестите на дихателната система (29.0%), психичните и поведенческите разстройства (18.2%), вродените аномалии (15.2%) и на нервната система (14.9.) Тази структура с някои изключения се запазва през годините.

Таблица 10. 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
2005	801	17.1	•	•	•	•	819	17.5	4 674	4.0
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

4. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ, ДЪЛЖАЩИ СЕ НА РИСКОВИ ЗА ЗДРАВЕТО ФАКТОРИ

Болестта и здравето не са неизбежни явления и те не засягат еднакво всички хора. Още при раждането у всеки човек съществува вероятност да възникнат различни здравни проблеми, поради различна наследственост, пренатално въздействие на различни фактори и на особености в социално-икономическия статус на общността в която живее. В живота тази вероятност подлежи на промяна под влияние на редица рискови фактори - социално-икономическите, културните условия, условията на околната и трудовата среда, начина на живот, които имат съществено въздействие върху индивидуалното здраве и могат да провокират болест, независимо от това дали има или не предразположение към нея.

Голям брой от случаите на заболяванията с неблагоприятна прогноза, каквито са болестите на органите на кръвообращението, злокачествените новообразувания и другите социално-значими заболявания, са свързани с комплексното въздействие на няколко фактори. Вероятността за възникването им се увеличава от комбинираната върху здравето агресия на социално-икономически и екологични фактори и факторите, свързани с начина на живот - тютюнопушенето, нерационалното хранене, липсата на двигателна активност и др. При подобна комбинация наличният синергизъм между посочените фактори е много по-опасен, отколкото е обикновения сбор от величините на действието им по отделно, защото те си взаимодействат, ускоряват и умножават силата на агресията си върху здравето.

Следва да се подчертае, че много от вредно действащите върху здравето фактори подлежат на контрол. Дори контролът само върху някои от тях е благоприятна основа за подобряване на здравното състояние на населението изобщо и в частност - за профилактика на съвременните социално-значими заболявания, които водят най-често до смърт и трайна неработоспособност.

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

„Здравето на индивида е динамично състояние на физическо, умствено и социално благополучие. То е много повече от просто отсъствие на болест или недъг.

Здравето може да бъде концептуализирано като част от благосъстоянието – едновременно като негова детерминанта и като краен резултат..,

Национална здравна стратегия 2020

Оценката на въздействието на различните фактори върху здравето на населението показва различна сила на влияние на отделните фактори, като най-съществено влияние върху здравето на гражданите имат социално-икономическите фактори на окръжаващата среда (50%), следвани от начина на живот на отделните граждани, семейството, групите и обществото (20%). Въздействието на здравната система върху индивидуалното, груповото и общественото здраве е в рамките на едва 10%.

В личностен план благосъстоянието и качеството на живот е условие за здраве, но в същото време доброто здраве е условие за благосъстояние и качество на живот. В обществен план доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност, водеща до постигане на силни, динамични и творчески общества.

Здравният статус на хората влияе върху степента им на участие в социалния и трудовия живот и върху тяхната производителност на работното място. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълго време и увеличаването на продължителността на живота в добро здраве има положителен ефект върху производителността и конкурентоспособността, защото може да повлияе на пазара на труда и да доведе до потенциални значителни икономии в бюджетите за здравно обслужване. По този начин здравеопазването пряко подпомага икономическия растеж и има решаващо значение за намаляване на бедността като едновременно допринася за устойчивото икономическо и социално развитие и се възползва от него.

Здравната уязвимост е резултат от изключващите процеси, свързани с неравенствата в достъпа до образование, работа, пари и ресурси, както и условията, в които хората се раждат, растат, живеят, работят и остаряват. Тези социални детерминанти на здравето действат различно на отделните индивиди и обществени групи като създават непрекъснато включване или изключване и систематично повишават социалния градиент на здравето. Този градиент се увеличава според нивото на лишения, т.е. колкото е по-ниско социалното положение на човек, толкова по-лошо е неговото здраве. Хората в най-неравнопоставените групи и общности, които са обект на много различни видове изключващи процеси, са в много по-лошо здраве от тези, които са обект на един процес или са в по-благоприятна социална група.

Най-висока степен на здравна уязвимост имат неграмотните, бездомните, хората от малцинствените групи, продължително и трайно безработните, изпаднали в социална изолация и икономическа зависимост от действията на държавата, чийто брой нарасна след световната икономическа и финансова криза.

Справянето с уязвимостта изисква целенасочена политика за подкрепа на тези групи, насочена към създаване на условия за по-високо качество на техния живот,

независимост и реално участие в социалния живот. Особено значение в тази връзка имат мерките за осигуряване на образование, квалификация, трудова заетост, превенция на насилието и престъпността.

Следва да се има предвид, че тъй като голяма част от здравните проблеми възникват или се влошават от неравностойното социално положение на определени категории граждани, то мерките, насочени към тяхното социално включване, имат пряко позитивно влияние върху тяхното здраве и техния достъп до здравни грижи.

В тази връзка оценката на социално-икономическите показатели имат основно значение при определяне на рисковете и благоприятните възможности за подобряване на здравето на гражданите.

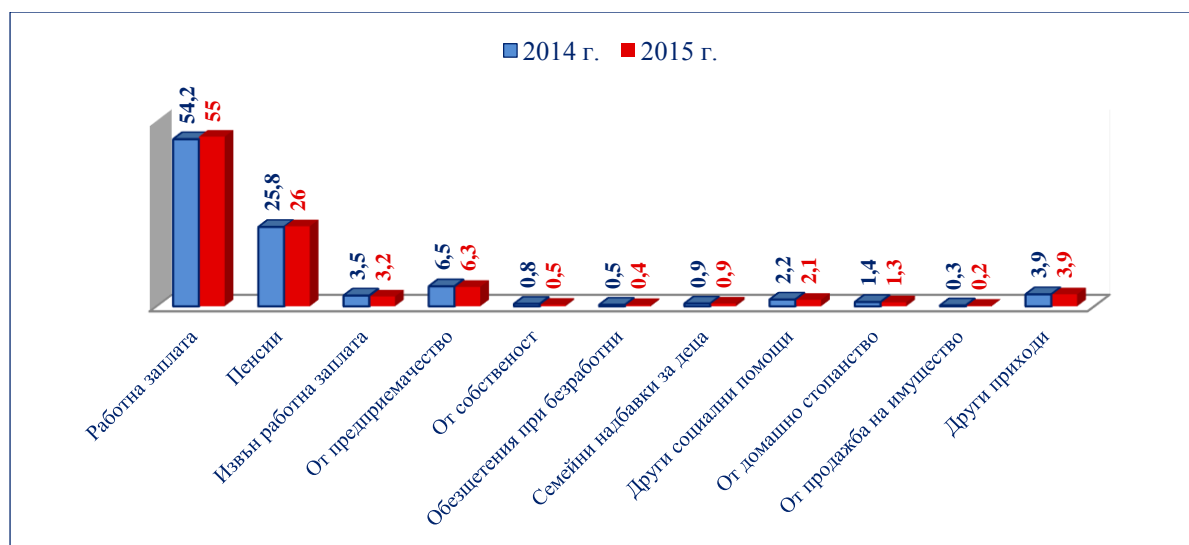
- **Доходи и разходи**

За периода 2014-2015 г. са регистрирани някои важни изменения. Ръстът на доходите на домакинствата през 2015 г. леко изпреварва този на разходите. Реалните доходи на домакинствата нарастват с 3,0% през 2015 г. в сравнение с предходната 2014 г. (Фигура 15). През 2015 г. годишният общ доход средно на лице от домакинство е 4 953 лв. и нараства с 2,9% спрямо 2014 г. НСИ отчита, че за последните 12 години общият доход средно на лице от домакинство нараства близо 2,2 пъти. В структурата на общия доход се запазва тенденцията доходът от работна заплата и от пенсии да расте, а намалява доходът от домашно стопанство и трудова дейност извън работната заплата.

Работната заплата продължава да бъде основен източник на доход за домакинствата – 55,2% от общия им доход. Приходите от работна заплата през 2015 г. се увеличават с 4,4% спрямо 2014 г. Доходът от работна заплата през 2015 г. е 2 726 лв. средно на лице от домакинство. Делът на работната заплата в общия доход е 55,0% или с 0,8 процентни пункта повече в сравнение с 2014 г. Пенсиите продължават да са вторият по значимост източник на доходи за българските домакинства. Делът на този тип приход през 2015 г. е 26,0% от общия доход на домакинствата, или с 0,2 процентни пункта повече спрямо 2014 г.

През 2015 г. постъпленията от социални трансфери (пенсии, семейни добавки за деца, социални помощи, стипендии и обезщетения при безработица) са 1 455 лв. Този тип доходи формират 29,4% от общия доход на домакинствата.

Фигура 15. Доходи за 2014г. и 2015 г. в %

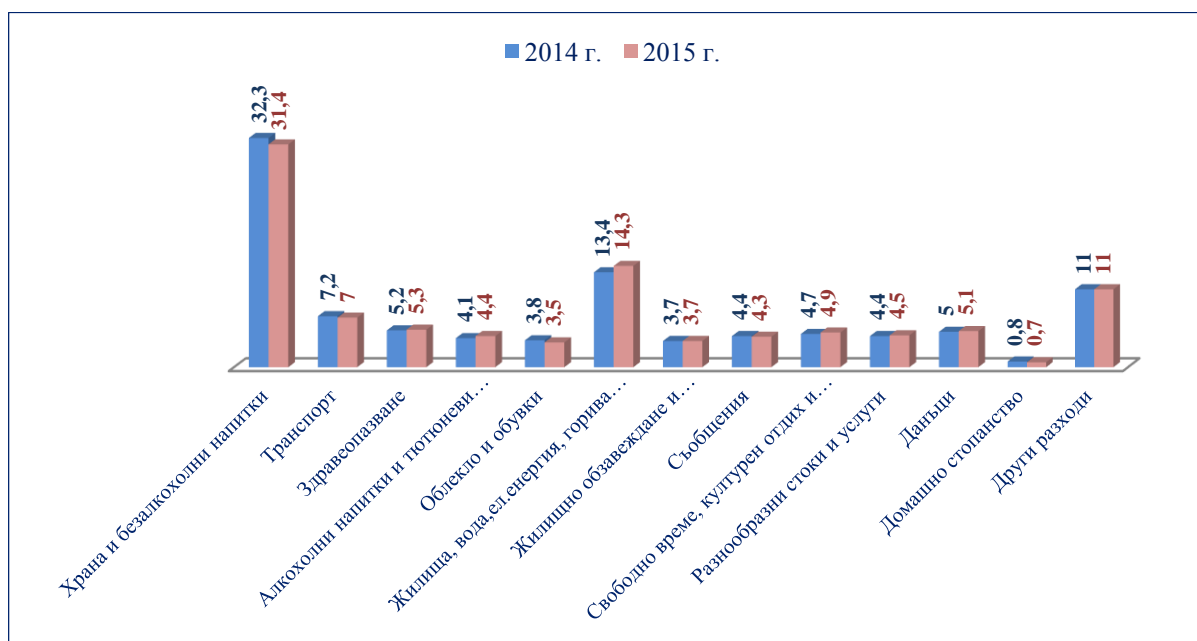


Източник : НСИ

По данни на НСИ през 2015 г. българските домакинства са изразходвали 4 666 лв. средно на лице, което е с 3.5% повече в сравнение с 2014 г. Утвърждава се тенденция

на нарастване, като за периода 2004 г. - 2015 г. разходите на домакинствата се увеличават 2.4 пъти. Фигура 16. За храна са изразходвани 1 463 лв. средно на лице от домакинство през 2015 г., относителният дял на разхода за храна от общия разход е 31,4% през 2015 г., или с 0,9 процентни пункта по-малко в сравнение с предходната 2014 г. Разходите за комунални услуги (вода, електроенергия, горива, жилищно обзавеждане и поддържане на дома) през 2015 г. са 839 лв. средно на лице от домакинство, което е с 8,7% повече спрямо 2014 г. Увеличение на годишна база има при разходите за: алкохол и цигари - с 9,7%, свободно време, отдых и образование - със 7,6%, данъци - с 5,8%, и здравеопазване - с 5,5%. Тези разходи формират около 50% от структурата на общия разход.

Фигура 16. Разходи за 2014 г. и 2015 г. в %



Източник : НСИ

Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. Средствата за здравеопазване нарастват значително и като дял от БВП и като общ размер. Разходите за здравеопазване през 2015 г. са с близо 9,8% по-високи в сравнение с 2014 г. Все още обаче темпът е крайно недостатъчен, което поставя българското здравеопазване в дъното на класацията на страните от ЕС по средства, отделяни за сектора. Публичните разходи за здравеопазване като дял от БВП (брутния вътрешен продукт) в България е около 4% през периода 2008-2014 г., при средно 7.3% за страните на ЕС. За 2015г. делът публичен разход за здравеопазване от БВП е 5,3% е, докато за 2014 г. е 5,2%.

През 2000 г. домакинствата са изразходвали 3,6% за здравеопазване, през 2010 г. - 5,5%, докато през 2011 г. са достигнали до 5,8%. Този размер се запазва и през 2014 г. и достига до 6,1% през 2015 г. Средният разход за здравеопазване на едно домакинство през 2014 г. е 570 лв., през 2015 г. е 594 лв. Средният разход за едно лице през 2014 г. е 235 лв., а през 2015 г. се увеличава с 13 лв. или 248 лв. (Фигура 17)

Фигура 17. Среден разход на домакинство и на едно лице за здравеопазване, в лв.



Източник: НСИ

- **Бедност**

Борбата с бедността и социалното изключване е една от конкретните цели на ЕС и неговите държави-членки в областта на социалната политика. Бедността е фактор с многопосочно въздействие върху здравето в неговите биологични, психични и социални намерения. Не съществува универсално европейско решение за бедността и социалното изключване. През последните години гражданите на общността в Европа изпитват непрекъснати финансови затруднения и поради това прибегват до спестяванията си, дори и за да покрият ежедневни разходи. И през 2014 г., и през 2015 г. на този фон делът на домакинствата, заплашени от бедност и социално изключване, като средна стойност в ЕС, се запазва относително устойчив. На национално ниво има държави, сред които и България, в които заплахата от увеличаването на бедността расте през последните години.

Линията на бедност е 286 лв. за 2015 г. и бележи ръст спрямо предходната 2014 г. с 14% - 251 лв. При този размер на линията под прага на бедност са били 1 578.3 хил. лица, или 21.8% от населението на страната. През 2014 г. относителният дял на децата на възраст 0 - 17 години в риск от бедност е 31.7% или приблизително 377.3 хиляди деца.

Около 2,2 млн. българи живеят под прага на бедността с месечен доход от под 296 лева. В 30% от домакинствата у нас има по един член, който е с общ доход под линията на бедността. През втората половина на 2015 г. границата на бедност у нас достига 295,55 лева за едно лице. (Иzt.: Институт за социални и синдикални изследвания на КНСБ, 01.2016 г.). 3,5 млн. граждани са с общ доход за месеца от 296 до 561 лева или 48% от домакинствата.

Месечната издръжка на живот на 1 член от домакинството трябва да е 560 лева; 2 242 лева са необходими на едно 4-членно българско семейство - 2 възрастни и 2 деца през 2015-та година, за да може да си покрие разходите за храна, образование, здравеопазване и поддържане на жилище.

Около 462 хиляди българи са наети с работна заплата, която представлява 75% от средната за страната. В 22 области на страната нарастването на средната работна заплата е значително по-бавно, а в три от тях Смолян, Кърджали и Силистра се отчита намаляване на доходите (НСИ).

Относителният дял на хората в риск от бедност и социално изключване остава сравнително висок, независимо че като цяло броят на лицата, живеещи под абсолютния праг на бедността, е намалял поради съживяване на пазара на труда.

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 подходното неравенство**. Тези изводи се потвърждават и от последните данни от изследването SILC на Евростат - съотношението на дохода на 20-те % най-богати към дохода на 20-те % най-бедни от 6.8 през 2014 г. достига 7.1 през 2015 г. Ако средно в ЕС делът на лицата, намиращи се в тежко материално лишение, намалява до 8.2%, в България той нараства. Данните на Евростат (SILC), показват че през 2015 г. относителният дял на хората, които живеят в условията на тежко материално лишение достигат до 34.2%, докато през 2014 г. е 33.1%. Това означава, че условията им на живот са били силно ограничени от липса на ресурси. По този показател страната ни заема първо място сред страните в ЕС.

Рискът от бедност и социално изключване е засегнал всеки четвърти гражданин в ЕС през 2014 г., като това се равнява на приблизително 122 млн. души по данни на Евростат). Румъния, България и Гърция са страните, които са с най-голям риск от бедност и социално изключване в ЕС, съответно с 40,2%, 40,1% и 36%. Показателят в България е спаднал с 4,7 процентни пункта през 2014 г., а в Румъния – с 4 процентни пункта.

По възрастови групи рискът само от бедност е най-висок за населението в надтрудоспособна възраст - 30.9% и за децата до 18-годишна възраст - 28.9%. Следвайки дефлацията през 2014 г., 461.4 хил. лица на възраст 18-59 г. живеят в домакинства с нисък интензитет на икономическа ефективност или 11.2% от населението. Според икономическия статус рискът само от бедност е най-висок за безработните - 52,2% и пенсионерите – 28,3%, докато при останалите икономически неактивни лица е 27,8%.

Оценките на бедността в зависимост от типа на домакинството показват, че бедността е концентрирана сред възрастните едночленни домакинства, самотните родители с деца, както и домакинства с три и повече деца.

Относителният дял на бедните е най-нисък в домакинства с трима или повече възрастни (12.0%) и в домакинства с двама възрастни под 65 години (13.2%). Сред едночленните домакинства рискът от бедност при жените е с 13.8 процентни пункта по-висок в сравнение с едночленно домакинство - мъж. Ако в домакинството живее едно лице над 65 години, рискът от бедност е с 20.8 процентни пункта по-висок от домакинство, в което живее едно лице под 65 години.

Коефициентът на Джини, измерващ разпределението на богатата в обществото, е най-висок в България за цяла Европа (35,4) спрямо 31-32 за европейските страни. 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**

Децата са специфична уязвима група, която в много голяма степен е застрашена от риск от бедност и социално изключване. През 2014 г. 31.7% от децата на възраст 0 - 17 години в България са изложени на риск от бедност, или с 3.3 процентни пункта повече спрямо 2013 г. Социалните трансфери към домакинствата намаляват риска от бедност сред децата с 14.1 процентни пункта. Рискът е най-висок при деца в домакинства с ниски доходи, деца с увреждания, онези, които са лишени от родителски грижи и които живеят

в лоши жилищни условия. Нивото на бедност сред българските деца е едно от най-високите за ЕС.

- **Безработица**

Икономическият растеж е все още недостатъчен, за да подпомогне устойчивото възстановяване на заетостта, а пазарът на труда продължава да бъде предмет на сериозно безпокойство. Безработицата в преобладаващата си част е дългосрочна, което подчертава нейния предимно структурен характер, при липсата на правилно насочени и достатъчни политики на активиране на заетостта за най-уязвимите групи от населението. Преходът от училище към заетост е все още проблематичен.

За 2015 г. България остава сред страните с най-слаб ръст на заетостта. В края на 2015 г. заетостта нараства с 0.3% на годишна база при 1% в останалите страни в Европа. 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.

Безработицата през 2015 г. е 9,1%, и е намаляла с 2,3 процентни пункта в сравнение с 2014 г. - при мъжете с 2,5 процентни пункта, а при жените - с 2 процентни пункта, като достига съответно 9,8% и 8,4%. Безработицата сред младежите (15-24 години) е 21,6%, а за възрастовата група 15-29 години - 14,4%. В сравнение с 2014 г. тези коефициенти намаляват съответно с 2,2 и 3,3 процентни пункта. Продължително безработни (от една или повече години) са били 187 хил. души, което е 61,3% от всички безработни. Коефициентът на продължителна безработица е 5,6%.

Общият брой на заетите лица в България през 2015 г. е 3,03 млн. души или 49,1% от населението над 15 и повече навършени години. Заетите на възраст 15-64 години са били 2,973,5 млн. души, или 62,9% от населението в същата възрастова група. Заетостта сред хората на възраст 20-64 години е 67,1%, или с 2 процентни пункта по-висока в сравнение с 2014 г. При мъжете коефициентът на заетост за тази възрастова група се увеличава с 2,3 процентни пункта, а при жените - с 1,8 процентни пункта, като достига съответно 70,4 и 63,8%. В групата на 55-64 годишните коефициентът на заетост е 53%. В сравнение с 2014 г. той отбелязва нарастване с 3 процентни пункта, като увеличението при мъжете е с 2,3 процентни пункта, а при жените - с 3,5 процентни пункта.

През 2015 г. икономически активните (15-64 години) са 3,276 млн. души, или 69,3% от населението на същата възраст. В сравнение с 2014 г. коефициентът на икономическа активност в тази група (15-64) нараства с 0,3 процентни пункта.

Икономически неактивните на възраст 15-64г. навършени години са 1,45 млн. души, или коефициент 30,7%, от които 639,5 хил. са мъже и 811,1 хил. са жени. Броят на обезкуражените в същата възрастова група е 170 хил. души.

Делът на рано напусналите образование и обучение сред 18-24 годишните е 13,4%, а делът на завършилите висше образование сред 30-34 годишните е 32,1%. От всички безработни 13,9% са с висше образование, 52,0% - със средно, и 34,1% - с основно и по-ниско образование.

Положително явление е намаляване делът на продължително безработните (от една или повече години) – те са 156,4 хил., или 59,9% от всички безработни. За година делът им намалява с 2,1 процентни пункта.

На минимална работна заплата (МРЗ) при пълно работно време през първото тримесечие на 2015 г. са наети 248 019 или 11.5% от всички наети. В сравнение със същия период на предходната година нарастват с 2.4% или с около 6 хил. лица. Поетапно се увеличи размерът на МРЗ от началото на 2015 г. до 07.2015 г. -360.00 лв., до 12.2015 -380 лв., размерът за 2014 г. е 240 лв.). Изключително ниското равнище на минимална

заплата в България е съпроводено с най-ниската покупателна способност в сравнение със страните членки на ЕС-28.

Ниската покупателна способност се обуславя от достигнатите през последните 25 години високи ценови нива за определени стоки и групи, които се доближават до средното ценово равнище на ЕС-28 (данни на Евростат). Процесът на сближаване на ценовите равнища се оказва много бърз за цените на редица групи хранителни и нехранителни стоки, които се доближават до средните за ЕС 28. Този процес на приближаване на цените в България към средните европейски равнища е в остро противоречие с въздържането на бизнеса от увеличение на заплатите. Очертаните по-горе тенденции са доказателство за необходими промени в домакинските бюджети и доходите от труд.

Наблюдаваните през последните години значителни териториални различия в равнището на безработица се запазват (НСИ). Картографирането на бедността в страната очертава драстични различия в териториален план. По експертни оценки, съществени са и различията в профила на бедност в градовете и в селата. Градската бедност е парична, докато бедността в селата е очертана от липсата на работа, некачествени или недостъпни здравни, образователни и социални услуги. През 2014 г. най-ниската линия на бедност се наблюдава в областите Кърджали и Пазарджик - съответно 175 и 194 лв., а най-високата - в област София - столица (493 лв.), следвана от област Перник (398 лв.). Най-висок е относителният дял на бедните в областите Пазарджик - 33.0%, Сливен - 30.8%, и Ямбол - 28.8%. Най-нисък е относителният дял на бедните в областите Габрово - 8.5%, Плевен - 11.8%, и Кюстендил - 14.0%.

В България заетостта, която е показател за състоянието както на пазара на труда така и напредъка на икономиката, се свива всяка година. Една от целите в стратегия „Европа-2020“ по отношение на заетостта е 75% от населението на възраст между 20 и 64 г. да е заето. По този показател България изостава от средното равнище за ЕС. Налице е лек оптимизъм въз основа на постигнатия през 2015 г. икономически ръст от 3%, увеличаващата се заетост (с 50 хил. лица) и повишаващите се реални доходи (с 8.9%), намаляващо равнище на безработицата (9.1%, или с близо 80 хил. души). Въпреки тези положителни измерения, отчетената дефлация в действителност не повлия 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.

- **Образование**

Образованието е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация. Образованието оказва влияние и върху информираността на гражданите и здравното им поведение.

През 2015 г. завършилите средно образование в общообразователни и професионални училища са съответно 27.0 и 23.3 хил. ученици. Броят на записаните в различните степени на висшето образование за 2015/2016 учебна година са 266.7 хиляди. Значително се увеличава броят на докторантите, като към 31.12.2015 г. в образователна и научна степен „доктор“ у нас се обучават 6 750 лица.

През учебната 2015/2016 година студентите - български граждани, в университети и специализирани висши училища са 237.0 хил. и в сравнение с предходната учебна година техният брой намалява с 8.9 хил., или с 3.6%. Чуждестранните студенти у нас са 11.4 хил., което е с 1.7% повече спрямо 2014/2015 учебна година (Приложения – Фигура 6).

4.2. Рискови фактори, свързани с околната среда

Въпреки че екологичните и здравни интервенции включват широк спектър от участници, различните видове излагане на околната среда (напр. чрез въздуха, водата, почвата, храната, шума и йонизиращи и нейонизиращи лъчения) трябва да се разглеждат като интегрирани детерминанти на здравето и благосъстоянието през целия живот и условията на живот. Сектори като транспорта, управление на водите, канализацията, производството на енергия и селското стопанство играят по-съществен роля за повлияване здравето, отколкото само здравния сектор. Секторът на здравеопазването обаче има водещата роля за насърчване на интервенции за обществено-то здраве, като идентифицира рисковете и детерминантите на здравето и осъществява надзор и оценка на ефектите от политики и интервенции.

„Здраве 2020“, СЗО

- **Атмосферен въздух**

Замърсяването на атмосферния въздух е един от основните предотвратими фактори с неблагоприятно въздействие върху човешкото здраве и влияние върху структурата на заболяемостта. Системната експозиция на атмосферни замърсители може да има различни по тежест здравни ефекти – от леки функционални нарушения до развитие на сериозни заболявания на различни органи и системи.

Министърът на здравеопазването, съвместно с министъра на околната среда и водите утвърждават норми за пределно допустими концентрации на вредни вещества (замърсители) в атмосферния въздух. Министерството на здравеопазването извършва оценка на здравния риск въз основа на получените данни за качеството на атмосферния въздух (КАВ) от Националната система за мониторинг на околната среда, ръководена от Министерството на околната среда и водите.

Оценката на КАВ се изготвя по основни показатели – фини прахови частици (ФПЧ₁₀ и ФПЧ_{2.5}), серен диоксид, азотен диоксид, въглероден оксид, озон, бензен, олово, кадмий, никел, живак, арсен и полициклични ароматни въглеводороди, както и други допълнителни замърсители.

Като цяло, през последните десетилетия в страната се отбелязва намаляване на нивата на емисиите на основните атмосферни замърсители и подобряване качеството на въздуха. Въпреки това в някои населени места - преобладаващо големи градове, замърсяването с фини прахови частици остава основен проблем.

В районите с установени проблеми по отношение на замърсителите се разработват/актуализират общински програми - съвместна дейност на редица институции и организации, включително регионалните структури на МЗ, МОСВ и общинските администрации.

Най-често предвижданите мерки в общинските програми, с цел намаляване на нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението са свързани с намаляване на емисиите на прахови частици, серен диоксид и азотни оксиди от битовото отопление чрез газифициране на населените места; залесяване на общинските терени, възстановяване и поддържане на озеленителните пояси; оптимизиране на съществуващата транспортна схема и на трафика, обновяване на автомобилния парк на градския транспорт, изграждане на велоалеи, редовно измиване на улиците, с цел намаляване на запрашеността, подобряване системата на сметосъбиране и сметоизвозване, забрана за изгаряне на

отпадъци на нерегламентирани терени и др. Друга мярка, препоръчвана от страна на РЗИ към общинските администрации, е свързана със ситуиране на промишлените дейности в териториално обособени промишлени зони или извън урбанизирани територии.

- **Питейни води**

От ключово значение за общественото здраве и качеството на живот на населението е непрекъснатото водоснабдяване с безопасна и доброкачествена питейна вода, предпоставка за което е централизираната водоснабдителна система. По данни на НСИ (<http://www.nsi.bg/> - *Статистика на водите*) от годишните статистически наблюдения за водоснабдяване и канализация в периода 2012 – 2014 г. 99.3% от населението в страната е свързано с обществено водоснабдяване, което е показател за висока степен на достъпност и осигуреност на потребителите с вода за питейно-битови цели, която е обект на мониторинг. Въпреки отбелязаните положителни тенденции, през същия период все още има населени места, където се налага въвеждане на сезонен или целогодишен режим на водоснабдяване, обхващащ съответно 4.3 - 0.45% и 0.2% от населението.

Съгласно Закона за водите и Закона за здравето, компетентен орган в Република България в областта на контрола на качеството на питейните води е Министерство на здравеопазването. Отговорни за подаване на съответстваща на изискванията питейна вода и провеждане на пълния мониторинг са ВиК операторите. РЗИ контролират питейната вода при потребителя с цел защита на общественото здраве.

В страната са обособени общо 2 668 зони на водоснабдяване. От тях 149 са големи - в денонощие се подават над 1000 куб.м. вода и/или се водоснабдяват над 5000 жители. Мониторингът се извършва в 11 219 пункта по органолептични, химични, микробиологични и радиологични показатели.

За 2015 г. от общия брой анализи на питейни води, съответствие с нормите има при 98% от тях (98,51% за 2014 г.). Като цяло, качеството на питейните води в страната се запазва сравнително добро.

Въпреки възникналите извънредни ситуации след интензивни валежи и локални наводнения в някои райони на страната, в резултат от навременни и адекватни мерки не е допуснато възникване на епидемични взривове от заболявания, причинени от замърсени води, използвани за питейно-битови цели.

Съгласно обобщените резултати от проведения през 2015 г. мониторинг на питейните води по *микробиологични показатели* са извършени 78 161 анализи. Съответствието с изискванията е 97% (при 95,7% за 2014 г.) и съответно 97,4% по показателите ешерихия коли и ентерококи. Несъответствия по микробиологични параметри се наблюдават предимно в по-малки зони на водоснабдяване, в зони с амортизирана ВиК мрежа и чести аварии. По *физико-химични* (вкл. органолептични и химични) и *радиологични показатели* са извършени общо 437 340 анализа. Съответствие с нормативните изисквания е установено в 99% от тях, без значима промяна спрямо предходната година. В 188 зони е констатирано несъответствие от около 1% по *органолептични показатели* (*цвят, мирис, вкус, мътност*).

Продължават да се регистрират наднормени стойности по индикаторните показатели *манган и желязо*, които нерядко присъстват съвместно и водят до влошаване на органолептичните характеристики на водата. Несъответствия за *манган* се наблюдават в няколко региона и са свързани с естествените условия при които се формират водите. Засегнати са населени места в 63 зони в областите Хасково, В.Търново, Плевен, Сливен и Габрово. Най-сериозен остава проблемът в гр. Симеоновград и селата към зона „Брягово”, с. Николово, с. Сталево в обл. Хасково, където са наложени ограничения за ползването на водата за питейни цели. Отклонения

по показател *желязо* се установяват най-често в гр. София, както и в още 58 зони в областите В. Търново, Хасково, Добрич, Габрово, Сливен.

Трайни отклонения в химичния състав на питейните води продължават да се регистрират и по показатели нитрати, флуориди, хром и арсен.

Наднорменото ниво на *нитрати* (>50 mg/L) е най-широко разпространеният проблем, свързан със замърсяване на питейните води в страната. Отчита се в около 5% от анализите. Давността му е многогодишна; характерен е за райони с интензивно земеделие. Най-засегнати са водоснабдителни зони в областите Ст. Загора, В. Търново, Бургас, Ямбол, Плевен, Шумен, Хасково, Варна, Ловеч, Разград, Добрич, Русе, Търговище, Пловдив, Враца и Сливен. В преобладаващите случаи отклоненията са до два пъти над допустимата концентрация, предимно в по-малките зони. През 2015 г. проби с наднормено съдържание на нитрати са регистрирани в 16 големи и 376 малки зони на водоснабдяване; относително постоянно в 3 от големите и в 160 от малките зони.

Несъответствия по показател *флуориди* са регистрирани в 11 малки зони в областите Благоевград, Бургас, Плевен и Хасково. Касае се за природно обусловено повишено съдържание на флуориди във води от подземни водоизточници, често ситуирани в близост до находища на богати на флуор минерални води. Превишението е около 2-3 пъти над нормата от 1.5 mg/L. Експозицията на високи нива на флуориди в питейната вода се свързва с риск от развитие на зъбна флуороза. Уязвими групи са кърмачетата и малките деца. В засегнатите райони са дадени препоръки на населението и медицинските специалисти за ограничаване употребата на водата за питейни цели от детските рискови групи и използване на подходящи бутилирани води.

Отклоненията по показател *хром* имат регионален характер. Регистрирани са в около 23 малки зони в областите Плевен и Монтана. Дължат се на естествено повишено съдържание на хром във водата и липса на пречистване.

Трайни отклонения по показател *арсен* са установени в две малки зони в области Благоевград и Смолян. В резултат от направени предписания, изграждането на нови водопреносни съоръжения и осигуряване на водоснабдяването от друга зона е решен по-значимият и дългогодишен проблем в гр. Меричлери и с. Великан (обл. Хасково).

Най-често установявани *причини* за констатираните отклонения са:

- неефективна и непостоянна дезинфекция на водата поради липса на подходяща апаратура за правилно и непрекъснато дозиране на дезинфектантите;
- лоша технологична схема на водоснабдяването, в т.ч. неправилно разположение на съоръженията за дезинфекция или недостатъчен брой на същите;
- липса на пречиствателни станции и съоръжения за пречистване за питейни води;
- остаряла, амортизирана и често авариреща водопроводна мрежа в населените места, в по-голямата си част изградена и въведена в експлоатация през 60-те и 70-те години на миналия век, включваща все още етернитови (азбестоциментови) водопроводи;
- липса на санитарно-охранителни зони около водоизточниците или неспазване на режима на ограничения и забрани в тях;
- неправилно използване на азотни минерални торове в разрез с добрите земеделски практики, неспазване на изискванията по отношение събирането, съхраняването и обезвреждането на торовия отпадък в животновъдството, липса на канализация и съоръжения за пречистване на фекално-битовите отпадъчни води в по-малките населени места;
- използване на водоизточници с природно обусловено наднормено съдържание на някои елементи, като манган, флуор, арсен без съответно пречистване на водата;
- грешки поради -ниска квалификация или недобросъвестно изпълнение на служебните задължения на служителите на ВиК операторите;

- въвеждане макар и временно на режимното водоснабдяване особено през лятото и есента в предимно малки населени места в страната.

От съществено значение за наличие на отклонения и влошена органолептика на водата е състоянието на вътрешните водопроводни инсталации в жилищните и административните сгради, за чието стопанисване са отговорни техните собственици.

Министерство на здравеопазването чрез РЗИ уведомява заинтересованите страни за основните мерки, които следва да се предприемат за решаване на проблемите с качеството на питейните води, най-често свързани с необходимост от:

- реконструкция и модернизация на водоснабдителните мрежи и съоръжения, изграждане на нови станции за пречистване и обеззаразяване на питейните води;

- търсене и разкриване на нови водоизточници, създаване на връзки между зони на водоснабдяване, където е необходимо с оглед недопускане отклонения в качеството на подавана вода 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 фирми 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.

По препоръка на Министерство на здравеопазването МРРБ е предприело мерки за проектиране и изграждане на пречиствателни станции за питейни води за гр. Симеоновград и гр. Шумен.

В изпълнение на Стратегията за водния сектор са разработени и одобрени (вкл. и от МЗ) регионалните генерални планове за развитие на ВиК инфраструктурата на обособените територии, в които са посочени основните проблеми с качеството на питейната вода, начините и сроковете за решаването им и финансови средства, необходими за тази цел. Изпълняват се и мерки заложи в 4-те Плана за управление на водите на Басейновите дирекции за управление на водите към МОСВ за периода 2010-2015г., свързани с функционирането на водоснабдителните системи, изграждане на СОЗ около водоизточниците и др.

- **Води за къпане**

Европейските изисквания към качеството на водите за къпане (водите в открити водни площи, използвани масово от хората за къпане – море, язовири, реки, езера) са транспонирани с Наредба № 5/2008 г. за управление на качеството на водите за къпане.

В съответствие със задълженията си на компетентен орган в тази област, МЗ чрез РЗИ извършва контрол и мониторинг на водите за къпане.

През 2015 г. официално са определени 94 зони за къпане (90 по Черноморското крайбрежие и 4 във вътрешността на страната). За всяка от зоните е определен представителен пункт, включен в Информационната система по водите на ЕС (WISE). Контролът на водите се извършва по микробиологични показатели (ешерихия коли и чревни ентерококи).

През сезон 2015 г. водите в зоните за къпане са класифицирани в следните категории:

- с „отлично качество“ - 71,3% от зоните (67 зони при 69 през 2014 г.);
- с „добро качество“ - 20,2% от зоните (19 зони при 17 през 2014 г.);
- със „задоволително качество“ - 5,3% от зоните (5 зони при 5 за 2014 г.);
- с „лошо качество“ - 3,2% от зоните (3 зони при 3 за 2014 г.).

За сравнение, съгласно публикувания от ЕК обобщен доклад за качеството на водите за къпане в ЕС през 2015г. с отлично качество са 84,4%, с добро - 9,1% със задоволително - 2,6% и с лошо - 1,6%.

Спрямо 2014 г. 7 от зоните за къпане подобряват класификацията си, а 9 са с по-лоша. При влошено качество на водите и наличие на здравен риск за къпещите се се налагат временни или постоянни забрани за къпане, с информиране на населението.

При отклонения в качеството на водите за къпане МЗ уведомява другите компетентни органи – МОСВ, МРРБ, Областните управители и кметове за идентифициране на причините и предприемане на необходимите мерки.

Положително въздействие върху качеството на водите за къпане се очаква и в резултат от законодателни инициативи, като обявяването на целия Черноморски район за чувствителна зона по смисъла на Закона за водите и осъществяването на план за действие за изпълнение на задълженията на Република България по отношение на Директива 91/271/ЕИО относно пречистването на градските отпадъчни води; както и въвеждането със Закона за устройството на Черноморското крайбрежие на охранителни зони по крайбрежието, в които се ограничават или забраняват определени дейности и др. Във връзка с изпълнението на задълженията по отношение на Директива 91/271/ЕИО относно пречистването на градските отпадъчни води е предвидено основната част от средствата по ОП „Околна среда“ да бъдат насочени към изграждане и реконструкция на канализационните системи на агломерациите съобразно приоритетите на Оперативната програма, както и въвеждането със Закона за устройството на Черноморското крайбрежие на охранителни зони по крайбрежието, в които се ограничават или забраняват определени дейности и др. Очаква се мерките да окажат положително въздействие върху качеството на водите за къпане.

- ***Почви и отпадъци***

За 2015 г. няма данни за дифузни замърсявания на почвите в урбанизираните територии на страната. През периода не са възниквали епидемиологично свързани случаи на заразни заболявания, в резултат на лошо поддържане чистотата на населените места, събирането, извозването и третирането на битови отпадъци.

Всички лечебни заведения имат разработени и внедрени планове за управление на генерираните отпадъци, въведено е разделно събиране на опасните от неопасните отпадъци и са сключени договори за тяхното последващо третиране.

- ***Шум***

Шумовото замърсяване в големите градове през последните години се признава не само като проблем на качеството на живот, но и като проблем на общественото здраве. Шумът в околната среда е източник на дразнение и стрес, нарушения на съня, намалено качество на съня, също така се свързва и с повишения риск от сърдечно-съдови заболявания, включително инфаркт, и инсулт.

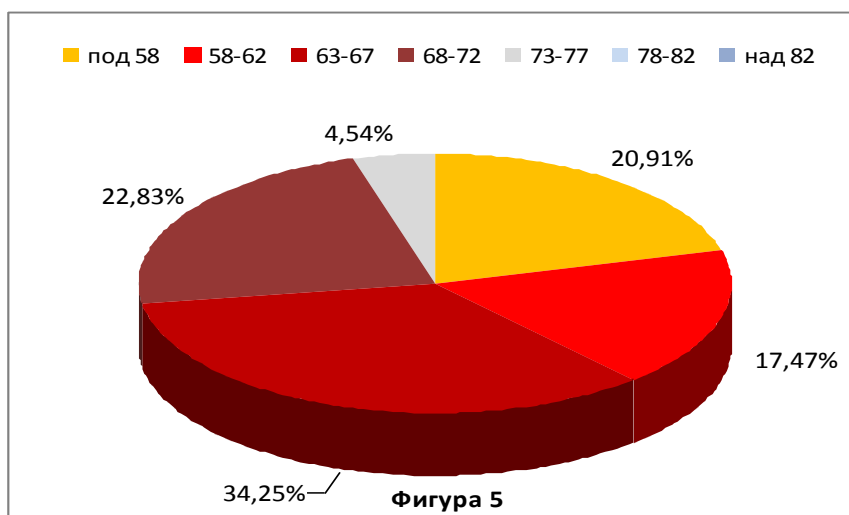
През 2015 г. е приета ***Директива (ЕС) 2015/996 на Комисията за установяване на общи методи за оценка на шума в съответствие с Директива 2002/49/ЕО***. Във връзка с приетите нови Директиви на Европейската комисия предстоят промени в българското законодателство, свързано с оценката на шума, които трябва да се осъществят до края на 2018 г.

Почти 90% от въздействията върху здравето, свързани със шума, се дължат на шума от движението по пътищата. Най-мощният източник се оказват превозните средства, който представлява 80% от общия фонов шум. Трафикът по високоскоростните магистрала на големите градове в пиковите часове, по наши данни, достига 2000 - 3000 превозни средства на час.

През 2015 г., в рамките на националната система за мониторинг на шум, РЗИ са провели измервания на градския шум в общо 727 пункта. Контролирани са шумовите нива в околната среда във всички областни градове и в девет общини на Р. България: 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.

Анализът на данните показва, че шумовите нива под 58 dB(A) са намалели незначително в сравнение с 2014 година. Намалял е също броят на пунктове с измерени шумови нива в диапазона (58-62) dB(A), в сравнение с 2014 година. Неблагоприятно е нарастването на броя на пунктовете със сравнително високите шумови нива от диапазона (63-67) dB(A). В този диапазон се намират 34,25% от общия брой контролирани зони, което е най-високата стойност, изразена в процентно съотношение, за изминалия десетгодишен период. Като цяло се запазва тенденцията през последното десетилетие броят на пунктовете в този интервал да нараства. Забелязва се леко увеличение (с 0,43%) на броя на пунктовете, с измерени нива в диапазон (68-72) dB(A) през 2015 г. в сравнение с 2014 г. (Фигура 18).

Фигура 18. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии за 2015 г., в %



Броят на пунктовете с измерени нива в диапазона (73-77) dB(A) през 2015 г. е намалял с 3 броя. Като положителна тенденция може да се отчете, че през целия наблюдаван период се забелязва намаляване на броя на пунктовете в този диапазон.

През 2015 година отново няма пунктове, в които да се отчетат най-високите стойности на шумови нива - в диапазони (78-82) dB(A) и над 82 dB(A) – Приложения – Таблица 14.

В 519 бр. от контролните пунктове в страната са измерени стойности над допустимите, което представлява 71,39 % от общия брой контролирани зони. Относителният дял на пунктовете с превишени нива е намалял незначително в сравнение с 2014 година, през която са били 71,83%. Наднормени стойности са отчетени в 191 бр. от пунктовете, разположени в територии и зони подлежащи на усилена шумозащита, което представлява 37 % от пунктове с отчетени нива над граничната стойност.

Динамиката в изследванията през десетгодишния период 2006 – 2015 г. (Таблица 5), през който се провежда мониторинга на шум съгласно **Директива 2002/49/ЕО**,

показва слабо намаление на експозицията на шум в контролираните зони. Този факт не звучи успокоително, тъй като нивата на еквивалентното дневно ниво на шума, измерено в по-голямата част от изследваните пунктове, надхвърля граничните стойности за съответните населени територии и зони, регламентирани в Приложение 2 (Таблица 2) на Наредба № 6/2006 г. Този показател, определящ степента на дискомфорт през дневния период на денонощието, остава висок през десетте години на проследяване.

Шумът е един от факторите с най-неблагоприятно въздействие върху населението в големите градове. Потенциалът му като източник на вредни въздействия е безспорен. Предизвикателство е съпоставянето от една страна на шумовото замърсяване и от друга - търсенето и потребностите на обществото за мобилност и продуктивност.

Проведени изследвания показват, че експозицията на шум в последните години слабо намалява, но нивата на шума като цяло се запазват високи. През десетте години на проследяване нивата на шум в по-голямата част от изследваните пунктове надвишава граничните стойности за съответните населени територии. Положителна тенденция се забелязва при диапазона на най-високите нива (73-77) dB(A), където с всяка изминала година намалява броят на пунктовете. След 2008 г. няма измервания, които да потвърждават нива на шум в диапазоните (78-82) dB(A) и над 82 dB(A).

Тревожен е фактът, че над 1/3 от общият брой пунктове с наднормени стойности (37 %) са на територии подлежащи на усилен шумозащита: жилищни зони, територии за обществен и индивидуален отдих, в близост до лечебни заведения и санаториуми, както и тихи зони, извън урбанизираните територии.

В по-големите градове като София, Пловдив, Бургас, Варна и Плевен са разработени ефективни програми за намаляване на шума, които общините изпълняват ежегодно. В плановете за действие на изброените градове са предвидени мерки за защитата от увеличаването на шума също и на тихите градски зони.

Програмата за саниране на сгради за постигане на енергийна ефективност дава възможност при жилищния и обществения фонд, изграден до 1990 г, състоящ се предимно от панелни постройки, да се предприемат мерки за шумозащита. Тази защита може да обхване не само жилищните, а също така и обществените сгради със специално предназначение – болници, училища, детски заведения, научно-изследователски центрове и др. такива.

За намаляване на шумовото замърсяване са необходими значителни усилия, изискващи актуална политика относно шума, съответстваща на съвременното научно познание, както и подобрения в градското проектиране и мерките за намаляване на шума при източника (EU, 2013). Европейската агенция за околна среда счита, че за справяне с предизвикателствата свързани с шума е важно допълнителното укрепване на възможностите за подобряване на обществената осведоменост и ангажираността на гражданите.

- ***Генетично модифицирани организми в храни***

Въз основа на информация от Българска агенция по безопасност на храните, не са установени проби от храни с нерегламентирано съдържание на ГМО. При съдържание на ГМО над 0.9 % (м/м) е необходимо то да бъде отразено на етикета и да се предприемат действия от страна на компетентните органи (МЗ, МЗХ) в съответствие със Закона за храните, Регламент № (ЕС) № 1829/2004 г и Регламент (ЕС) № 1830/2004 г. и подзаконовите нормативни актове.

- ***Нейонизиращи лъчения***

Нова политика и законодателство по отношение на облъчването с нейонизиращи лъчения:

1. *Директива 2013/35/ЕС за защита на работещите, изложени на облъчване с ЕМП.* След транспонирането на Директивата в националното законодателство следва да бъдат разработени национални указания/ръководства за приложението ѝ, на базата на трите части на Ръководството за добри практики при прилагане на Директива 2013/35/ЕС на ЕС.

2. *Защита на населението при използване на изкуствени източници за придобиване на тен (солариуми).* През 2014 – 2015 г са преведени и въведени в националното законодателство трите части на Европейския стандарт *EN 16489-1,-2,-3*. Целта на стандарта е повишаване на осведомеността, защитата и безопасността на потребителите на услуги за придобиване на тен на закрито по отношение на предлаганите в търговската мрежа устройства, като определя изискванията за компетентността, квалификацията и обучението на консултантите, предоставящи този вид услуги.

3. *Области на обществена загриженост и национални отговори.* Основното предизвикателство в тази област е разработването на електронна база данни (регистър) на източници на ЕМП в жилищни райони. Този регистър е в етап на изпълнение и той ще съдържа базовите станции за мобилна комуникация и радио и телевизионни станции в България.

Продължават изследванията и оценките на UVA и UVB слънчева защита в нови козметични продукти за деца и възрастни. През 2015 година са изследвани 15 слънцезащитни кремове и продукти, за проверка на декларирания слънцезащитен фактор, като в случай на необходимост е препоръчвана корекция в рецептурата от страна на производителите, преди пускането на продуктите на пазара.

Измерванията на ЕМП през 2015 г., извършени от НЦОЗА, обхващат около 590 броя източници на ЕМП, използвани в комуникацията (базови станции за мобилна комуникация, радио и ТВ-станции, радар), медицината (Отделения за ядреномагнитен резонанс) и др. Направени са 1234 експертни оценки на източници на нейонизиращи лъчения, включващи базови станции, радио и ТВ станции, радар, както и експертни оценки на 27 инвестиционни проекти.

Резултатите от мониторинга на ЕМП в близост до детски, учебни и лечебни заведения и в околната среда на 10% от всички обекти, източници на нейонизиращи лъчения, разположени на територия с голяма концентрация на население и жилищни сгради показват, че стойностите на електромагнитното поле са значително под максимално допустимите, съгласно Наредба № 9.

Анализът на резултатите от измервания на ЕМП по жалби на граждани във връзка с облъчване с електромагнитно поле от базови станции за мобилна комуникация показва, че в домовете на жалбоподателите нивата на ЕМП са в границите на максимално допустимите.

- **Йонизиращи лъчения**

Мониторинг на облъчване на населението

През 2015 г. са извършени изследвания на 688 броя проби – хранителни продукти, питейни, повърхностни и минерални води, почви, дънни утайки, растителност, атмосферни отлагания, атмосферен въздух, строителни материали и други. Направени са 1133 броя радиохимични, 348 броя гама-спектрометрични анализи и 939 броя радиометрични определяния. Разпределението им е показано в следващите таблици 20, 21 и 22.

Таблица 8. Видове и брой радиохимични анализи на изследваните обекти

Изследван обект	Изследвани радионуклиди							Общ брой анализи
	$\Sigma\beta$	$\Sigma\alpha$	ест. U	^{226}Ra	^{137}Cs	^{90}Sr	^{222}Rn	
Води	294	297	248	15	36	37	7	934
Дънни утайки	-	-	-	-	-	24	-	24
Почви	-	-	-	-	-	16	-	16
Растителност	15	15	-	-	-	15	-	45
Храни	43	8	-	-	-	42	-	93
Атмосферни отлагания	7	7	-	-	-	7	-	21
Общ брой анализи	359	327	248	15	36	141	7	1 133

Таблица 12. Радиометрични анализи

Обект на изследване	Брой на измервания
Води	740
Дънни утайки	24
Почви	16
Растителност	45
Храни и други стоки	93
Атмосферни отлагания	21
Общ брой анализи	939

Таблица 9. Гама-спектрометрични анализи

Обект на изследване	Брой на анализите
Дънни утайки	32
Почви	52
Растителност	15
Храни	61
Атмосферни отлагания, аерозоли и въздух	16
Строителни материали, намазки, дървесина, филтърен прах и др.	140
Материали от табани	32
Общ брой анализи	348

Мониторинг около обектите на ядрената енергетика и хранилищата за РАО и ОЯГ.

Регистрираното съдържание на техногенните радионуклиди цезий-137 и стронций-90 от извършения мониторинг около АЕЦ Козлодуй е многократно по-ниско от допустимото за питейна вода и е пренебрежимо малко по отношение на радиационната защита. Оценената годишна ефективна доза от надфоново облъчване на лица от населението, живеещо около АЕЦ “Козлодуй” и ПХРАО-Нови хан продължава да е под 10 μSv по оценка, направена въз основа на получените до момента резултати от радиационния мониторинг в тези райони. Това показва, че не са необходими допълнителни мерки за оптимизиране на радиационната защита на населението.

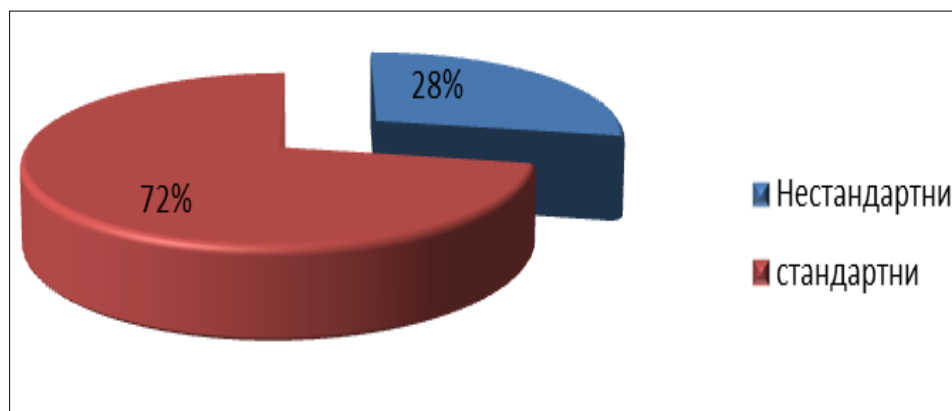
Резултатите от провеждания през 2015 г. мониторинг сочат, че естественият гама-фон в района на ПХРАО „Нови хан” и този в 6-90 км зона около АЕЦ „Козлодуй” не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и обектите с ИЙЛ и не се отличава от характерния за съответните региони локален гама-фон. Радиоактивността на въздуха,

водата, почвата, флората и фауната варира в нормални граници. Няма отклонения от нормативните изисквания за радиационна защита.

Изследвания на питейни води по радиологични показатели.

Само за две проби питейни води от Югозападна България резултатите от мониторинга показват несъответствие с максималната концентрация за съдържание на естествен уран, съгласно изискванията на Наредба №9 от 2001 г. за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели. Две проби води на същата територия не съответстват по радиологичен показател обща бета-активност (контролно ниво). По радиологичен показател обща алфа активност (контролно ниво) несъответствие са показали 39 от изследваните проби води от ЮЗ България. Дадени са препоръки на директорите на РЗИ, на чиято територия се намират посочените питейни води, за които са надвишени контролни нива да се проведе здравно-радиационен мониторинг и през 2016 г. (Фигура 19)

Фигура 19. Съотношение на стандартни и нестандартни проби вода по отношение на контролното ниво за обща алфа активност



Източник: НЦРРЗ

Изследвания на храни по радиологични показатели.

Резултатите от радиологичните анализи на продукти от търговската мрежа (прясно мляко, месо, сирена, кашкавали, плодове, зеленчуци, варива, детски млека и др. детски храни), както и смесена диета (24 часово меню), изследвани с цел оценка на облъчване на населението от поглъщане на техногенни радионуклиди, съответстват на изискването на нормативните документи. **Оценената годишна ефективна доза от поглъщане на цезий-137 и стронций-90 с храна за лица от населението е по-ниска от 1 μ Sv.**

Дейности на НЦРРЗ по националната програма за намаляване на въздействието на радон в сгради върху здравето на населението.

НЦРРЗ съвместно с РЗИ извърши проучване на концентрацията на радон в детски градини в области Смолян, Силистра и Разград. В област Смолян са изследвани 68 детски градини с 216 помещения. В област Силистра са изследвани 66 детски заведения с 190 помещения за концентрацията на радон. В област Разград са изследвани 223 помещения в 91 детски градини. Дадени са препоръки към детските градини с концентрации на радон над референтните нива.

Мониторинг на медицинското облъчване

Според обобщените данни за 2014 г. (данните се отнасят за 2014 г. поради спецификата при събирането и обработването им в НЦРРЗ), общият годишен брой на

рентгеновите изследвания е 4 276 996 (приблизително 4 300 000), или средно 589 изследвания на 1000 души от населението.

Продължава положителната тенденция за намаляване на флуорографиите с повече от 10 пъти за седем години – от 8,6 през 2007 година на 0,8 на 1000 души през 2014 г. Наблюдава се нарастване на броя на компютър-томографските изследвания от 27,7 на 50 на 1000 души за същия период. Броят на ангиографските и интервенционалните процедури също е нараснал – от 3,9 на 13,9 на 1000 души, или от 0,7 % на 2,4 % от общия брой рентгенови изследвания. Тенденцията при ангиографските процедури е за драстично увеличаване на честотата на провеждането им през последните три години.

При рентгеновата диагностика оценената колективна ефективна доза за 2014 г. е 4357 man Sv, или 600 mSv на 1000 души от населението, спрямо 3191 man Sv през 2007 г. В периода 2007 – 2014 годишната колективна ефективна доза плавно нараства, следвайки динамиката на честотата на рентгеновите изследвания.

Относителният принос по основни групи изследвания в колективната доза е както следва:

- компютърна томография с 47,1 % през 2014 г. В същото време, тези изследвания са само 8,6 % в от общия брой на рентгеновите изследвания;

- интервенционални процедури - приносът им в колективната доза е нараснал значително за последните три години от 13,8 % през 2012 г. до 23,7 % през 2014 г. с тенденция за увеличаване на честотата на провеждането им;

- рентгеновата графия запазва своя най-голям дял в честотата (около 73 %) и заема трето място по принос в колективната доза (17,9 %);

- конвенционалната скопия, която през 2007 г. е основен фактор в колективната доза, през 2014 г. има принос само 11,1 %;

- денталните рентгенови изследвания въпреки сравнително голямата честота от 12 %, имат нищожен принос в колективната доза.

Очаква се в бъдеще да нараства приносът в колективните дози от интервенционалните и компютър-томографските изследвания, а да намалява този на конвенционалната скопия и рентгенографията.

Средната годишна индивидуална ефективна доза у нас за 2014 г. от рентгеновата диагностика е 0,6 mSv, което е два пъти по-малко от средната годишна индивидуална ефективна доза за Европа.

Оценка на честотата и колективната доза при нуклеарно-медицинските изследвания през 2014 г.

През 2014 г. диагностичните изследвания *in vivo* са провеждани в 17 отделения, с използване на общо 17 гама-камери - 15 СПЕКТ, от които четири са хибридни системи СПЕКТ-КТ, 2 планарни гама-камери и 2 ПЕТ-КТ.

Честотата на НМ изследвания (възрастни и деца) на милион население в България през 2014 г. е 5116, която все още е една от най-ниските в Европа, но е увеличена спрямо 2013 г., когато е била 4395.

Като цяло **колективната ефективна доза от нуклеарно медицински изследвания през годината е 111 man Sv, а средната индивидуална годишна доза е 0,021 mSv**, около 1,7 пъти по-ниска стойност от средната за Европа от 0,036 mSv.

Очаква се в бъдеще, с нарастването на броя на ПЕТ уредбите и осигуряването на клинични циклотрони за производство на краткоживеещи позитронни емитери, приносът на ПЕТ в честотата на НМ изследвания и в колективната доза да нарасне.

През 2014 г. медицинското облъчване с диагностична цел формира сумарна колективна ефективна доза 4468 man Sv/a. Основен е приносът на рентгеновата

диагностика, формираща 4357 man Sv/a и около 39 пъти по-малък – на радионуклидната диагностика със 111 man Sv/a.

Средногодишната индивидуална ефективна доза се оценява съответно на 0,60 mSv/a за рентгеновата диагностика, 0,02 mSv/a за радионуклидната диагностика или общо 0,62 mSv/a.

През 2015 г. продължават тестовете на разработения през 2013 г. програмен продукт за събиране и анализ на данните от изследванията с рентгеново лъчение, като в системата са въведени големи обеми от данни, събрани при предишните национални проучвания, за да може да се тества тя при реални условия на работа. Отстранени са някои все още съществуващи проблеми. Доуточнен е списъкът на изследванията, които да бъдат включени в проучването, съвместно с водещи рентгенолози в страната.

Професионално облъчване

През 2015 г. е проведен непрекъснат дозиметричен контрол на външното облъчване на 4340 лица, от които 426 на 10 кратен контрол на професионалното облъчване и 3914 лица на 4 кратен контрол. Общ брой на проведените измервания за 2015 година - 20516. През 2015 г. е оценен 1 индивидуален дозиметър с доза над контролното ниво от 6 mSv за единичен контролен период. Дозата е 7,20 mSv получена е от лице работещо в системата на здравеопазването. Случаят е докладван на органите на държавния здравен контрол след което е проведено разследване, направен е анализ и са дадени препоръки за оптимизиране на радиационната защита и подобряване културата на безопасност.

Оценената колективна доза за контролирания персонал през 2015 г. е 86,85 man.mSv. Средната годишна ефективна доза на лице от контролирания персонал е 0,02 mSv. Най-много на брой, 4178 са годишните дози под нивото за регистрация, т.е дози не са отчитани и регистрирани, 137 от получените и регистрирани дози са в интервала от 0,1 до 1 mSv, 19 дози са в интервала от 1 до 6 mSv, една доза е регистрирана в интервала от 6 до 20 mSv. Най-високата колективна годишна и средна годишна индивидуална ефективна доза, **съответно 30 man.mSv и 0,1 mSv са оценени при работата с радиационни дефектоскопи**, като предполагаме, че те са получени при дейности с преносими такива, поради спецификата на работа.

Фигура 20. Разпределение на колективните по области на приложение на ИЙЛ



Източник: НЦПРЗ

Следваща по големина е средната ефективна индивидуална доза при **инвазивни медицински процедури - 0,05 mSv**, като считаме, че тя е **далеч по-ниска от действителната**, базирайки се на собствени измервания с прякопоказващи

индивидуални дозиметри, както и поради факта, че екипите в една болница имат дози, а в друга болница нямат никакви дози при използване на едни и същи стандартни процедури. Разпределението в страната следва общата закономерност в света за най-голям принос в ефективната доза на облъчването на персонала при използване на ИЙЛ за медицински цели. (Фигура 20). В останалите направления средните индивидуални ефективни дози са незначителни.

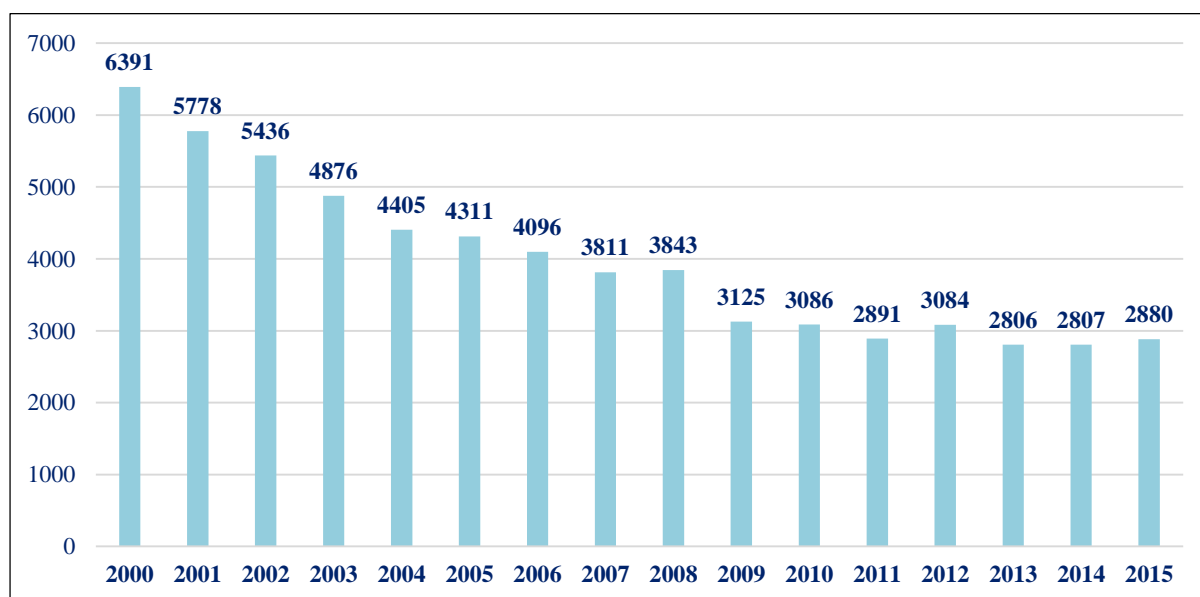
Специализирано медицинско наблюдение, биодозиметрия и изследвания на лица работещи в среда на йонизиращи лъчения. През 2015 г. са обслужени **6343** лица. Общият брой на извършените прегледи е **22 294**, от които **17 293** са редовни профилактични прегледи на **5645** лица, вторичните прегледи са **639**. Ново постъпилите пациенти са **905**. На отчет в НЦРРЗ се водят 18 лица с професионални лъчеви увреждания, регистрирани през минали години.

4.3. 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 делът 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 трудовомедицинското 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 2015 г. общият брой на злополуките е 2 880, т.е., налице е незначително увеличение спрямо 2014 г. (2807 ТЗ) (Фигура 21).

Фигура 21. Общ брой на ТЗ през периода 2000 – 2015 г.

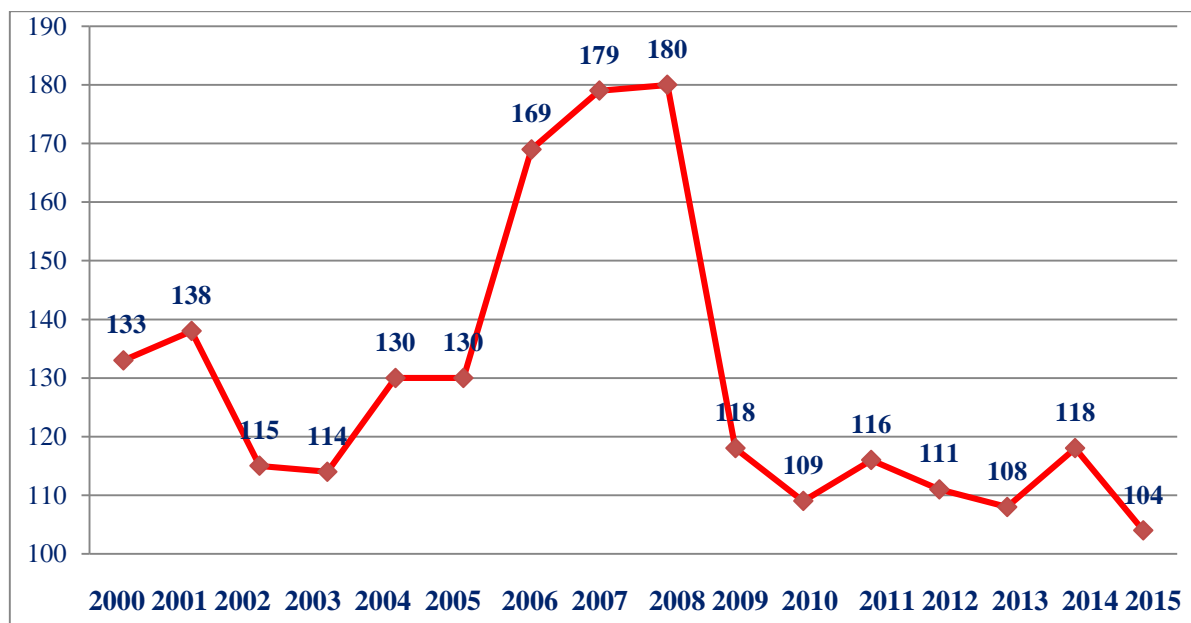


Източник: НОИ

Увеличение с около 10% се отчита и при загубените календарни дни от трудови злополуки – 126 919 при 112 222 за 2014 г. В същото време броят на смъртните – 104 бр. (Фигура 22) и инвалидните злополуки на работното място – 5 бр., е намалял – съответно от 118 и 10 през 2014 г.¹².

За 2014 и 2015 г. информацията е оперативна, за 2014 г. към дата 09.01.2015 г. и за 2015 г. към 11.01.2016 г. съответно.

Фигура 22. Брой на ТЗ с фатален изход за периода 2000 – 2015 г.



Източник: НОИ

През 2015 г. в териториалните поделения на НОИ са открити 66 досиета за професионални болести. Заболелите лица със съмнение за професионален характер на заболяванията са 58. Продължава да се наблюдава установеното в предходните години ниско ниво на случаите със съмнение за професионална болест.

Най-много открити досиета по получени бързи известия през 2015 г. има в ТП на НОИ Перник – 17; Пловдив – 10 и София град – 9. Следват София област и Благоевград по 4; Кърджали, Смолян и Хасково по 3; Враца, Габрово, Плевен и Стара Загора по 2; Бургас, Варна, Велико Търново, Пазарджик и Ямбол по 1. В останалите 11 ТП на НОИ не са получени бързи известия за съмнение за професионална болест.

Структурата на професионалната патология през 2015 г. показва, че най-много бързи известия са изпратени за: увреждания на опорно-двигателния апарат и периферната нервна система, прахови белодробни и алергични заболявания.

Нивото на разкрита професионална заболяемост и болестност в България е значително по-ниско от това в страните от ЕС¹³. 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

¹² Статистика трудови злополуки, Национален осигурителен институт: www.noi.bg

¹³ Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects. European Commission, March 2013. Available at: https://osha.europa.eu/fop/czech-republic/en/publications/report_occupational.pdf

Гърция, Кипър, Исландия и Ирландия. Съгласно данните на НОИ през последните години в България няма регистрирани случаи на мезотелиоми, докато по данни на Националния раков регистър за периода 2007-2009 се установяват от 42 до 58 нови случаи на мезотелиоми¹⁴, 40 до 56 от които плеврални. Въпреки, че не е проследено дали имат професионален характер, съгласно критериите на СЗО за 90 % от плевралните мезотелиоми се приема, че са с професионална етиология. Гореизложеното предполага, че са налице недостатъци в системата за медицинско наблюдение на работещите и ранно откриване на професионалните и свързаните с труда заболявания, както регистрацията на съответните заболявания.

Към 31.12.2014 г. в страната има регистрирани и работещи 473 Служби по трудова медицина (СТМ)¹⁵, като работещите в тях специалисти по трудова медицина не надвишават 300, голяма част от които са регистрирали повече от една СТМ, включително в различни райони на страната. Така 196 СТМ осъществяват дейност и в други от регистрацията си области. Най-голям брой СТМ са регистрирани в София (155).

Към 15.07.2016 г. действащите СТМ¹⁶ са 516, и практиката за участие на специалистите по трудова медицина в повече от една СТМ се запазва. 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 (22.3 % от общата смъртност към 2012 г.) и застаряването на работната сила налага предприемане на спешни мерки за подобряване качеството на трудово-медицинското обслужване, особено по отношение на превенция риска и промоция на здравето на работното място.

В заключение може да се отбележи, че трудовият травматизъм се запазва на нива близки на тези от предходните години. Наблюдава се слабо подобряване на разкриваемостта и регистрацията на професионалните заболявания, която обаче 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.

4.4. Рискови фактори, свързани с начина на живот

„Нездравословното лично поведение има не само висока лична, но и обществена цена. Вредните навици или безотговорното поведение в обществена среда могат да доведат до увреждане не само на личното здраве, но и да застрашат здравето на други индивиди. Наред с това непрекъснато нарастващите публични и частни разходи за здравеопазване също представляват част от последствията.“

Национална здравна стратегия 2020

¹⁴ Заболеваемост от рак в България 2009 г., Национален раков регистър: <http://www.sbaloncology.bg/bg/bulgarian-cancer-registry.html>

¹⁵ Данни, предоставени от РЗИ, данни за София-град и Велико Търново - непълни

¹⁶ Регистър на СТМ, МЗ

- **Тютюнопушене**

В глобален мащаб, тютюнопушенето е една от доказаните водещи, предотвратими причини за болестност и смъртност. Ежегодно в света умират над 5.4 милиона души от заболявания, причинени от употребата на тютюн. Към 2030 година се очаква техният брой да достигне 10 милиона и тютюнопушенето да се превърне във водещата самостоятелна причина за смърт. В Европейския регион на СЗО, тютюнопушенето формира 12.2% от глобалното бреме на болестите и е причина за 2.3% до 20.9% от всички смъртни случаи. За България тези показатели са съответно 13.5% и 12.4%.

Население 20+

Данните от Национално проучване на факторите на риска за здравето 2014-2020 г. показват, че 37.4% от възрастното население в страната пуши цигари. Като цяло пушат по-малък брой жени (33.1%) в сравнение с мъжете (41.9%). Почти всеки 3-ти от анкетираните е ежедневен пушач – 59.4% от мъжете и 56.9% от жените (Таблица 14).

Таблица 10. Разпространение на тютюнопушенето (цигари)

		Мъже	Жени	Общо
Употребявате ли цигари понастоящем?	Ежедневно	36.5%	28.5%	32.4%
	Понякога	5.4%	4.6%	5.0%
	Не	58.1%	66.8%	62.6%

Ежедневните пушачи, пушили над една година са по-често мъже (92.3%), на възраст между 35 и 64 г. и с най дълъг пушачески стаж от 26+ години (37.0%). И при двата пола пушещите над 20 цигари дневно са 2.3%. По-голямата част от жените пушат 10.7±6.9, а мъжете, 15.5±9.7 цигари дневно. Преобладаващата част от анкетираните, са пропушили на 16-20 г. (59.4% мъже, 56.9% жените), а 17.7% от тях са започнали да пушат на 10-15-годишна възраст, (21.4% мъже и 13.3% жени).

Пушачите на цигари без филтър, ръчно свити цигари, пури и лули варират между 1.0% и 3.8%, а употребяващите тютюн за дъвчене са малко на брой и варират между 0.1% и 2.7% (Таблица 15).

Таблица 11. Употребявате ли бездимни тютюневи изделия

Въпрос	Отговор	Мъже	Жени	Общо
Употребявате ли тютюн за дъвчене?	Ежедневно	0.2%	0%	0.1%
	Понякога	97.6%	98.8%	98.2%
	Не	2.2%	1.2%	1.7%
Употребявате ли тютюн за смъркане?	Ежедневно	0.2%	0.2%	0.2%
	Понякога	97.1%	98.5%	97.7%
	Не	2.7%	1.4%	2.1%

Наргиле пушат 7.4% от анкетираните лица (почти равен брой жени и мъже). Всеки 7-ми анкетиран е опитвал или пушил електронни цигари (13.2%). В момента продължават да пушат около 1/3 от тях (4.6%) -Таблица 16. Основните причини, които лицата изтъкват за употребата тези тютюневи изделия са: за да не нарушават забраната за тютюнопушене (42,8%), поради това, че могат да им помогнат за отказване на цигарите (22,4%) и защото са по-малко вредни са от цигарите (11,8%). Над половината респонденти са изложени на тютюнев дим втора употреба в дома си (52.7%), като за 4 и повече часова експозиция съобщават 48.7% от тях (Таблица 17).

Таблица 12. Разпространение на употребата на наргиле и електронни цигари

Въпрос	Отговор	Мъже	Жени	Общо
Употребявате ли наргиле?	Да	7.4%	7.3%	7.4%
	Не	92.6%	92.7%	92.6%
Употребявате ли електронни цигари?	Да	4.9%	4.3%	4.6%
	Не	95.2%	95.7%	95.4%

Таблица 17. Експозиция на тютюнев дим вкъщи

Въпрос	Отговор	Мъже	Жени	Общо
Пуши ли вкъщи член от семейството ви?	Да	52.1%	53.2%	52.7%
	Не	47.9%	46.8%	47.3%

Изследването показва, че само всеки пети пушач желае да спре цигарите - 21,2% (20.2% от жените и 21.7% от мъжете) като само. Тревожен е фактът, че около половината от пушачите не желаят – да откажат цигарите (50.7%). Никотинова зависимост се установява при 56.5% от пушачите, които съобщават, че запалват първата цигара през първите 30 минути след събуждане от сън (56.5% от мъжете и 49.7% от жените) – Таблица 18.

Таблица 18. Никотинова зависимост

Въпрос	Отговор	Мъже	Жени	Общо
Колко време след събуждане запалвате първата цигара?	До 30 минути след събуждане	56.5%	49.7%	53.4%
	Над 30 минути след събуждане	43.5%	50.3%	46.6%

Почти всички анкетираните лица (95.8%) са информирани относно тютюнопушенето и вредите, които то причинява. Всеки трети от анкетираните непущачите (31.5%) е бивш пушач. Сред отказалите цигарите преобладават мъжете над 45-годишна възраст и жените между 25 и 54 г.

Все още тревожната картина, свързана с тютюнопушенето, може да бъде обяснена с редица обстоятелства, характерни за нивото на социално-икономическото развитие на страната. Вредата от тютюнопушенето е недооценена, толерантността към пушачите е висока, съществуващото законодателство за контрол на тютюнопушенето не се съблюдава, огромните загуби, свързани с лечението на болестите, причинени от тютюна, се понасят от здравната система и обществото без особена тревога, недостатъчно ефективна е дейността по промоция на здравето и контрол на тютюнопушенето.

Деца 10-19 г.

Проблемът с тютюнопушенето сред подрастващите продължава да е актуален. Основните данни показват определени тревожни факти и тенденции:

- Над 30% от учениците са правили опити да пушат цигари. Относителният дял на момчетата, експериментирали с цигарите е по-висок от този на момчетата (40.9% срещу 35.7%) – Приложения – Таблица 15.
- 27.9% от момчетата и 21.5% от момчетата са настоящи пушачи. Тютюнопушенето е значително по-разпространено сред 15-19-годишните (38.0%) отколкото сред тези

на 10-14 г. (6.0%). Сред пушачите на възраст 10-14 г. преобладават момчетата, а сред тези на 15-19 г. момичетата (Таблица 19).

- Над 40.0% от учениците са запалили първата си цигара на 14-15 години. Интензивни пушачи са 58.4% от децата (63.1% от момичетата и 51.3% от момчетата). При момичетата то е по-разпространено във възрастта 15-19 години (64.8%), а при момчетата – 10-14 г.(60.0%) – (Таблица 20).
- Имат желание да спрат да пушат предимно момчетата и децата на възраст 10-14 г. Няма желание да откажат цигарите половината от пушачите, като делът на момичетата е 1.5 пъти по-висок (57.9% срещу 38.5%) и нараства с възрастта. От медицинска помощ за отказване биха се възползвали само 6.3% от децата пушачи, по-често момчетата и по-малките.
- Правили са опит (от един до два пъти и повече) да спрат цигарите 42.7% от анкетираните, малко по-често момчетата и по-големите деца.
- Всеки четвърти ученик е бил изложен на пасивно пушене всеки ден, по-често момичетата. С нарастване на възрастта нараства и техният дял. От 1-2 дни седмично -16.1% от момчетата и 15.0% от момичетата, по-често тези на 10-14 г. Нисък е делът на учениците, изложени на ETS 3-4 и 5-6 дни.

Таблица 13. Разпространение на тютюнопушене по пол и възрастови групи (%)

Тютюнопушене сред учениците	Момчета			Момичета			Общо		
	Възрастови групи			Възрастови групи			Възрастови групи		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Непушачи	92.4	69.1	78.5	95.3	55.6	72.1	94.0	62.0	75.1
Пушачи	7.6	30.9	21.5	4.7	44.4	27.9	6.0	38.0	24.9

Таблица 14. Разпределение на учениците, според броя цигари, изпушвани дневно по пол и възрастови групи (%)

Брой цигари	Пол			Възрастови групи		
	Момчета	Момичета	Общо	10-14	15-19	Общо
	%	%	%	%	%	%
До 1 цигара дневно	7.7	14.1	11.5	28.6	10.1	11.5
2 до 5 цигари	41.0	22.8	30.2	14.3	31.5	30.2
6 до 10 цигари	12.8	31.6	24.0	0.0	25.8	24.0
11 до 20 цигари	35.9	15.8	24.0	28.6	23.6	24.0
Над 20 цигари	2.6	15.8	10.4	28.6	9.0	10.4
Общо	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Източник: НЦОЗА

Независимо от редицата благоприятни законодателни промени, получените данни са неоспоримо доказателство за това, че детското пушене продължава да бъде сериозен и приоритетен проблем на общественото здравеопазване.

Продължава да бъде актуален въпросът за разработване и внедряване на качествено нови подходи в профилактиката на детското пушене, насочени към предотвратяване на началната - т.нар. “инициална” употреба на цигари или максимално отлагане на пропушването, както и осигуряване на помощ и подкрепа за пушачи, които желаят да се откажат.

Резултатите подчертават необходимостта от разработване и внедряване на профилактични програми още в началната училищна възраст и адаптиране на интервенционните програми във възрастов план към особеностите на тютюнопушенето при момчета и момичета.

- **Употреба на алкохол**

По данни на СЗО алкохолът е третият по значимост фактор на риска за здравето (след тютюнопушенето и високото артериално налягане) в ЕС и е причина за 3.3 милиона смъртни случаи, което е 5.9% от всички смъртни случаи и 5.1% от глобалното бреме на болестите.¹⁷

Консумацията на алкохол е причина за повече от 200 заболявания и състояния - психични и поведенчески разстройства, зависимост, тежки незаразни заболявания, като цироза на черния дроб, някои видове рак и сърдечно-съдови заболявания и наранявания в резултат от насилие и пътнотранспортни произшествия. Злоупотребата с алкохол може да причини смърт и инвалидност в сравнително ранен етап от живота. Около 25% от общия брой смъртни случаи във възрастовата група 20–39 г. са вследствие на злоупотреба с алкохол.

Най-високи нива на потребление на алкохол продължават да бъдат измервани в развития свят, по-специално в Европейския регион. 18 Данните от доклада „Health at a Glance: Europe 2014“ показват, че измерената в ЕС консумация на алкохол, чрез мониториране на годишните данни за продажбите на абсолютен алкохол в отделните страни, възлиза на средно 10.1 литра АА на глава от населението, за България - 10.2 литра АА на глава от населението.

По данни на НСИ е налице значимо нарастване (с 12.1 литра) на консумацията алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната за периода 2000-2015 г. (Таблица 21), основно поради покачването през годините на употребата на бира с около 13л, на фона на незначителен спад на консумацията на традиционните за България вина и ракии.¹⁹

Таблица 15. Потребление на алкохолни напитки средно на лице от домакинство

Продукти и напитки	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Алкохолни напитки - л	17,1	18,2	18,5	21,4	22,6	22,4	23,1	24,8	24,9	25,5	23,6	23,2	26,3	27,1	28,4	29,2
Бира	8,7	8,6	8,5	10,0	11,4	12,0	14,4	15,9	16,1	16,1	15,8	15,6	18,1	18,9	19,9	21,7
Вина	5,8	6,9	7,2	8,3	8,3	7,5	6,0	6,3	6,2	6,7	5,5	5,2	5,5	5,5	5,5	4,6
Ракии	2,3	2,4	2,4	2,7	2,6	2,5	2,3	2,1	2,1	2,2	2,0	1,9	2,1	2,1	2,4	2,2
Други спиртни напитки	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7

Източник: НСИ

През 2015 г. е нараснал и средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия до 489 лв. на година и до 204 лв. на лице от домакинството. Въпреки по-високите в номинална стойност разходи, алкохолът и тютюневите изделия не променят своето значение в структурата на разходите от 2000 до 2015 г.

Данните от Националното проучване на факторите на риска за здравето, проведено от НЦОЗА през 2014 г.²⁰, показват, че над 65% от анкетираните (20+ години), консумират алкохол (бира, вино, концентрати). Въздържатели са всеки пети мъж и всяка

¹⁷ World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health, 2014.

¹⁸ World Health Organization. The European health report 2015.

¹⁹ <http://www.nsi.bg/content/3239/>

²⁰ Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г. МЗ, НЦОЗА, 2014.

втора жена. Редовно консумират алкохол 40.8% от мъжете и 10.9% от жените (Таблица 22).

Таблица 22. Консумация на алкохол сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)

	Мъже							Жени							Общо
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	
Да	20.5	36.9	41.9	51.2	48.3	35.7	40.8	15.5	13.6	15.3	12.1	8.7	6.0	10.9	25.2
Понякога	58	42.3	41.2	36	35.6	36.7	40.0	44.7	42.1	48.3	43.8	39.1	34.4	41.0	40.5
Не	21.4	20.8	16.8	12.8	16.1	27.6	19.3	39.8	44.2	36.4	44.2	52.2	59.6	48.2	34.3

Ежедневно консумират концентрати 17.6% от мъжете и 4.9% от жените. Ежедневната консумация на вино и при двата пола е значително по-ниска и почти уеднаквена – 6.8% при мъжете и 5.7% при жените, а на бира – 13% при мъжете и 3.1% от жените (Таблица 23, 24 и 25).

Таблица 23. Честота на консумация на концентрат сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)

	Мъже							Жени							Общо
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	
Никога	12.4	6.8	8.8	5.9	4.0	4.8	6.6	26.2	22.0	14.9	15.6	12.5	19.0	17.6	11.2
Няколко пъти годишно	27.0	26.1	17.2	6.3	10.9	15.3	16.0	29.2	41.1	26.8	31.9	26.5	34.2	31.9	22.6
2-3 пъти месечно	31.5	30.0	18.0	14.5	17.3	15.8	20.0	27.7	16.3	23.8	22.7	24.3	15.8	21.0	20.4
Веднъж седмично	14.6	14.0	13.8	15.8	7.9	7.2	12.1	7.7	11.3	13.1	10.6	11.0	8.2	10.5	11.4
2-3 пъти седмично	14.6	18.4	31.0	34.4	31.7	28.2	27.8	9.2	7.8	16.1	12.8	17.6	17.4	14.1	22.1
Ежедневно	0.0	4.8	11.3	23.1	28.2	28.7	17.6	0.0	1.4	5.4	6.4	8.1	5.4	4.9	12.3

Таблица 16. Честота на консумация на вино сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)

	Мъже							Жени							Общо
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	
Никога	35.2	22.2	20.2	21.7	22.9	19.2	22.3	13.8	17.7	13.7	19.1	15.9	22.2	17.5	20.3
Няколко пъти годишно	39.8	35.3	29.8	20.8	20.9	22.1	26.9	23.1	36.9	26.8	24.8	34.1	36.2	31.1	28.7
2-3 пъти месечно	13.6	15.9	18.1	13.6	15.9	18.8	16.3	33.8	14.2	24.4	17.7	16.7	16.2	19.2	17.5
Веднъж седмично	2.3	8.7	8.4	7.2	6.0	6.7	7.1	10.8	5.0	10.7	9.2	10.9	9.2	9.2	7.9
2-3 пъти седмично	6.8	15.9	19.7	25.8	22.9	25.0	20.7	12.3	24.1	19.0	20.6	14.5	11.4	17.2	19.2
Ежедневно	2.3	1.9	3.8	10.9	11.4	8.2	6.8	6.2	2.1	5.4	8.5	8.0	4.9	5.7	6.3

Таблица 25. Честота на консумация на бира сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)

	Мъже							Жени							Общо
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	
Никога	10.2	7.2	7.1	16.3	15.8	19.1	12.8	29.2	24.8	25.6	27.5	26.3	30.4	27.2	18.8
Няколко пъти годишно	20.5	16.3	21.3	19.9	27.1	27.8	22.3	29.2	31.9	33.3	42.3	36.5	33.2	34.8	27.5
2-3 пъти месечно	21.6	17.3	15.5	16.7	15.8	13.9	16.3	20.0	16.3	16.1	12.0	15.3	16.8	15.8	16.1
Веднъж седмично	12.5	15.4	12.1	8.1	6.9	8.6	10.4	7.7	7.8	8.3	6.3	8.8	6.0	7.4	9.2
2-3 пъти седмично	25.0	29.8	29.7	27.1	18.7	20.1	25.3	12.3	16.3	14.3	7.0	8.8	11.4	11.7	19.6
Ежедневно	10.2	13	14.2	11.8	15.8	10.5	13.0	1.5	2.8	2.4	4.9	4.4	2.2	3.1	8.9

Мъжете консумират средно 192.07 мл АА, като най-високи стойности се регистрират във възрастовите групи 45-54 г. и 55-64 г. При жените средното количество АА е 53.60 мл, с най-високи стойности на консумация при 20-24 и 45-54-годишните.

Веднъж седмично са злоупотребили с алкохол (консумирали са шест или повече чаши алкохол на един случай) 3.3% от мъжете и 0.4% от жените, а по-малко от един процент (0.9%) от анкетираните мъже – ежедневно (Таблица 26).

Таблица 17. Злоупотреба с алкохол сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)

	Мъже							Жени							Общо
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	
Никога	67	60.4	62.8	66.7	73.6	86.1	69.5	84.6	79.3	94.1	94.4	92	97.8	91.4	78.7
< веднъж месечно	23.9	24.6	23.8	23.3	18.4	8.6	20.2	10.8	16.4	3.6	3.5	5.8	1.6	6.2	14.4
1 месечно	5.7	8.2	7.5	6.8	5.0	2.9	6.1	4.6	3.6	1.8	1.4	2.2	0.5	2.0	4.4
1 седмично	2.3	5.8	4.2	3.2	2	1.4	3.3	0	0.7	0.6	0.7	0	0	0.4	2.1
Ежедневно или почти ежедневно	1.1	1.0	1.7	0.0	1	1	0.9	0	0	0	0	0	0	0	0.6

Консумацията на алкохол като част от ежедневното меню, с ясно изградени навици, е отчетена при 1/4 от мъжете, като се наблюдава тенденция за увеличаване с нарастване на възрастта (при жените е три пъти по-ниска от тази на мъжете).

През последните години, както в целия европейски регион, така и в нашата страна, се увеличава консумацията на алкохол сред подрастващите. Наблюдава се тенденция за постоянно намаляваща начална възраст на консумация на алкохол.

Резултатите от проучването показват, че над 62% от анкетираните (10-19 години) са опитвали алкохол, като средната възраст на първата консумация е 13 години⁴ (Таблица 27). Към момента на изследването консумират алкохол 48% от анкетираните - ежедневно - 1.4%, понякога - 46.6%.

Таблица 27. Консумация на алкохол сред деца на 10-19 г. по пол и възрастови групи (%)

	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Да, всеки ден	1.0	2.1	1.7	0.0	2.0	1.1	0.5	2.1	1.4
Понякога	15.8	68.6	46.5	17.1	68.7	46.7	16.5	68.6	46.6
Не	83.2	29.3	51.9	82.9	29.3	52.1	83.0	29.3	52.0

Повече от 10 пъти през годината са се напивали 2.6% от учениците, като най-висок е дялът на 15-19-годишните момчета. От 4 до 10 пъти са злоупотребили с алкохол 5.7% от анкетираните (Таблица 28).

Таблица 18. Злоупотреба с алкохол сред деца на 10-19 г. по пол и възрастови групи (%)

	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Никога	92.5	50.7	66.4	98.0	57.6	74.0	95.5	54.3	70.4
1 път	5.0	15.7	11.7	1.0	16.7	10.3	2.8	16.2	11.0
2-3 пъти	1.3	17.2	11.2	1.0	15.3	9.5	1.1	16.2	10.3
4-10 пъти	1.3	9.0	6.1	0.0	9.0	5.4	.6	9.0	5.7
>10 пъти	0.0	7.5	4.7	0.0	1.4	.8	0.0	4.3	2.6

- **Физическа активност**

Ниската физическа активност (НФА) е един от основните фактори на риска за здравето. Според СЗО хиподинамията обуславя: 10-15% от общата смъртност в Европейския регион и 3.5% от бремето на болестите (9.7% при съчетание с нездравословно хранене)²¹. НФА, заедно с други фактори на риска, води до по-висока заболеваемост и смъртност от исхемична болест на сърцето, мозъчносъдова болест, диабет, хипертонична болест, злокачествени новообразувания и др.²²

В Европейския съюз 2/3 от населението над 15-годишна възраст е с недостатъчна физическа активност. Не практикуват никакъв спорт или го практикуват рядко близо 60% от европейците, спортуват веднъж седмично 41% от тях²³.

Ниската физическа активност е проблем и при децата в училищна възраст от десетилетия²⁴. В Англия 16% от момчетата и 18% от момичетата във възрастта 5-15 години имат по-малко от 1/2 час дневно умерена физическа активност. В САЩ само 27% от учениците от горната училищна възраст участват във физическото обучение, като при 20% от тях е налице умерена, а при 64% интензивна физическа активност²⁵.

Ниската физическа активност има съществен принос за влошаването на популационния здравен статус на населението в нашата страна. Той е причина за 7.7%

²¹ The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations. World Health Organization, 2005.

²² Löllgen H, Böckenhoff A, Knapp G. Physical Activity and All-cause Mortality: An Updated Meta-analysis with Different Intensity Categories. Int J Sports Med 2009.

²³ Eurobarometer on Sport and Physical Activity. European Commission - MEMO/14/207 24/03/2014

²⁴ Bauman A, Bull F, Chey T, Craig CL et al. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 6-21; doi:10.1186/1479-5868-6-21,2009.

²⁵ Gregory J., S. Lowe, C. Bates et al. National Diet and Nutrition Survey: Young People Aged 4 to 18 Years. Volume 1: Findings, London, The Stationery Office, 2000.

от всички смъртни случаи и формира 4.3% от глобалното бремене на болестите (по DALY's)¹.

По данни на Националното изследване на факторите на риска за здравето, проведено през 2014 г.²⁶, над 70.0% от населението на 20 и повече години е с недостатъчна физическа активност през свободното време, включително лицата, които не я извършват поради болест или инвалидност (Таблица 29).

По 2-3 пъти седмично практикуват физически упражнения или спорт 14.3% от мъжете и 9.5% от жените, ежедневно до 4-6 пъти седмично извършват физическа активност едва 12.8% от тях, предимно по-младите. Ниска е честотата на енергичните и умерените физически натоварвания през седмицата, недостатъчна е и тяхната продължителност.

Таблица 19. Честота на практикуване на физически упражнения и спорт през свободното време сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)

Честота	Мъже							Жени							Всичко
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	
Ежедневно	13,9	11,7	8,1	5,7	9,6	9,4	9,4	7,1	5,5	6,4	5,9	9,2	8,9	7,4	8,3
4 - 6 пъти седмично	12,0	10,5	4,3	3,5	4,1	2,7	5,6	13,3	4,1	3,4	2,3	2,8	1,8	3,5	4,5
2 - 3 пъти седмично	25,9	20,2	18,2	13,6	10,6	3,5	14,3	19,4	12,8	11,9	9,9	7,2	4,7	9,5	11,8
Веднъж седмично	7,4	12,5	7,8	6,6	6,9	2,4	7,2	13,3	10,1	8,9	11,7	7,2	3,4	8,0	7,6
2 - 3 пъти месечно	14,8	14,1	10,1	11,4	9,6	2,7	10,0	11,2	13,8	14,4	11,3	10,4	6,5	10,7	10,4
По рядко	24,1	29,0	46,9	50,0	44,0	38,8	40,2	34,7	53,2	49,2	46,8	43,4	30,9	42,4	41,3
Не, поради болест/инвалидност	1,9	2,0	4,7	9,2	15,1	40,4	13,4	1,0	,5	5,9	12,2	19,9	43,7	18,5	16,0
Общо %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

При 2/3 от изследваните физическата натовареност на работното място е “много лека” или “лека“. Среднодневната продължителност от време, прекарано в седнало положение, е повече от 300 минути при 38.1% от лицата, малко по-често жените и лицата на възраст 55-64 и 45-54 години (Таблица 30 и 31).

Таблица 30. Разпределение на анкетираните според степента на физическа натовареност на работното място по пол и възрастови групи (%)

Степен на натовареност	Мъже							Жени							Всичко
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	
Много лека	34,0	32,4	30,4	36,8	33,0	48,0	35,7	53,3	51,1	46,6	44,7	37,6	46,2	45,7	40,8
Лека	25,2	20,9	20,7	20,9	26,4	25,8	23,0	25,6	20,9	26,3	25,4	28,2	26,6	25,6	24,3
Средна	34,0	36,0	35,9	33,8	34,9	24,4	33,3	21,1	27,1	25,5	28,9	32,5	25,0	27,3	30,2
Тежка	6,8	10,7	13,0	8,5	5,7	1,8	8,1	0,0	,9	1,6	,9	1,6	2,2	1,4	4,7
Общо %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

²⁶ Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г. МЗ, НЦОЗА, 2014.

Таблица 20. Брой минути среднодневно, прекарани в седнало положение през изтеклата седмица от анкетираните по пол и възрастови групи (%)

Минути	Мъже							Жени							Всичко
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	
60-120 мин.	23,1	20,5	25,4	23,4	22,2	13,7	21,1	11,3	19,6	18,9	19,3	18,5	14,2	17,2	19,1
121-300 мин.	44,2	47,1	38,5	37,4	38,0	50,4	42,7	48,5	41,3	41,2	39,5	40,8	47,0	42,9	42,8
над 300 мин.	32,7	32,4	36,1	39,1	39,8	35,9	36,3	40,2	39,1	39,9	41,3	40,8	38,8	39,9	38,1
Общо %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Сериозен е проблемът с ниската физическа активност и при децата на възраст 10-19 г.. Резултатите от проведеното изследване показват, че почти всеки ден през свободното време са физически активни 48.2% от момчетата и 25.5% от момичетата, 2-3 пъти в седмицата се занимават със спорт или друг вид физическа дейност 33.8% от тях. Всеки трети ученик е физически активен веднъж седмично, по-рядко или въобще не се занимава със спорт, като делът на момичетата е близо два пъти по-висок от този на момчетата (съответно 38.6% срещу 20.0%). И при двата пола с по-ниска физическа активност са учениците на 15-19 г. (Таблица 32). Недостатъчна е и средната продължителност на едно физическо занимание. Всеки пети ученик спортува около 30 минути, което не отговаря на препоръките на СЗО за физическа активност в детска възраст²⁷.

Таблица 21. Честота на практикуване на физически упражнения и спорт през свободното време сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)

Честота	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Почти всеки ден	41.8	53.1	48.2	24.1	26.6	25.5	32.7	39.3	36.5
2-3 пъти седмично	41.8	24.1	31.8	38.8	33.5	35.8	40.3	29.0	33.8
1 път седмично	10.9	12.4	11.8	13.8	12.7	13.1	12.4	12.5	12.5
2-3 пъти месечно и по-рядко	2.7	6.2	4.7	12.1	15.8	14.2	7.5	11.2	9.6
Никога	2.7	4.1	3.5	11.2	11.4	11.3	7.1	7.9	7.6
Общо (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Децата не спортуват основно поради липса на желание, близко и подходящо място за това, липса на компания. Нисък е делът на неспортуващите поради финансови и здравословни причини.

Получените резултати показват, че населението в страната е с недостатъчна физическа активност. Всичко това налага разработването и реализирането на национална политика в тази област с участието на всички обществени структури, ангажирани с този проблем (здравеопазване, образование, транспорт, околна среда, градско планиране, бизнес структури, спорт и туризъм и др.), което ще позволи провеждането на популационно базирани, нормативно подкрепени действия както в държавния, така и в частния сектор и НПО, съобразени с начина на живот на населението.

²⁷ Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization. 2010.

- **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.²⁸ През последните години се наблюдава постоянно намаляване потреблението общо *на хляб и тестени изделия*, като от 2010 г. до 2015 г. употребата на тези основни за българския модел на хранене продукти е намаляла с 18%. Подобна е и тенденцията при консумирането на *картофи* в същия период, като се наблюдава 10% спад. Потреблението на *пресни и замразени зеленчуци* и *плодове* има обща тенденция за нарастване до 2013 г., тогава се наблюдава най-високо ниво на консумация, но през 2015 г. потреблението на плодове и зеленчуци е намаляло с 6% спрямо нивата през 2013 г., (съответно за зеленчуци с 6,5% и за плодове с 5,4%). Среднодневното потребление на плодове и зеленчуци на лице през 2015 г. е около 320 г. и не достига препоръчителните нива за дневен прием от 400 г. За периода 2010-2015 г. се запазва благоприятната тенденция за намаляване на консумацията на *компоти* с 45,4% и *туршии* с 29,3%.

През периода 2010 – 2015 г. се наблюдава запазване нивото на потребление на месо, но с промяна в структурата на отделните видове меса – увеличава се консумирането на свинско месо с 34,7 % и на месо от птици с 2,7% за сметка намаление на други видове меса - от едър рогат добитък, агнешко, ярешко, кайма и субпродукти. Нивото на потребление на месни произведения нараства между 2010 г. и 2013 г. като през 2015 г. отново намалява и е идентично с това от 2010 год. – 13,7 кг средно годишно на лице от домакинство или 37,5 г на ден. Потреблението на *риба* и *рибни продукти* е с плавна тенденция на спад и през 2015 г. намалява с 11,5% спрямо 2010 г. От 2010 г. до 2015 г. има тенденция за увеличаване с 3,4% консумирането на *млечни продукти*, което е в рамките на препоръчаните нива. Потреблението на *мляко* обаче намалява с 11,1% през този период и е по-ниско от препоръчителните количества. За посочения период се наблюдава 5% спад в потреблението на бобови храни (боб и леща).

В периода от 2010 г. до 2015 г. се наблюдава тенденция за понижаване употребата на *добавени мазнини* като потреблението на олио намалява с 12,8%, на маргарин и други растителни мазнини с 31,6%, след 2011 г. не се употребява свинска мас в ежедневието, за сметка на това се отбелязва 5 пъти увеличение потреблението на млечно масло.

През периода 2010-2015 г. продължава тенденцията на намаление на употребата на *захар* като среднодневно на лице от домакинство през 2010 г. е 23,2 г, а през 2015 г. е 19,1 г. Запазва се тенденцията за увеличение потреблението на *захарни и шоколадови изделия* и за посочения период нарастването е с 36%.

Тенденцията на повишаване употребата на *безалкохолни и алкохолни напитки* през посочения период от 2010 г. до 2015 г. се запазва. Потреблението на безалкохолни напитки е нараснало със 17%, а на алкохолни напитки – с 23,7%.

През 2015 г. се наблюдава положителна тенденция в модела на потребление на храни - намаляване консумацията на *тестени изделия*, *компоти*, *туршии*, *кайма* и *субпродукти*, на *добавени мазнини* и *захар*. Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на *захарни* и *шоколадови изделия*, на *безалкохолни* и *алкохолни напитки* и намаляване консумацията на *мляко*, *риба*, *бобови храни*, *плодове* и *зеленчуци*.

²⁸ Национален статистически институт. Доходи и разходи на домакинствата. Потребление на домакинствата. Годишни данни <http://www.nsi.bg/bg/content/3255/%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%88%D0%BD%D0%B8-%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B8>

При оценка на хранителния прием на населението в България от национално представително проучване проведено в рамките на *Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г.* могат да бъдат направени следните основни изводи: средният дневен прием на Енергия и Белтък са в рамките на препоръчителните интервали. С нарастване на възрастта енергийният дял на въглехидратите намалява и е под препоръчителните нива, а се увеличава енергийният дял на мазнините, който надхвърля значително горните граници за прием. Висок е относителният дял на лица над 7-годишна възраст с прием на мазнини и наситени мастни киселини над горните граници за прием. Съществува риск от дефицит на витамини – А, В1, В2 и фолат и на минерали – калций, магнезий, цинк и желязо. Висок е относителен дял на лица от всички възрастови групи със среднодневен прием на натрий над горна граница за нерисков хранителен прием.

Въз основа на извършената оценка на хранителния статус^{29 30 31} могат да се направят следните изводи:

Относително висок дял деца от 1 до 5 години са с изоставане в ръста за съответната възраст - 7,0%. Момчета на възраст от 1 до 3 години са най-рисковата група по отношение на изоставане в растежа – 21,4%.

Честотата на поднормено тегло при децата от 1 до 5 години е малка - 1,9%.

Рискът от свръхтегло за групата от 1 до 5 години е висок - 17,1%. Децата и от двата пола от 1 до 5 години са рискова група за наднормено тегло, момчета - 10,7%, момичета - 5,4%.

Наблюдава се изразено по-висок относителен дял на наднормено тегло при момчетата във възрастовите групи от 5 до 19 години. Висок е относителният дял на затлъстяване сред момчетата, най-рисков във възрастта 10-14 г. (19,8%). При децата от 5 до 19 години свръхтегло се установи при 24,4% от момчетата и 15,5% от момичетата, затлъстяването е с честота 11,9% при момчетата и 8,8% при момичетата, като поднорменото тегло при момчетата е 1,9% , а при момичетата 2,6%.

Висока е честота на поднормено тегло при жените на възраст 19-29 години (12,9%). При жените на 19-29 години със свръхтегло са 12,1% и 7,5% са със затлъстяване. Висок е относителният дял на наднормено тегло при изследваните лица на възраст 19-60 години, особено при мъжете. При мъжете на 30-59 години със свръхтегло са 41,2% и със затлъстяване 29%, а при тези на възраст 60-74 години 45,3% са със свръхтегло и 29,3 са със затлъстяване. При жените на възраст 30-59 години 27,5 % са със свръхтегло и 20,4% със затлъстяване, а при тези на възраст 60-74 години 37,4% са със свръхтегло и 35,3% са със затлъстяване. Висок е относителният дял на наднормено тегло при изследваните лица на възраст 75+ години, особено при жените след 75 години за сметка на свръхтеглото, което е 43,4%, а затлъстяването е 17,9%.

- **Употреба на наркотици**

Канабисът е най-често употребяваният незаконен наркотик в България. През

²⁹ В. Дулева, Ст. Петрова, Л. Рангелова, Ж. Зюмбюлева, Д. Божилова, М. Куртишева, З. Дунева. Хранителен прием сред деца на възраст 1-19 г. и хранителен статус на населението в България <http://ncphp.government.bg/files/news/flash/Slide1.swf>

³⁰ Duleva V.L., Petrova S.P., Rangelova L.S., Dimitrov P.S., Zumbuleva Z.D., Bojilova D.G. The trend of obesity among adults aged 19-59 years in Bulgaria. European Obesity Summit (EOS) – Joint Congress of EASO and IFCO-EC, Gothenberg, Sweden, June 1-4, 2016. Abstracts, Obesity Facts, Vol.9, Suppl.1, June 2016:117

³¹ Petrova S.P., Duleva V.L., Rangelova L.S., Zumbuleva Z.D., Dimitrov P.S., Bojilova D.G. Trends in overweight and obesity among Bulgarian children aged 1-4 years in 2004-2014. European Obesity Summit (EOS) – Joint Congress of EASO and IFCO-EC, Gothenberg, Sweden, June 1-4, 2016. Abstracts, Obesity Facts, Vol.9, Suppl.1, June 2016:113

последните пет-шест години разпространението на употребата на канабис в България остава относително стабилно. Наблюдава се тенденция на увеличаване на броя и дела на жените, които пушат марихуана, както и сред по-младото население. Употребата на марихуана остава много по-широко разпространена от хашиша.

Опиатите и по-точно хероинът са веществата, с които най-вече се свързва високорисковата употреба на наркотици в страната. Широкото разпространение на употребата на хероин и други опиати в България остава сравнително стабилна с лека тенденция за намаление през последните пет-шест години. Налице е тенденция за намаляване на броя на лицата, търсещи лечение във връзка с употреба на хероин или други опиати, както и повишаване на средната възраст на потърсилите лечение. Хероинът продължава да бъде най-често употребяваният опиоид, въпреки че се наблюдава тенденция за увеличаване на разпространението на употребата на метадон (не за лечение) и други синтетични опиоиди.

През последните пет-шест години в България се наблюдава постепенно увеличение на разпространението на употреба на стимуланти, особено амфетамин и кокаин.

През последните осем-девет години употребата на канабис някога през живота сред учащите остава относително стабилна - в рамките на 27 % сред учениците и 33 % сред студентите.

През последните 5 години се наблюдава тенденция на постепенно намаляване на дела на хероина като първо проблемно вещество сред пациентите, регистрирани в системата за търсене на лечение. В същото време се наблюдава постепенно увеличение на дела на тези, които търсят лечение във връзка с употреба на кокаин, други стимуланти и канабис. Възможно е тази тенденция да се дължи на по-големия дял в сравнение с предишни години на включените психосоциални интервенции като елемент от лечението във връзка с употреба на амфетамини, бензодиазепини и марихуана.

В последните пет-шест години разпространението на употребата на стимуланти в България постепенно се увеличава, по-специално на амфетамини и кокаин. Наблюдава се тенденция на увеличаване на броя и дела на употребяващите стимуланти, особено сред по-младото население. Амфетамините продължават да бъдат най-широко употребяваните стимуланти. Разпространението на употребата на амфетамини се увеличава по-бързо от тази на кокаина, данните относно употреба на екстази в последните години са променливи (имаше период, в който употребата на екстази беше по-голяма от тази на амфетамините, сега се наблюдава известен спад).

Общо 0,4 % от общото население в България са употребявали някакъв опиоид (хероин, морфин, метадон и т.н.) поне веднъж в живота си. В абсолютни числа това означава, че около 20 000 души на възраст между 15-64 години, са с поне една употреба на някакъв опиоид в живота си. Наблюдава се известен спад в сравнение с 2005 г. (1,1 %), 2007 г. (0,9 %) и 2008 г. (0,9 %).

Разпространението на ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици показва тенденция за леко повишение на нивото – 4,20. % от изследваните в лабораторията на НЦН 715 лица за 2015г. Нивото на Хепатит С продължава да намалява в групата на употребяващите наркотици, особено сред инжекционно употребяващи наркотици на възраст под 25. Процентът на заразените с вируса на Хепатит С е 63 %, на сифилис – около 5 % за всички инжекционно употребяващи наркотици, изследвани в София.

5. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

„Осигуряване на високо качество на обслужване и подобряване на здравните резултати във всички области изисква здравни системи, които са финансово жизнеспособни, годни за целта, насочени към хората и доказателствено информирани. Добре функциониращите здравни системи подобряват въздействието върху здравето на населението, защитават хората от финансови затруднения, когато са болни и отговарят на основателните очаквания на населението, свързани с ползите и услугите.“

„Здраве 2020“, СЗО

5.1. Структура

Структурата на националната здравна система отразява осъществената след 1999 г. структурна реформа и провежданите до момента политики в системата на здравеопазване. Тя се характеризира:

- с хипертрофирала, неравномерно разпределена и фрагментирана болнична мрежа;

- недостатъчно развит и използван капацитет на извънболничната помощ, водещ до неравнопоставен достъп на населението до базова медицинска помощ, особено в труднодостъпни и отдалечени райони;

- дезинтегрирана и ресурсно недостатъчно обезпечена спешна помощ;

- липсва на капацитет за предоставяне на услуги, свързани с дългосрочни грижи за хора с увреждания, хронични заболявания, възрастни хора;

Няма съществени промени в структурата на здравната система през 2015 г. в сравнение с предходната година.

Структурата на здравната мрежа и осигуреността на леглата през 2015 г. е представена на Таблица 33.

Таблица 22. Здравна мрежа и леглови фонд през 2014 и 2015 г.

Видове заведения	2014		2015	
	Брой	Легла	Брой	Легла
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко	323	48 680	322	49 028
Многопрофилни болници	113	25 126	114	25 283
Многопрофилни болница за активно лечение	113	25 126	114	25 213
Специализирани болници	71	7 634	67	7 361
Специализирана болница за активно лечение	36	3 403	34	3 322
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение	4	402	3	345
Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация	12	1 005	11	870
Специализирана болница за рехабилитация	19	2 824	19	2 824
Психиатрични болници	12	2 393	12	2 383
Частни заведения за болнична помощ	106	9 779	108	10 396

Видове заведения	2014		2015	
	Брой	Легла	Брой	Легла
Лечебни заведения за извънболнична помощ				
Амбулатории за първична медицинска помощ – индивидуални практики	3 495	-	3 361	-
Амбулатории за първична дентална помощ – индивидуални практики	4 864	-	4 956	-
Амбулатории за първична медицинска помощ – групови практики	216	-	221	-
Амбулатории за първична дентална помощ – групови практики	367	-	366	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики	2 887	-	2 915	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – индивидуални практики	83	-	85	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – групови практики	139	-	139	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – групови практики	1	-	1	-
Медицински центрове	617	678	631	734
Дентални центрове	50	8	47	6
Медико-дентални центрове	44	29	45	38
Диагностично-консултативни центрове	117	241	112	266
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	1 103	-	1096	-
Други лечебни и здравни заведения				
Комплексни онкологични центрове	7	1 249	7	1250
Центрове за кожно-венерически заболявания	7	70	7	70
Центрове за психично здраве	12	1 506	12	1 585
Центрове за спешна медицинска помощ	28	-	27	-
Центрове за трансфузионна хематология	5	-	5	-
Домове за медико-социални грижи за деца	29	2 199	18	1 429
Хосписи	45	959	44	965
Национални центрове по общественото здраве	5	-	5	-

По данни на НЦОЗА към 31.12.2015 г. болничният сектор в страната включва 322 лечебни заведения за болнична помощ при 323 за 2014 г., вкл. тези към други ведомства, които не са разпределени по вид. Броят на частните болници е с 2 повече в сравнение с 2014 г. – 108. Следва да се отбележи, че частните лечебни заведения за болнична помощ вече съставляват 33% от общият брой болници, но броят на леглата в тях не е само 21,2%. Освен тях стационарна дейност осъществяват и 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 7 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар.

Към 31.12.2015 г. лечебните заведения за болнична помощ разполагат общо с 49 028 болнични легла при 48 680 за 2014 г. Броят на разкритите легла в другите лечебни заведения (КОЦ, ЦПЗ, ЦКВЗ) е 2 905, при 2 825 за 2014 г.

Осигуреността на населението с болнични легла през 2015 г. нараства на 72.6 на 10 000 души при стойности на показателя през 2014 г. 67,6 на 10 000 души.

В края на 2015 г. по данни на НЦОЗА легловият фонд в лечебните заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, е разпределен както следва: 25 283 в многопрофилните болници (25 126 легла за 2014 г.), 7 361 в специализирани болници (7 634 легла – 2014 г.) и 2 383 в заведенията за стационарна психиатрична помощ (2 393 легла - 2014 г.). Броят на леглата в специализирани лечебни заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация намалява незначително в сравнение с 2014 г. - от 4 231 на 4 039 легла.

В структурата на леглата в болничния сектор към 31.12.2015 г. по видове (в съответствие с използваната в Евростат статистическа групировка) най-голям относителен дял – 74.6% имат леглата за активно и интензивно лечение, което формира осигуреност на населението 50.4 на 10 000 души на базата на 36 048 легла.

Леглата за дългосрочна грижа са 978 (2%) при ниска осигуреност на населението – 1.4 на 10 000 души. Леглата за физиотерапия и рехабилитация са 6196 (12.8%) при осигуреност 8.7 на 10 000 души.

По области се наблюдават значителни различия на показателите за осигуреност на населението с болнични легла и структура на легловия фонд. С най-висока осигуреност с болнични легла на 10 000 души през 2015 г. са област Габрово – 86.4, Пловдив – 85.6, Смолян – 82.1, Ловеч – 81.8. Най-ниска е осигуреността с болнични легла на населението в област Ямбол – 33.9 на 10 000 души, Добрич – 33.9, Перник – 38, Видин – 39.5 (Приложения – Таблица 8)

Над половината от общия болничен леглови фонд (54.1%) е концентриран в 7 области - София-град (20.24%); Пловдив (11.75%), Стара Загора (4.51%); Варна (5.39%), Пазарджик (3.85%), Бургас (4.47%), Плевен (3.84%).

Специализираните болници намаляват с 4, а частните болници се увеличават с две. В извънболничната медицинска помощ се наблюдава съществено намаление на броя на амбулаториите за първична медицинска помощ – индивидуални практики – със 134 от 3 495 през 2014 г. на 3 361 през 2015 г. и незначително увеличение с 5 групови практики (съответно 216 през 2014 г. и 221 през 2015 г.). През 2015 г. е увеличен броят на амбулаториите за първична дентална помощ – индивидуални практики с 92. Амбулаториите за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики са увеличени през 2015 г. с 28, а броят на груповите практики остава същият – 139. Медицинските центрове са увеличени с 14 и достигат 631 през 2015 г., а диагностично-консултативните центрове са намалени с 5 (112 за 2015 г.). В другите лечебни заведения няма промяна с изключение на ДМСГД, чийто брой от 29 е редуциран до 18 в резултат на процеса на деинституционализация на децата.

За преодоляване на неравномерното разпределение на медицинските специалисти в извънболничната помощ и на болничните легла в различните области и региони на страната, както и небалансираната структура на легловия фонд по видове болнични легла, през 2015 г. бяха осигурени необходимите условия за разработване на Национална здравна карта, чрез която се определят и планират потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ и се осъществява националната здравна политика.

На 22.10.2015 г. бе утвърдена Методиката за разработване на областните здравни карти и съставите на областните комисии, които да разработят и представят областните здравни карти за 28 области на територията на страната.

До края на 2015 г. всички областни здравни карти бяха изработени и на базата на тях бе изготвен Проект на Национална здравна карта, който след продължително обществено обсъждане бе утвърден през м.март 2016 г.

5.2. Стратегическа рамка

Здравеопазването е една от социалните системи, в които правителството на България се ангажира да извърши ключови реформи, насочени към устойчиво подобряване на показателите за здраве на българските граждани чрез подобряване на качеството и достъпа на гражданите до медицинска помощ и активна политика, насочена към промоция на здраве и профилактика на болестите.

През 2015 г. ръководството на Министерство на здравеопазването предприе целенасочени действия за реализация на приоритетите и мерките от Програмата на правителството за стабилно развитие на Република България 2014-2018 г. в сферата на здравеопазването. В тази връзка бе разработен и започна изпълнението на пакет от стратегически документи, които отразяват визията и конкретните стъпки до 2020 г. за реформиране на системата на здравеопазване.

На 18.02.2015 г. правителството прие Концепция „Цели за здраве 2020“, която формулира националните здравни цели на България в областта на здравеопазването, насочени към устойчиво подобряване на здравето на българските граждани във всички възрастови групи, като основен фактор за устойчив растеж.

НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ЦЕЛИ ДО 2020 г.

1. Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст до 6.8 на 1000 живородени деца;
2. Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст до 0.24 на 1000;
3. Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст до 0.28 на 1000;
4. Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст до 4.19 на 1000;
5. Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст до 16,4 години.

Концепцията е в унисон с основните цели, принципи и политики, залегнали в "Здраве 2020: Европейска рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние на СЗО". Тя съдържа политики и конкретни мерки за преодоляване на съвременните предизвикателства пред здравето на българските граждани. Представени са начините за обвързване на интервенциите по отношение на основните предпоставки за функциониране на системата и целите, свързани с решаване на основните проблеми, свързани със здравето на населението. Набелязани са целеви интервенции, насочени към най-уязвимите групи. Представени са възможностите за усъвършенстване на управлението и иницирането на междусекторни подходи към здравето.

Като естествено продължение на Концепция „Цели за здраве 2020“ и с оглед необходимостта от дългосрочна стратегическа рамка, интегрираща отделните политики за развитие на българското здравеопазване с Решение от 17.12.2015 г. Народното събрание прие Национална здравна стратегия 2020³².

Стратегията обхваща пълния комплекс от политики за постигане на поставените национални здравни цели, като същевременно създава условия за постигане на общите

³² <http://www.parliament.bg/pub/cW/20151120030041NZS-2020.pdf>

цели за устойчиво развитие на страната, заложи в Националната програма за развитие „България 2020“ и другите национални стратегически и програмни документи. Стратегията е основана на разбирането за междусекторното сътрудничество и интегриране на политиките за здраве във всички области на социално-икономическия живот за постигане на очакваните резултати за опазване и повишаване здравето на нацията.

Основното послание на стратегията е, че здравето е от решаващо значение за социалното сближаване и икономическия растеж и е основен ресурс за човешко и социално развитие. Политиките за опазване и подобряване на здравето са насочени към генериране на дългосрочен икономически растеж на национално и регионално ниво, както и към осигуряването на ефективно действие на защитните механизми на публичния сектор по отношение на социалното включване и борбата с бедността. Това предполага трансформиране на обществените представи и нагласи към здравеопазването от медицински подвластен и поглъщаш пари сектор, в голямо обществено благо, което носи ползи на икономиката и сигурността и преследва ключови социални цели.

Във връзка с това е формулирана Визията за развитие на българското здравеопазването:

ВИЗИЯ

ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ ДО 2020 г.

През 2020 г. България да е държава, гарантираща на своите граждани здравно благополучие, високо качество на живот и намаляване на здравните неравенства чрез всеобхватна, справедлива, устойчива и осигуряваща високо качество здравна система.

„Визията, целите и приоритетите на Стратегията са дефинирани на базата на анализ на здравно-демографското състояние и състоянието на системата на здравеопазване в ежегодните доклади за здравето на гражданите, които показват че през последните десетилетия българската здравна система изостава спрямо здравните системи на страните от ЕС по отношение на ключовите фактори за устойчиво развитие.

Стратегията определя три основни приоритета и свързаните с тях политики и мерки за изпълнението им за преодоляване на нарастващите предизвикателства пред здравето на българските граждани:

ПРИОРИТЕТ 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот

- Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата (от 0 до 1 година)
- Политика 1.2. Здраве за децата и юношите (от 1 до 19 години)
- Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст (от 20 до 65 години)
- Политика 1.4. Здраве за възрастните хора (над 65 години)
- Политика 1.5. Опазване и подобряване на психичното здраве
- Политика 1.6. Възможно най-добро здраве за хората с увреждания
- Политика 1.7. Здраве за уязвимите групи

ПРИОРИТЕТ 2. Развитие и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати

- 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

ПРИОРИТЕТ 3. Укрепване капацитета на общественото здравеопазване

- 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

В Стратегията са представени начините за обвързване на здравните политики с мерките, осигуряващи равнопоставеност, необходимите въздействия върху социалните детерминанти на здравето и основните предпоставки за функциониране на здравната система.

Към стратегията е разработен План за действие за нейното изпълнение, като за всяка политика има разписани конкретни мерки със съответните действия, срокове, изпълнители и източници на финансови ресурси, включително и средства от европейските фондове и програми.

В Плана за действие на Националната здравна стратегия 2020 са взети предвид възможностите за създаване и укрепване на механизми за сътрудничество и процедури за координация между държавите-членки на Европейския съюз, за да може Република България да отговори на съвременните предизвикателства и приоритети в областта на здравето.

За реализация на ключови промени в определените приоритетни области бяха разработени и през 2015 г. започна реализацията на Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ, Концепция за централизиран орган за обществени поръчки в здравеопазването, Програма за развитие на електронното здравеопазване и др. Ефективното управление на системата на здравеопазване предполага съвместни действия на правителството с публичните и частните субекти, както и с гражданите в полза на общия интерес. В изпълнение на поетите ангажименти за провеждане на прозрачна политика с Постановление № 151 от 15.06.2015 г. беше създаден Съвет „Партньорство за здраве“, който е консултативен орган към Министерски съвет и се ръководи от министъра на здравеопазването. В „Партньорство за здраве“ са включени представители на държавните институции, на съсловните организации в системата на здравеопазването, на Българския Червен кръст, на организации за защита правата на пациентите, на сдружения с нестопанска цел в областта на здравеопазването и на други неправителствени организации. Основните цели на Съвета са постигане на взаимодействие, широк обществен консенсус и сътрудничество при разработването, провеждането, мониторинга и оценката на здравните политики, както и при осъществяването на реформи в сферата на здравеопазването, а дейността му е свързана с предложения за нормативни промени и за повишаване социалната и икономическа ефективност на процесите в системата на здравеопазването. Към Съвета „Партньорство за здраве“ бяха създадени работни групи „Реформа в организацията на здравеопазването“, „Качество на здравната система“ и „Лекарствена политика и медицински изделия“, в които са включени представители на всички заинтересовани

страни, които провеждат дебати по всички предложени стратегически документи и нормативни промени за развитието на системата на здравеопазването.

5.3. Нормативна база

В съответствие с поставените стратегически цели в програмните и стратегически документи на правителството, през 2014 г. и 2015 г. МЗ инициира законодателни промени, които бяха приети от Народното събрание, в основните закони, регулиращи системата - Закона за здравето осигуряване (изм. и доп. ДВ., бр. 48 от 27.06.2015 г. и Закона за лечебните заведения (изм. и доп. ДВ. бр.72 от 18.09.2015 г.). Пакетът законодателни промени има за цел да осигури нормативните механизми за преодоляване на задълбочаващите се проблеми в системата на здравеопазване чрез подобряване на структурата на здравната система в съответствие с потребностите на населението, повишаване на качеството на медицинското обслужване, засилване на контрола на медицинските дейности и по-рационално използване на публичните средства за здравеопазване. Тези действия бяха предприети и във връзка с ангажиментите на страната за изпълнение на препоръката на ЕС към България за 2014 г. относно Националната програма за реформи.

С измененията и допълненията в Закона за лечебните заведения бяха извършени промени в областта на планирането и функционирането на лечебните заведения, в следните основни насоки:

- Променен е нормативният механизъм за създаването и актуализирането на Националната здравна карта, чрез която да се определят и планират на териториален принцип потребностите на населението от достъпна медицинска помощ. Като част от съдържанието на Националната здравна карта е предвидено изработването и на карта на необходимите високотехнологични методи за диагностика и лечение и свързаната с тях високотехнологична медицинска апаратура, както и карта на спешната медицинска помощ.
- Въведена е регулация на разкриването на нови лечебни заведения за болнична помощ и нови медицински дейности. Предвидено е Комисията за изработване на националната здравна карта да извършва и оценка на потребностите на населението от медицинска помощ въз основа на Националната здравна карта преди издаване на разрешение за осъществяване на лечебна дейност на новите лечебни заведения за болнична помощ. При отрицателно становище на Комисията новото лечебно заведение няма да бъде включвано в Националната здравна карта и няма да може да сключва договор с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) до актуализацията на Националната здравна карта. Аналогичен ред за извършване на оценка на потребностите на населението от медицинска помощ въз основа на Националната здравна карта е предвиден и по отношение на осъществяването на нови медицински дейности от лечебните заведения за болнична помощ.
- Създадена е възможност за селективен избор от страна на НЗОК за сключване на договори с лечебни заведения за болнична помощ, в областите с излишък от легла за болнично лечение. Предвидено е в областите, в които броят на леглата надвишава конкретните потребности от брой легла по видове, определени с Националната здравна карта, НЗОК да сключва договори с лечебни заведения за болнична помощ, избрани по критерии и по ред, определени с наредба на Министерския съвет.
- Въведени са изисквания за осигуряване на комплексно обслужване на пациенти с определени заболявания. Предвидено е за определени заболявания, включени в основния пакет медицинска помощ заплащана от НЗОК, същата да сключва договори само с лечебни заведения или техни обединения, които са осигурили

комплексно лечение на тези заболявания. По този начин пациентите със социално значими заболявания ще получават комплексна медицинска услуга (осигуряване на всяка една отделна част от цялостния процес на лечение).

- Регламентиран е нов вид лечебно заведение за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания – център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания. Лечебното заведение се създава от държавата и е насочено към осигуряване на комплексно медицинско обслужване на децата с увреждания и подкрепа на техните семейства. Предвиденото е в изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ - 2015-2020 г.
- Регламентирани са интегрираните здравно-социални услуги в общността, като механизъм за комплексно предоставяне на здравни и социални услуги за бременни жени, деца, хора с увреждания и хронични заболявания и възрастни хора. По този начин са изпълнени поставените с Националната програма за развитие 2020 приоритети за повишаване качеството и ефективността на здравните услуги и осигуряване на устойчиви, качествени и достъпни междусекторни услуги с цел превенция на социалното изключване. Създадена е и необходимата нормативна база за реализация на приетата Национална стратегия за дългосрочна грижа, която насърчава взаимодействието между здравните и социални услуги по отношение на определени групи от населението на страната.

С измененията и допълненията в Закона за здравното осигуряване и подзаконовите нормативни актове по прилагането му **бяха въведени промени в правилата за оказване на медицинска помощ** на здравноосигурените лица.

С цел повишаване на качеството на медицинското обслужване, на контрола на медицинските дейности и по-рационално използване на средствата на НЗОК са постигнати следните нормативни решения:

- Връща се договорното начало при определянето на методиките за остойностяване и заплащане на медицинските дейности от НЗОК, обемите и цените на медицинските дейности, условията и реда за контрол по изпълнението на договорите между НЗОК и изпълнителните на медицинска помощ, както и по отношение на санкциите при нарушения за правилата за извършване на медицинските дейности, закупувани от НЗОК. Тези отношения вече се договарят равнопоставено между НЗОК и Българския лекарски съюз/Българския зъболекарски съюз, като по този начин са създадени предпоставки за пълноценно използване на специфичните експертни знания на медицинските специалисти.
- Възстановени са правилата за контрол чрез арбитражни комисии, които да разглеждат случаите на констатирани нарушения на националните рамкови договори. В тях участват както представители на здравната администрация, така и представители на съсловните организации на медицинските специалисти. Това допринася за по – ефективен контрол с равнопоставеното участие на всички съсловните организации, което замества административния контрол, осъществяван досега единствено от инспектори на НЗОК.
- Националната здравноосигурителна каса се задължава да извършва проучване на удовлетвореността на пациентите от закупените от нея здравни услуги, тъй като в центъра на здравна политика стои пациентът и неговото мнение следва да има важно значение при изследване на дейността на лечебните заведения. За прилагане на това правило е издадена Наредба № 10 от 2015 г. за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от Националната здравноосигурителна каса.

- Предвидено бе да започне поетапно повишаване на размера на осигурителния доход, върху който държавата ще внася здравноосигурителните вноски за определени категории лица с 5 на сто годишно от началото на 2016 г.

Промените в областта на лекарствената политика, които бяха постигнати с изменения в Закона за здравето осигуряване и Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина са:

- Въведено е централизирано договаряне на различни видове отстъпки на лекарствени продукти между НЗОК и притежателите на разрешения за употреба, с оглед намаляване на разходите на НЗОК. По този начин са дадени широки възможности за договорености, така че да се постигне баланс между финансовите възможности на НЗОК и възможностите на притежателите на разрешения за употреба на съответните лекарствени продукти. Тези отстъпки се договарят, както на етапа на включването им в реимбурсната система на Република България, така и ежегодно след това. Иновативните лекарствени продукти, за които не са договорени отстъпки, не се заплащат от НЗОК. За разписване на детайлни правила е извършена промяна 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.
- Създадени са правила за оценка на здравните технологии на лекарствени продукти, която изследва безопасността и ефикасността на лекарствените продукти, както и фармакоикономическите показатели и оценката на бюджетното въздействие. Въвеждането на оценката на здравните технологии е инструмент за предварителна всеобхватна експертиза на иновативните лекарствени продукти, която ще бъде вземана предвид при решенията, дали даден лекарствен продукт да се заплаща с публични средства. Условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии са уредени в Наредба № 9 от 2015 г. за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии.
- За да се гарантира качеството на лекарственото лечение са създадени механизми за извършване на преоценка на лекарствените продукти, които се заплащат с публични средства на всеки три години. Ако в тази процедура се докаже липса на ефективност при прилагането на даден лекарствен продукт, той ще бъде изключван от финансиране с публични средства

През 2015 г. бяха извършени промени в Закона за медицинските изделия с оглед привеждането му в съответствие с европейското право.

В областта на общественото здраве бяха звършени промени в Закона за защита от вредното въздействие на химичните вещества и смеси. С тях се осигурява прилагането на регламенти на Европейския съюз относно биоцидите. За МЗ възниква задължение да работи по нови правила, свързани с издаването на разрешения за биоциди.

През 2015 г. бяха реализирани нормативни промени в редица подзаконовни актове, регулиращи обществените отношения в системата на здравеопазване.

Направени са **промени в условията и реда за придобиване на специалност в системата на здравеопазването** с които се създават по - привлекателни условия за специализация и възможности за професионално развитие на медицинските специалисти. Отпадна конкурсният изпит за зачисляване, а обучението се извършва въз основа на трудов договор, което облекчава достъпа до специализация. Въведеното децентрализирано определяне на местата за специализанти (от самите бази за обучение)

съкращава сроковете за започване на специализация и удовлетворява в по-голяма степен потребностите на базите за обучение от човешки ресурси.

С новата наредба се създадоха допълнителни стимули за завършването на обучението на специализантите по дефицитни специалности, като Анестезиология и интензивно лечение, Обща и клинична патология, Педиатрия, Спешна медицина, Инфекциозни болести и Неонатология. Създадоха се и по-достъпни условия за обучение за придобиване на специалност Обща медицина и на специалности за лекари по дентална медицина, съобразени със спецификата на организацията на първичната и денталната помощ в страната, както и по-достъпни условия за обучение на чужденци от държави извън ЕС.

С промените в Закона за лечебните заведения се регламентира статута на специализиращите лекари, с което се създаде правна възможност за специализантите да участват равностойно в диагностично-лечения процес, в т.ч. по договор с НЗОК.

Създадени са нормативни механизми за закупуване на лекарствени продукти чрез електронен търг от Централен орган за покупки в сектор „Здравеопазване“ - като такъв е определен министърът на здравеопазването. Предмет на възлагане чрез централния орган са доставки на лекарствени продукти от Позитивния лекарствен списък, за които централният орган ще сключва рамкови споразумения от името на възложителите – лечебни заведения. Това ще доведе до по – голяма прозрачност на този процес, до икономии на време, административен и финансов ресурс за лечебните заведения, както и до намаляване на цените на лекарствените продукти.

В изпълнение на Концепцията „Цели за здраве 2020“ е реализирана инициативата за управление в здравеопазването с участието на гражданското общество чрез създаване на Съвет „Партньорство за здраве“ като форум за взаимодействие между всички обществени групи, заинтересовани от процесите в системата на здравеопазването, който да гарантира публичност и прозрачност при вземането на решения. За целта е прието Постановление № 151 на Министерския съвет от 2015 г. за създаване на Съвет "Партньорство за здраве".

С изменения в Наредба № 29 от 2007 г. за възстановяване на разходите и за относителния дял на средствата за труд за дейности по трансплантация, финансирани от Министерството на здравеопазването са увеличени средствата, които МЗ заплаща за трансплантация на стволови клетки за алогенна и автоложна трансплантация при деца – до 100 000 лв.

В областта на наркотичните вещества е приета нова Тарифа за таксите, които се събират по Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите. С нея са определени нови такси за предоставяне на административни услуги от МЗ в областта на наркотичните вещества.

По отношение на административната организация на работа в МЗ и бюджетните разпоредители с бюджет към министъра са извършени следните нормативни промени:

1. Приети са нови устройствени правилници на Министерството на здравеопазването, на Изпълнителна агенция „Медицински одит“, на Националния център по обществено здраве и анализи и на Националния център по наркомании, с които са извършени организационни промени в техните администрации с оглед оптимизиране на работата им.

2. Изменени са устройствените правилници на регионалните здравни инспекции и на Изпълнителната агенция по лекарствата с аналогична цел.

5.4. Финансиране на системата на здравеопазване

„Осигуряването на ефективни механизми за устойчиво финансиране на здравната система е ключов фактор за реализиране на по-широката програма на реформиране и преориентиране на системата към променящите се здравни потребности. През последните години повишаващите се разходи за здравеопазване поставят пред управленските институции в цял свят сериозни предизвикателства. В много страни относителният дял на здравния бюджет като процент от БВП е по-голям от когато и да било. Редица здравни системи не успяват да удържат разходите, а финансовият натиск още повече затруднява постигането на точен баланс между потребности и ресурси и осигуряването на адекватна социална защита. Нарастването на разходите се определя предимно от предлагането, в т.ч. на нови методи за лечение и технологии, както и от повишаващите се очаквания и изисквания на хората за защита от рискове за здравето и достъп до висококачествено медицинско обслужване.

Национална здравна стратегия 2020 г.

- **Финансиране на здравни дейности от държавния бюджет**

Разходите на държавния бюджет по функция „Здравеопазване“ през 2015 г. са насочени към финансиране на приоритетни политики и дейности в областта на общественото здравеопазване, реализиране на Национални здравни програми по стратегически здравни приоритети и социално значими заболявания; осигуряване на лекарства, консумативи и биопродукти по централна доставка; диагностично-консултативна и лечебна дейност в лечебните заведения, в системата на МЗ, МТИТС, МС, МО и МВР.

Основните разходи за функция „Здравеопазване“ по държавния бюджет се осъществяват чрез бюджета на Министерството на здравеопазването (66.5% от разходите за здравеопазване от държавния бюджет) - Таблица 34.

Таблица 34. Разходи за функция „Здравеопазване“ по ведомства 2014-2015 г.

	2014 г. (млн. лв.)	2015 г. (млн. лв.)
Министерство на здравеопазването	392,0	420,8
Министерски съвет	53,6	33,4
Министерство на отбраната	130,3	142,3
Министерство на вътрешните работи	25,7	27,8
Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията	8,8	8,3
Министерство на физическото възпитание и спорта	0,2	0,2

Източник: МФ

Данните за 2015 г. показват, че разходите за функция „Здравеопазване“ общо за ведомствата са се увеличили с 22,2 млн. лв. (3,6 % в повече спрямо 2014 г.). С най-голямо увеличение са разходите за Министерството на здравеопазването - 28,8 млн. лв. или 7,3 %.

Съгласно Закона за държавния бюджет на Република България за 2015 г. разходите по бюджета на Министерство на здравеопазването за 2015 г. са в размер на 435 219,8 хил. лв., а по уточнен план 431 548,3 хил. лв. Отчетените разходи към 31.12.2015 г. на МЗ са общо в размер на 428 366,1 хил. лв., в т.ч. текущи нелихвени разходи – 412 345,5 лв., лихвени плащания – 283,1 хил. лв. и капиталови разходи – 15 737,5 хил. лв.

Най-голям относителен дял от общия размер на разходите на Министерство на здравеопазването през 2015 г. имат:

- разходи за заплати, други възнаграждения и социално-осигурителни плащания (разходи за персонал) – 43.3%;
- разходи за издръжка – 25.8%.
- субсидии за болнична помощ за извършена дейност по реда на утвърдена методика за 2015 г. – 18.9%.

В рамките на определения бюджет МЗ пряко финансира 113 самостоятелни административни структури, здравни и лечебни заведения – юридически лица на бюджетна издръжка:

- 28 Центъра по спешна медицинска помощ (ЦСМП) (*Забележка: От 04.09.2015 г. броят на ЦСМП е 27 поради вливане на ЦСМП-София област в ЦСМП-София град*);
- 28 Регионални здравни инспекции (РЗИ);
- 5 Национални центрове по опазване на обществено здраве (НЦ);
- 29 Домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД) (в т.ч. 11 ДМСГД, закрити през 2015 г.);
- 12 Лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ (ДПБ);
- 5 Центъра по трансфузионна хематология (НЦТХ и 4 РЦТХ);
- 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);

Отчетените разходи на ВРБ към 31.12.2015 г. са общо в размер на 259 201,5 хил. лв. и представляват 60,5 % от общо отчетените разходи на МЗ. С най-голям относителен дял (45.0%) са отчетените към 31.12. 2015 г. разходи на ЦСМП – 116 753,4 хил. лв., следвани от разходите отчетени от РЗИ – 33 786,2 хил. лв. (13,0 %). Отчетените разходи на ДМСГД към 31.12.2015 г. са общо в размер на 24 631,4 хил. лв.(9,5%). Разходите, реализирани за стационарна психиатрична помощ, осъществявана от ДПБ, са в размер на 23 298,4 хил. лв. (9.0%). Отчетените разходи от РЦТХ са в размер на 6 559,9 хил. лв., от Националните центрове – 20 242,0 хил.лв.

Отчетените разходи към 31.12.2015 г. на останалите второстепенни разпоредители с бюджет са общо в размер на 33 930,1 хил. лв., включващи:

- ИАЛ - 5 029,9 хил. лв.;
- НЕЛК - 1 175,3 хил. лв.;
- ИАТ - 726,9 хил. лв.;
- ЦФЛД - 13 208,8 хил. лв.;
- ИАМО - 1 612,3 хил. лв.;
- ЦАР - 12 176,9 хил. лв.

Финансирането на здравни дейности от МЗ се осъществява, чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики (Таблица 35.).

Таблица 35. Разходите по политики и програми (по бюджета на МЗ) 2013-2015 г.

ПОЛИТИКИ И ПРОГРАМИ	Отчет 2013 г. ХИЛ. ЛВ.	Отчет 2014 г. ХИЛ. ЛВ.	Отчет 2015 г. ХИЛ. ЛВ.
Политика в областта на ПРОМОЦИЯТА, ПРЕВЕНЦИЯТА И КОНТРОЛА НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ	63 209,5	69 130,6	76 868,0
Бюджетна програма «Държавен здравен контрол»	22 339,6	20 514,6	18 168,8
Бюджетна програма «Промоция и превенция на незаразните болести»	7 870,0	7 369,6	7 458,7
Бюджетна програма «Профилактика и надзор на заразните болести»	30 940,3	40 460,8	50 204,4
Бюджетна програма «Намаляване търсенето на наркотични вещества»	2 059,6	785,6	1 036,1
Политика в областта на ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО	281 064,0	296 866,8	324 362,8
Бюджетна програма «Извънболнична помощ»	5 488,6	0,0	0,0
Бюджетна програма «Болнична помощ»	109 818,9	0,0	0,0
Бюджетна програма «Контрол на медицинските дейности и здравна информация»	0,0	11 324,7	3 813,2
Бюджетна програма «Осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението»	0,0	61 182,4	83 336,7
Бюджетна програма «Трансплантация на органи, тъкани и клетки»	4 113,0	0,0	0,0
Бюджетна програма «Спешна медицинска помощ»	107 535,0	122 672,1	140 076,2
Бюджетна програма «Психиатрична помощ»	0,0	45 932,3	45 139,3
Бюджетна програма «Осигуряване на кръв и кръвни продукти»	17 050,0	19 602,8	18 772,8
Бюджетна програма «Медико-социални грижи за деца в неравностойно положение»	30 482,5	28 464,2	25 996,3
Бюджетна програма «Медицинска експертиза»	6 576,0	7 688,3	7 228,3
Политика в областта на ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ	19 780,1	16 086,5	20 104,7
Бюджетна програма «Достъпни и качествени лекарствени продукти и медицински изделия»	19 780,1	16 086,5	20 104,7
Бюджетна програма «Администрация»	10 351,0	17 595,9	7 030,6
ОБЩО РАЗХОДИ НА МЗ	374 404,6	399 679,8	428 366,1

Чрез програмите на Политика в областта на „Промоцията, превенцията и контрол на общественото здраве” МЗ финансира дейностите, свързани с ефективен здравен контрол върху обектите с обществено предназначение, стоките, имащи значение за здравето на населението, дейности със значение за здравето на населението и факторите на жизнената среда, намаляване на търсенето на наркотиците. В рамките на тази политика се реализират и дейностите, финансирани от безвъзмездната помощ по реда на Споразумението с Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария. Разходите по политиката през 2015 г. са 76,9 млн. лв. и бележат увеличение спрямо 2014 г. от 7,7 млн. лв.

В рамките на програмите на Политика в областта на „Диагностиката и лечението“ са финансирани дейностите, осъществявани от държавните психиатрични болници, центровете за спешна медицинска помощ, центрове за трансфузионна хематология, домовете за медико-социални грижи за деца в неравностойно положение от 0 до 3 години и дейностите по трансплантация на тъкани, органи и клетки. В рамките на политиката са включени средствата за предоставените субсидии за лечебните заведения за болнична помощ в размер на 80 838,7 хил. лв.

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

Разходите по Политика в областта на „Диагностиката и лечението” се увеличават от 296,9 млн. лв. през 2014 г. на 324,4 млн. лв. през 2015 г.

В рамките на Политиката в областта на „Лекарствените продукти и медицинските изделия“ през 2015 г. са осигурени лекарствени продукти и медицински изделия, за пациенти със СПИН, туберкулоза и психически и поведенчески зависимости. За изпълнението на дейностите по политиката в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия през 2015 г. от бюджета на МЗ са изразходвани 20,1 млн. лв.

По бюджета на МЗ към 31.12.2015 г. са отчетени средства за Централни доставки за нуждите на лечебните заведения, от които основно са за:

- Лекарствени продукти, които са включени в Наредба № 34/2005 г., за реда за заплащане от държавния бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване – 13 472,6 хил. лв.;
- Биопродукти /ваксини и специфични серуми/ - 26 063,2 хил. лв.;
- Радиоактивни лекарствени продукти, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори – 2 466,3 лв.;
- По Наредба № 26 от 2007 г. – 2 140,5 хил. лв.

Чрез бюджета на МЗ се извършват и разходите по национални програми, приети с решения от МС, свързани с превенция, профилактика и лечение на значими заболявания, определени като национални здравни приоритети. През 2015 г. са финансирани 10 национални програми. Основната част от средствата по тези програми са за лекарства и консумативи, свързани с лечение и превенция на социално значими заболявания и психосоциална рехабилитация. Общите разходи са в размер на 6 268, 3 хил. лв. (Приложения – Таблица 4)

Отчетените за 2015 г. разходи за международни програми са в размер на 7 982, 9 хил. лв. Най-голям дял в размера на отчетените разходи за 2015 г. имат програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария (Приложения – Таблица 5).

- **Финансиране на здравноосигурителните плащания**

Приетите със Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. приходи и трансфери всичко са в размер на 3 075 534 хил. лв. В резултат на събраните повече приходи към 31.12.2015 г. годишният план на приходите и трансферите е в размер на 3 129 202 хил. лв., което е с 53 668 хил. лв. повече от предвидените в ЗБНЗОК за 2015 г. Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери към 31.12.2015 г. възлиза на 3 133 347 хил. лв. В тази връзка изпълнението на приходи и трансфери - всичко представлява 100,1% от заложените в годишния план за 2015 г. средства.

Постъпилите здравноосигурителни приходи са в размер на 3 088 788 хил. лв. и представляват 98,6% от отчетените приходи и трансфери – всичко към 31.12.2015 г. В сравнение със същия период на предходната година се отчита ръст със 185 635 хил. лв. или с 6,4%, основно от здравноосигурителни вноски.

Планираните средства от здравноосигурителни вноски са в размер на 2 040 705 хил. лв., в резултат на увеличението с 50 448 хил. лв. средствата по годишният план нарастват на 2 091 153 хил. лв.

Постъпилите към 31.12.2015 г. здравноосигурителни вноски са в размер на 2 110 509 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,9% спрямо заложените в годишен план за 2015 г. средства. В сравнение със същия период на 2014 г. се отчита ръст със 182 616 хил. лв. или с 9,5%. Отчетеният ръст се дължи на увеличения период за възстановяване на здравноосигурителните права от 36 месеца на 60 месеца, съгласно чл.109, ал.2 от ЗЗО. Приходите от здравноосигурителни вноски към 31.12.2015 г. съставляват 68,3% от здравноосигурителните приходи и 67,4% от приходите и трансферите – всичко.

Приходите от вноски за работници и служители от работодатели за 2015 г. са 1 182 424 хил. лв., Приходите от здравноосигурителни вноски за работници и служители от работодатели към 31.12.2015 г. съставляват 56,0% от събраните здравноосигурителни вноски.

Здравноосигурителните приходи от вноски от самонаети (самоосигуряващи се лица) за 2015 г. са 130 521 хил. лв., отчита се нарастване с 6,7%, което е с 8 228 хил. лв. повече спрямо отчетените 122 293 хил. лв. през предходната 2014 година. Тези приходи съставляват 6,2% от събраните здравноосигурителни вноски.

Планираните средства за трансфери за здравноосигуряване за лица, чието здравноосигуряване се поема от републиканския бюджет са в размер на 978 279 хил. лв. Към 31.12.2015 година са получени 978 279 хил. лева, което представлява 100,0 % от заложените в Закона за бюджета за НЗОК за 2015 г. средства или с 3 019 хил. лева повече в сравнение с получените през 2014 г.

Съгласно изготвен от НАП анализ за 2015 г. българските граждани, които подлежат на задължително здравно осигуряване в страната, но не са здравноосигурени, са около 517 хиляди души. По-голямата част от населението се осигурява здравно, а делът на здравнонеосигурените представлява около 7%. Голяма част от тях са социално слаби и продължително безработни (290 хил. лица), което предполага липса на финансови възможности за погасяване на здравни вноски.

Най-висок е делът на неосигурените лица в Кърджали – 26,6%, Разград и Търговище – 24,2%, а най-нисък е делът на неосигурените лица в София-град – 12,0%, София област – 13,3%, Смолян – 13,5%.

Приетите със ЗБНЗОК за 2015 г. средства за неданъчни приходи са в размер на 14 550 хил. лв. Към 31.12.2015 година са получени 17 339 хил. лева, което представлява 119,2 % от заложените в Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. средства и с 3 571 хил. лева или с 25,9% повече в сравнение с получените през предходната година. Отчетеният ръст в приходите от глоби, санкции и наказателни лихви през отчетната 2015 година

спрямо предходната 2014 година, се дължи на обвързаността на този параграф с възстановяване на здравноосигурителни права, съгласно чл.109, ал.2 от ЗЗО.

Получени трансфери от МЗ са 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 Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. средства са в размер на 24 000 хил. лв., през годината средствата са намалени със 104 хил. лв., със съответното намаление на плащания от трансфери от МЗ по ал. 1, ред 4 от Закона за бюджета на НЗОК за 2016 г., без да се нарушава балансът по бюджета на НЗОК, по реда на § 2 от преходни и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. В резултат годишният план е в размер на 23 896 хил. лв. Към 31.12.2015 г. получените трансфери са в размер на 23 896 хил. лв.

Приетите със Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. средства за издръжка на административните дейности са в размер на 13 188 хил. лв. Към 31.12.2015 г. са изплатени 8 515 хил. лв., което представлява изпълнение от 90,4% от заложените в годишен план средства и 0,3% от отчетените разходи и трансфери - всичко. 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.

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. за разходи и трансфери - всичко са заложен средства в размер на 3 075 534 хил. лв. В резултат на промени, годишният план на разходи и трансфери - всичко е в размер на 3 129 202 хил. лева. Към 31.12.2015 г. са разходвани 3 126 020 хил. лева или 99,9% от заложените в годишен план средства. В сравнение с 2014 г. се отчита намаление със 114 225 хил. лв. или с 3,5%, което се дължи основно на намалението в отчетените здравноосигурителни плащания.

Намалението се дължи основно на:

- Изплащане през 2014 г. на неразплатена дейност за месеците октомври и ноември 2013 г. на изпълнителите на болнична медицинска помощ в размер на 66 256 хил. лв.;
- Заплащане през 2014 г. на средствата за ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, по реда на §13 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2014 г. в размер на 12 719 хил. лв. и за дейности по асистирана репродукция за м.декември 2013 г. в размер на 1 190 хил. лв.;
- Заплащане през 2014 г. на 20 201 хил. лв. по искове от други държави, по реда на регламентите за координация на системите за социална сигурност на ЕС, дължими през 2013 г., но отложени за 2014 г., в резултат от намаляването на средствата по това направление на здравноосигурителните плащания на НЗОК през 2013 г. В допълнение отложените от 2015 г. за 2016 г. плащания са в размер на 33 891 хил. лв., в резултат от намаляването на средствата по това направление на здравноосигурителните плащания на НЗОК за 2015 г.
- Възстановяване през 2015 г. на разходи на НЗОК за лекарствени продукти в размер на 43 442 хил. лв. по реда на чл. 21, ал. 1, т. 1 от Наредба №10/2009, съгласно сключените договори с притежатели на разрешение за употреба/упълномощени представители;
- Отлагане за плащане през 2016 г. на дължимите през 2015 г. плащания по представени от аптеките финансови отчети в размер на 13 758 хил. лв. за отчетен период 01 – 15.11.2015 г. (50% от стойността на финансовите отчети за отчетния период);

- На база на обработените ежедневни отчети на изпълнителите на БМП за дейността до 30.11.2015 г., стойността на дейностите и медицинските изделия, оказани в периода м. март - м. ноември 2015 г., но незаплатени на основание неизпълнение на изискванията на Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2015 г., е в общ размер от 53 595 хил. лв.

- **Финансиране на здравноосигурителните плащания за първична извънболнична медицинска помощ**

Планираните разходи за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) за 2015 г. са в размер на 178 000 хил. лв., средствата са увеличени общо със 7 063 хил. лв., в т.ч.:

- увеличение с 5 000 хил. лв. за сметка на средствата от резерва на НЗОК, на основание § 9 от преходни и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. и
- увеличение с 2 063 хил. лв. от преизпълнението на здравноосигурителните приходи, на основание § 1 от преходни и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. за 2015 г.

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за ПИМП помощ за 2015 г. възлиза на 185 063 хил. лв.

Към 31.12.2015 г. за ПИМП са изплатени 185 017 хил. лв. или 100,0% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 31.12.2014 г. плащания се отчита ръст с 6 633 хил. лв. или с 3,7%.

През 2015 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на ПИМП дейност за периода м.декември 2014 г. – м.ноември 2015 г.

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за извършена дейност през 2015 г. нараства на 254 лв., докато през 2014 г. е на 244 лв. Средномесечният разход за капитация на 100 ЗОЛ за 2015 г. е 118,2 лв. За 2014 г. средствата за капитация съставляват 48% от стойността на извършената в ПИМП дейност, за 2015 г. този дял намалява на 47%. Това се дължи преди всичко на намалението на броя на ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права. Спрямо заплатената през 2014 г. дейност ПИМП за периода м.декември 2013 г. – м.ноември 2014 г. се отчита намаление на ЗОЛ във възрастови групи до 65 г. и увеличение във възрастова група 65 и повече години.

През 2015 г. за профилактични прегледи от 1- до 2-годишна възраст са изразходвани 1 608 хил. лв. или 7,7% от средствата за програма „Детско здравеопазване“

За профилактични прегледи от 2- до 7-годишна възраст са изразходвани 4 387,1 хил. лв. или 21,1% от средствата по програма „Детско здравеопазване“, а за профилактични прегледи от 7- до 18-годишна възраст са изразходвани 5 091,6 хиляди или 24,5% от средствата по програма „Детско здравеопазване“.

През 2015 г. за 954,9 хиляди имунизации, като дейност по програма „Детско здравеопазване“ са заплатени 4 297 хил. лв.

Заплатените средства през 2015 г. по програмата възлизат на 46,0 хил. лв. и съставляват 0,02% от разходваните средства за ПИМП. Едва 2,7% от бременните са избрали изпълнител на ПИМП, да извършва профилактичното наблюдение по програмата „Майчино здравеопазване“.

През 2015 г. за диспансерно наблюдение са заплатени общо 39 580 хил. лв. или 21,4% от средствата за ПИМП, от тях 20 884 хил. лв. за дейност по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с една диагноза и 18 696 хил. лв. за дейност по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от една диагноза.

В заплатени през 2015 г. обеми дейност увеличение спрямо 2014 г. се отчита единствено за дейностите по диспансерно наблюдение и профилактични прегледи на

лица над 18 г. За тези дейности цените за 2015 г. бяха увеличени спрямо цените за 2014 г. Ръстът на плащанията за ПИМП от 6 633 хил. лв. се дължи на комбинираното влияние на ръста на отчитаните обеми и по-високите цени на заплащане на тези дейности. Заплатени са общо 24 135 хил. лв. или 13,04% от разходваните средства за ПИМП.

През 2015 г. за 227 хиляди имунизация на лица над 18-годишна възраст съгласно Имунизационният календар на Република България, са заплатени 1 023 хил. лв., като средномесечният разход за имунизации на лица над 18-годишна възраст е в размер на 85,0 хил. лв. Цената заплащана за поставяне на 1 брой имунизация за всеки вид е в размер на 4,50 лв.

За неблагоприятни условия на работа са заплатени общо 4 837 хил. лв. или 2,6% от разходваните средства за ПИМП, при оптималния размер на плащанията за практики определени като неблагоприятни за годината в размер на 6 000 хил. лв. за 2015 г. Средномесечният брой практики, на които са заплатени средства за работа при неблагоприятни условия през 2015 г. са 902, при регистрирани 1 072 такива за цялата страна

Заплатените средства през 2015 г. за осигуряване на постоянен денощен достъп за медицинска помощ на ЗОЛ възлизат на 8 046 хил. лв. и съставляват 4,35% от изразходваните средства за ПИМП. Средномесечният доход на ОПЛ извършващ такава услуга през 2015 г. е 147 лв.

• Финансиране на здравноосигурителните плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания)

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) за 2015 г. възлиза на 204 259 хил. лв. (в т.ч. 5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2015 г. за СИМП са изплатени 204 235 хил. лв. (в т.ч. 5 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 31.12.2014 г. плащания за СИМП се отчита ръст с 6 551 хил. лв. или с 3,3%.

През 2015 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на СИМП дейност за периода м.декември 2014 г. – м.ноември 2015 г. Спрямо заплатената през 2014 г. дейност СИМП за периода м.декември 2013 г. – м.ноември 2014 г. се наблюдава увеличение на обемите, което се дължи на увеличението на прегледите по повод медицинска експертиза и на високоспециализирана дейност – ехокардиография. Ръстът на плащанията за СИМП от 6 551 хил. лв. се дължи основно на по-високата цена на първичните посещения за 2015 г. спрямо цените за 2014 г.

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ през 2015 г. е 279 лв., като във Видин се отчита най-високия за страната средномесечен разход на 100 ЗОЛ – 335 лв., Велико Търново – 333 лв., Сливен и Плевен – 324 лв. Най-нисък разход на 100 ЗОЛ на месец отчитат Кърджали – 218 лв., Смолян – 229 лв., Перник – 232 лв.

Средномесечната стойност на извършената от един специалист дейност през 2015 г., заплащана от НЗОК се е увеличила с 1,5% (средно за страната) и е в размер на 1 916 лв.. Най-значително увеличение по този показател се отчита в Търговище – 8,5%, Ямбол – 7,7% и Габрово – 7,1%, а намаление по този показател отчитат Смолян от 2,4%, Сливен от 1,4% и София област – 1,2%.

Разходите по пакети „Кардиология“, „Педиатрия“, „Офталмология“, „АГ“, „Неврология“, „Ортопедия и травматология“, „Ендокринология“, „Физиотерапия и рехабилитация“, „УНГ“ и „Хирургия“ съставляват над 79% от разходите за СИМП.

В структурата на разхода, диференцирана на база пакети през 2015 г. най-голям е делът на средствата изплатени по пакет „Кардиология“ – 12,2%, следван от пакет „Педиатрия“ – 11,7%, „Офталмология“ – 10,1% и „Акушерство и гинекология“ – 9,2%, „Неврология“ – 8,7%.

През 2015 г. средствата за първични посещения съставляват 68,9% от разхода за специализиран пакет дейности (през 2014 г. - 68,1%).

През 2015 г. за диспансерно наблюдение са изплатени 10 480 хил. лв. за 1 041 хил. броя дейности.

Програмата „Детско здравеопазване“ дава възможност на специалисти с придобита специалност „Детски болести“ да извършват профилактика на ЗОЛ от 0 до 18-годишна възраст (съгласно Наредба № 39 от 2004 г.), в случаите, в които общопрактикуващият лекар на детето няма придобита специалност по педиатрия и родителят желае профилактиката да се извършва от специалист.

През 2015 г. по програма „Детско здравеопазване“ са изплатени 395 хил. лв. за 41,6 хил. броя дейности.

По програма „Майчино здравеопазване“ през 2015 г. са изплатени 4 151 хил. лв. за 390 хил. броя дейности.

Заплатените средства за физиотерапия и рехабилитация през 2015 г. са 10 593 хил.лв., като средномесечният брой физиотерапевтични курсове заплащани от НЗОК през 2015 г. възлиза на 18 хил. броя.

За дейност по експертиза на работоспособността (ЛКК) НЗОК е заплатила 5 455 хил.лв., като средномесечният брой ЛКК прегледи, заплащани от НЗОК през 2015 г. е 83,2 хиляди.

За комплексно диспансерно /амбулаторно/ наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания заплащани от НЗОК през 2015 г. са изплатени 353 хил. лв. за 25,2 хил. броя дейности

Заплатените средства за високо-специализирани дейности (ВСД) са в размер на 15 069 хил.лв. и са за дейности по пакети „Кардиология“, „Неврология“ и „Офталмология“ съставляват 84,5% от разхода за тази дейност. Извършените и заплатени Ехокардиографии са 61% от всички ВСД и плащанията за тях съставляват 64% от разхода за високоспециализирани дейности в СИМП.

- **Финансиране на здравноосигурителните плащания за дентална помощ**

Приетите със Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. разходи за здравноосигурителни плащания за дентална помощ (ДП) са в размер на 120 000 хил. лв. Средствата са увеличени с 2 177 хил. лв. от преизпълнението на здравноосигурителните приходи, на основание § 1 от преходни и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за ДП за 2015 г. възлиза на 122 177 хил. лв.

Към 31.12.2015 г. са изплатени 122 145 хил. лв. или 100,0% от заложените в годишен план за 2015 г. средства. Спрямо извършените към 31.12.2014 г. плащания се отчита ръст с 8 178 хил. лв. или със 7,2%.

Заплатените средства за първична извънболнична дентална помощ (ПИДП) са в размер на 118 326 хил. лв. или 96,9% от общия разход за дентална помощ, а за специализирана дентална помощ през 2015 г. са заплатени 3 819 хил. лв. или 3,13% от заплатените средства.

През 2015 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на ДП дейност за периода м.декември 2014 г. – м.ноември 2015 г. Спрямо заплатената през 2014 г. дейност ДП за периода м.декември 2013 г. – м.ноември 2014 г. се отчита общо

намаление на обемите. Ръстът на плащанията за ДП от 8 178 хил. лв. се дължи на увеличението на цените на денталните дейности за 2015 г. спрямо цените за 2014 г.

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за отчетния период през 2015 г. на 169,93 лв. Този показател през 2015 г. е най-висок в Благоевград – 241,54 лв. и най-нисък за Силистра – 124,91 лв. В усвояването на средствата за здравноосигурителни плащания за дентална помощ през 2015 г. се запазва изразената сезонност при потреблението на дейността, каквато се наблюдава през последните години и наложилата се вече тенденция на неравномерното разходване на средствата, характерно с високи нива на разходите в началото и края на годината и ниски в средата на годината.

Средномесечният приход от НЗОК на един общопрактикуващ лекар по дентална медицина за 2015 г. е 1 776 лв. Най-високи средни стойности на този показател през 2015 г. е отчетен в Благоевград – 2 623 лв., а най-ниски в РЗОК София град – 1 534 лв.

- ***Финансиране на здравноосигурителните плащания за медико-диагностична дейност (МДД)***

Приетите със Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. разходи са в размер на 70 000 хил. лв. През годината средствата са увеличени общо с 2 386 хил. лв.

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за МДД за 2015 г. възлиза на 72 386 хил. лв. (в т.ч. 38 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2015 г. са изплатени 72 386 хил. лв. (в т.ч. 38 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план за 2015 г. средства. Спрямо извършените към 31.12.2014 г. плащания се отчита ръст с 2 578 хил. лв. или с 3,7%.

През 2015 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на МДД дейност за периода м.декември 2014 г. – м.ноември 2015 г. Спрямо заплатената през 2014 г. дейност МДД за периода м.декември 2013 г. – м.ноември 2014 г. се отчита общо увеличение на обемите с 1,5%. Ръстът на плащанията за МДД от 2 578 хил. лв. се дължи на комбинираното влияние на ръста на отчитаните обеми и на увеличението на цените на изследвания от пакет „Образна диагностика“ за 2015 г. спрямо цените за 2014 г.

Плащанията на НЗОК за клинично-лабораторни изследвания заемат най-голям дял в структурата на разходите за МДД. Следват високоспециализираните медико-диагностични изследвания, като разходът за тях се концентрира в големите градове, където се намират лечебните заведения с високо-технологични апаратури и оборудвания и концентрация на населението е висока.

Средномесечният брой оказани дейности на 100 ЗОЛ за МДД възлиза на 26,77 бр. за 2015 г. Най-висок е този показател в София град – 35,23 бр., а най-нисък в София област – 14,37 бр.

Средномесечният разход на 100 ЗОЛ за МДД за страната нараства спрямо предходната година и достига 98,96 лв. за 2015 г.

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

През 2015 г. отчетените разходи на НЗОК за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия за домашно лечение и диетични храни за специални медицински цели са в размер 597 760 хил. лв. или 19,5% от всички здравноосигурителни плащания, които включват: плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение в размер на 641 202 хил. лв., с които са изплатени лекарства, предоставени от

аптеките на ЗОЛ в периода от 16 ноември 2014 г. до 15 ноември 2015 г. както и 50% от отчетния период 16-30 ноември 2015 г. В отчетения разход се включват и сумите от възстановените от притежателите на разрешения за употреба отстъпки по чл. 21, ал. 1, т. 1 и т. 2 на Наредба № 10/2009 в размер на 43 442 хил. лв., изчислени на база прогнозни разходи за периода 14.08.2015 - 31.12.2015 г., съгласно чл. 45, ал. 10 и 19 ЗЗО и §15 от ПЗР от Наредба №10/2009 г.

От дължимите през 2015 г. плащания по представени от аптеките финансови отчети, 13 758 хил. лв. (50% от отчетен период 01 – 15.11.2015 г.) са отложени за плащане през 2016 г.

Заплатените през годината периоди на предоставяне на лекарствените продукти са съгласно сроковете в Наредба №10/2009 г. на министъра на здравеопазването за заплащането от НЗОК към договорните партньори (аптеки) на предоставените на ЗОЛ за домашно лечение лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

Средната стойност на заплатените на аптеките през 2015 г. отчетни периоди е в размер на 27 285 хил. лв. (или 54 570 хил. лв. средно-месечно), което в сравнение със средната стойност на заплатените на аптеките през 2014 г. отчетни периоди, в размер на 25 272 хил. лв. (или 50 544 хил. лв. средно-месечно), представлява ръст с 8%.

Ръстът на разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение се дължи на: непрекъснатите промени в номенклатурата и стойностите на лекарствените продукти, включени в Позитивния лекарствения списък, заплащан от НЗОК; разширяване на обхвата на прилаганата терапия; увеличаване на броя на болните с едно и повече заболявания, за чието домашно лечение НЗОК заплаща, което е пряко свързано с тенденциите на застаряване на населението и нарастване на дела на ЗОЛ над 65 години; повишаване на нивото на реимбурсация, в следствие на изтегляне от пазара на по-евтините продукти от страна на притежатели на разрешение за употреба на лекарствени продукти.

- ***Финансиране на здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болничната медицинска помощ***

Планираните със Закон за бюджета на НЗОК за 2015 г. разходи са в размер на 175 000 хил. лв., през годината средствата бяха увеличени общо със 70 970 хил. лв. В резултат на промените годишният план е в размер на 245 970 хил. лв. (в т.ч. 4 182 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Към 31.12.2015 г. са изплатени 245 925 хил. лв. (в т.ч. 4 182 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 31.12.2014 г. плащания се отчита ръст с 25 223 хил. лв. или с 11,4%.

През 2015 г. със средствата са заплатени отчетените от изпълнителите на БМП лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, приложени в условията на БМП за периода м.декември 2014 г. – м.ноември 2015 г. През 2014 г. са заплатени отчетените от изпълнителите на БМП лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, приложени в условията на БМП за периода м.декември 2013 г. – м.ноември 2014 г. и неразплатената лекарствена терапия при злокачествени заболявания, приложена през м. октомври и м. ноември 2013 г. в размер на 7 967 хил. лв.

Средномесечната стойност на заплатените през 2015 г. лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, в условията на БМП, е в размер на 20 494 хил. лв., което в сравнение със средномесечната стойност на заплатените през 2014 г. лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, в условията на БМП, в размер на 17 728 хил. лв., представлява ръст с 16%.

- **Финансиране на здравноосигурителните плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ (МИ)**

Планираните със Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г. разходи за МИ са в размер на 77 000 хил. лв. Планираните средства през годината бяха намалени с 1 570 хил. лв. с вътрешно-компенсирани промени по реда на чл. 115 от Закона за публичните финанси. В резултат годишният план е в размер на 75 430 хил. лв. (в т.ч. 2 407 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) .

Към 31.12.2015 г. са изплатени 75 423 хил. лв. (с включени 2 407 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100,0% от годишния план. Спрямо извършените към 31.12.2014 г. плащания се отчита намаление с 6 073 хил. лв. или със 7,5%.

През 2015 г. със средствата са заплатени отчетените от изпълнителите на болничната медицинска помощ МИ, приложени в условията на БМП за периода м.декември 2014 г. – м.ноември 2015 г., по клинични пътеки в рамките на месечните стойности по чл. 4 от Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г.

Средномесечната стойност на заплатените през 2015 г. МИ, приложени в условията на болнична медицинска помощ е в размер на 6 285 хил. лв., което в сравнение със средномесечната стойност на заплатените през 2014 г. МИ, приложени в условията на БМП, в размер на 6 473 хил. лв., представлява намаление с 3%.

Намалението на плащанията за МИ се дължи основно на по-ниската средна цена на заплащане на МИ през 2015 г. Средната цена на заплатено през 2015 г. МИ е била 1 297 лв. спрямо 1 414 лв. през 2014 г., което представлява намаление с 8% на средната цена, заплащана от НЗОК.

Най-много заплатени медицински изделия са тези от група 4 – „съдови стентове“ – 39 502 бр. или 67,1% от всички отчетени медицински изделия, следват група 5 – „ставна протеза за тазобедрена става“ с 6 799 бр. или 11,5% и група 1 – „сърдечна клапа протеза“ – 4 108 бр. или 7,0%.

- **Финансиране на здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ (БМП)**

Планираните разходи за финансиране на здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ (БМП) са в размер на 1 282 916 хил. лв. През годината планираните средства са увеличени общо с 241 457 хил. лв. В резултат на промените годишният план е в размер на 1 524 373 хил. лв. (в т.ч. 62 088 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2015 г. за болнична медицинска помощ са изплатени 1 523 882 хил. лв. (в т.ч. 62 088 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 100,0% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 31.12.2014 г. плащания за болнична медицинска помощ се отчита намаление със 79 315 хил. лв. или 4,9%.

През 2015 г. със средствата е заплатена отчетената от изпълнителите на БМП дейност за периода м.декември 2014 г. – м.ноември 2015 г. в рамките на месечните стойности по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2015 г.

Средномесечната стойност на заплатените през 2015 г. дейности в БМП, е в размер на 126 990 хил. лв., което в сравнение със средномесечната стойност на заплатените през 2014 г. дейности в БМП, в размер на 128 961 хил. лв., представлява намаление с 2%.

През 2015 г. по видове дейности в болнична медицинска помощ са изплатени средства за:

- клинични пътеки – 1 353 736 хил. лв. (в т.ч. 58 хил. лв. за имуносупресивната терапия, прилагана в клиничните пътеки № 63 и № 65, която не се включва в

цената на клиничната пътека, заплащана от НЗОК). Отчита се общо намаление на отчетените и заплатени хоспитализации с 4,2% и с 2,0% на стойността;

- клинични процедури/процедури (КПр/Пр) – 169 319 хил. лв. Отчита се увеличението на отчетените и заплатени дейности по КПр/Пр се дължи основни на ръста на КПр 1 „Хронично хемодиализа“ с 18 хил. процедури и на Пр 9 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ с 12 хил. процедури, които се заплащат извън месечните лимити; най-голямо намаление се отчита по Пр 10 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“ с 11,7 хил. процедури;
- високо-специализирани медицински дейности (ВСМД) – 826 хил. лв., като се запазва тенденцията на намаление в отчетаните ВСМД.

За периода на дейност януари – декември 2015 г. през лечебните заведения за болнична медицинска помощ по клинични пътеки са преминали общо 1 962 283 пациенти спрямо 2 066 030 пациенти през 2014 г., т.е с 103 747 пациента по-малко или намалението е с 5,0%. Средномесечният брой пациенти, ползвали болнична медицинска помощ през 2015 г. е 163 524 спрямо 172 169 през 2014 г., т.е намалението на средномесечните стойности по този показател е с 8 646 пациента на месец по-малко.

Най-висок среден разход на 100 ЗОЛ за болнична медицинска помощ за този период, независимо от мястото на получаване на помощта се установява за лицата от Пловдив – 31 546 лв., Пазарджик – 29 732 лв., Монтана – 25 166 лв., Сливен – 24 440 лв., при среден разход за страната от 22 261 лв. Най-нисък е този разход в Добрич – 17 227 лв., Варна – 17 359 лв., Шумен – 18 449 лв., Видин – 18 540 лв. и Стара Загора - 18 704 лв.

Най-много средства са усвоени по следните клинични пътеки, като тенденцията от предходните периоди се запазва:

- КП № 49 „Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение – 44 144 хил. лв. или 3,3%;
- КП № 298 „Системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години с минимален болничен престой 2 дни“ – 41 033 хил. лв. или 3,0%;
- КП № 7 „Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми“ – 37 570 хил. лв. или 2,8%;

По видове КПр/Пр най-голямо увеличение на отчетените брой КПр/Пр за периода на извършване на дейността януари – декември 2015 г. бележи процедура 08 „Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане“ – 162 бр. Пр повече или увеличението е с 30,8%. Следват процедура 09 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ – с 19 406 бр. повече или увеличението с 25,3% и процедура 13 „Позитронно-емисионна томография - компютърна томография (РЕТ/СТ)“ – с 803 бр. повече или увеличението е 21,4%.

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

Във връзка с присъединяване на Република България към ЕС от 01.01.2007г., със средствата от здравноосигурителни вноски се заплащат разходи за обезщетения в натура на осигурените в НЗОК лица при техния престой или пребиваване на територията на други държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария, Македония и Сърбия, по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност .

През бюджетната 2015 г. са извършени разходи в размер на 30 910 хил. лв. или 1,0% от извършените здравноосигурителни плащания. Плащанията са извършени в рамките на наличните бюджетни средства след обработка на исквете за заплатени обезщетения в натура на територията на другите държави: проверки за пълнота и коректност на исквете, валидност на удостоверителния документ на лицето, ползвало помощта и недублиране на плащанията.

По платените искове на други държави, разходът е основно за ползвана от здравноосигурените лица болнична помощ – 72,3% от разхода. Делът на останалите видове обезщетения в натура, получени от здравноосигурените лица са, както следва: за извънболнична медицинска помощ – 11,8%; за дентална помощ – 1,4%; за лекарства – 6,2% и за други обезщетения в натура – 8,2%.

Запазва се тенденцията, получените обезщетения в натура да са основно по повод на спешни и неотложни състояния, възникнали по време на престой на лицата в другите държави – 70,7% от заплатената сума е на основание на Европейска здравноосигурителна карта, издадена от НЗОК. Разходите на основание на формуляри за продължително пребиваване формират 25,3% от разхода, а по издадени разрешения за планово болнично лечение - 4% от разхода.

Постъпилите през 2015 г. искове от други държави са на обща стойност 74 267 хил. лв., което е с 9 109 хил. лв. или с 14,0% повече спрямо постъпилите през 2014 г. Тези темпове на нарастване на задълженията на Република България по правилата за координация на системите за социална сигурност значително надвишават финансовите възможности на НЗОК, като към 31.12.2015 г. общата стойност на неприключените искове от другите държави възлиза на 167 906 хил. лв.

• **Плащания от трансфери от МЗ по чл. 1, ал. 1, ред 4 от ЗБНЗОК за 2015 г.**

Приетите със ЗБНЗОК за 2015 г. средства са в размер на 24 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата са намалени общо със 104 хил. лв., по реда на §2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2015 г. В резултат годишният план е в размер на 23 896 хил. лв. (в т.ч. 28 хил. лв. трансфер за ведомствени болници)

Към 31.12.2015 г. са изплатени 23 565 хил. лв. (в т.ч. 28 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 98,6% от заложените в годишен план средства. Спрямо извършените към 31.12.2014 г. плащания в размер на 24 564 хил. лв. се отчита намаление с 999 хил. лв. или с 4,1%.

В изпълнение на т.37 от ДДС № 13 от 08.12.2015 г. на МФ, НЗОК възстанови до 31.01.2016 г. по сметката на МЗ, неусвоените целеви средства, предоставени по реда на §2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2015 г. в общ размер от 330 599 лв. (разликата между преведен трансфер от МЗ и извършени плащания от трансфера от МЗ).

По направления на плащанията от трансфери от МЗ разпределението е както следва:

- *Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ* – приетите със ЗБНЗОК за 2015 г. средства са в размер на 2 713 хил. лв. С решение на НС на НЗОК за компенсирани промени и в изпълнение на §2, от ПЗР на ЗБНЗОК за 2015 г., средствата бяха намалени с 927 хил. лв. Годишният план е в размер на 1 786 хил. лв. Към 31.12.2015 г. са изплатени 1 786 хил. лв. или 100,0% от заложените в годишен план средства.
- *Дейности за здравно неосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания; интензивно лечение* – приетите със ЗБНЗОК за 2015 г. средства са в размер на 1 287 хил. лв. С решение на НС на НЗОК за компенсирани промени и в изпълнение на §2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2015 г., средствата бяха намалени с 25

хил. лв. Годишният план е в размер на 1 262 хил. лв. (в т.ч. 28 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Към 31.12.2015 г. са изплатени 1 259 хил. лв. (в т.ч. 28 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 99,8% от заложените в годишен план средства.

- *Дейности за здравнонеосигурени жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ* – приетите със ЗБНЗОК за 2015 г. средства са в размер на 5 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК за компенсирани промени и в изпълнение на §2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2015 г., средствата бяха намалени с 530 хил. лв. Годишният план е в размер на 4 470 хил. лв. Към 31.12.2015 г. са изплатени 4 470 хил. лв. или 100,0% от заложените в годишен план средства.
- *Плащания за сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО* – приетите със ЗБНЗОК за 2015 г. средства са в размер на 15 000 хил. лв. С решение на НС на НЗОК за компенсирани промени и в изпълнение на §2 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2015 г., средствата бяха увеличени с 1 378 хил. лв. Годишният план е в размер на 16 378 хил. лв. Към 31.12.2015 г. са изплатени 16 050 хил. лв. или 98,0% от заложените в годишен план средства.

5.5. Човешки ресурси

- **Осигуреност с човешки ресурси**

В лечебните и здравни заведения от системата на здравеопазване към 31.12.2015 г. на основен трудов договор работят 124 165 души.

Броят на практикуващите на основен трудов договор лекари е 29 073, което е увеличение с 0.8% спрямо предходната 2014 г., когато техният брой е бил 28 842 лекари. Осигуреността с лекари през 2015 г. *се увеличава* – на 40.6‰ на 10 000 души от 40.0‰ през 2014 г. и *надвишава средните европейските показатели* (ЕС – 34.96 на 10 000)

Лекарите по дентална медицина са 7 512, спрямо 7 013 за 2014 г.

Броят на специалистите по здравни грижи е 47 428. От тях 31 397 са медицински сестри, които *намаляват* спрямо 2014 г., когато техният брой е бил 31 917 (Приложения - Таблица 6).

Намалява и броят на работещия на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения друг персонал с немедицинско образование от 39 862 през 2014 г. на 39 754 души през 2015 г.

И през 2015 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 54.6 на 10 000 души в Плевен; 49.1‰ за София-столица, 48.1‰ в Пловдив, 46.9‰ във Варна, и до 26.2‰ в област Разград и 26.6‰ в област Добрич и 26.8% в област Перник. (Приложения – Таблица 7.)

От всички работещи в страната 29 073 лекари през 2015 г., 6 485 (22.3%) работят в лечебните заведения в София-столица. Над половината от работещите лекари в страната (55.0%) са концентрирани в 6 области - София-столица, Пловдив (11.1%), Варна (7.6%), Стара Загора (4.9%), Плевен (4.7%) и Бургас (4.3%).

Към 31.12.2015 г. най-голям е броят на общопрактикуващите лекари в първичната извънболнична помощ - 4 433 или 15.2% от всички практикуващи лекари в страната.

В структурата на лекарите-специалисти по специалности най-голям дялът на практикуващите по специалностите Анестезиология и интензивно лечение – 1 583 (5.4%) и Хирургия - 1 506 (5.2%). След тях с относително еднакъв дял са лекарите-

специалисти по Акушерство и гинекология -1 431 (4.9%), Детски болести - 1 420 (4.9 %), Спешна медицина – 1366 (4.7%) Кардиология - 1315 (4.5%), Нервни болести -1158 (4.0%)и Вътрешни болести - 1 106 (3.8%).

Осигуреността с лекари по дентална медицина също нараства през 2015 г. на 10.5 на 10 000 души, при показател за ЕС – 6.8‰, като варирането на показателя е от 16.6 ‰ в Пловдив и 13.9‰ в София-столица до 5.9‰ за област Търговище и 6.2‰ за София област.

Показателят за брой население на 1 лекар в България намалява до 246 души, а на 1 лекар по дентална медицина до 952 души.

През 2015 г. известно намаление се наблюдава и при осигуреността със специалисти по здравни грижи, която през 2014 г. е 66.9 и намалява до 66.3 на 10 000 души през 2015 г. Териториалното разпределение на специалистите по здравни грижи е по-балансирано.

Сериозни проблеми, свързани с осигуреността с човешки ресурси се установява в някои второстепенни разпоредители с бюджети към МЗ – центрове по трансфузионна хематология, държавни психиатрични болници и регионални здравни инспекции. По данни на РЗИ през последните години щатната численост на инспекциите неколkokратно е оптимизирана (намалявана), като през 2011 г. след обединението на РИОКОЗ с РЦЗ в единна структура РЗИ общата численост става от 3341 (само в РИОКОЗ) на 3005 общо. С последното изменение на Устройствения правилник на РЗИ през 2015 г. общата численост на инспекциите е редуциран до 2500 щатни длъжности.

Тенденциите до момента, свързани с намаляване на средствата на бюджетните програми и по-специално фонд „Работна заплата“, водят до непрекъснатото намаляване на числеността на РЗИ, което значително затруднява изпълнението на задачите. Изключително ниското ниво на заплатите в сравнение с всички останали структури в системата на здравеопазването и други сектори, води до масов отлив на висококвалифицирани кадри, като магистри по медицина, здравни инспектори и лаборанти и др., като в същото време средната възраст на работещите в системата магистри по медицина е около 54 години. Липсата на квалифицирани кадри, на съвременен лабораторно оборудване и адекватно финансиране води до значителни затруднения при изпълнение на служебните задължения и на поетите ангажименти от страна на Република България по националното и европейско законодателство и международни договори и споразумения се отразява негативно на обема и качеството на извършвания държавен контрол.

• Квалификация, продължаващо обучение и миграция на медицинските специалисти

Общите за всички държави-членки предизвикателства, пред които е изправена работната сила в здравния сектор на ЕС, включително и нашата страна, са: демографското измерение – застаряващо население в страната и застаряваща работна сила в здравния сектор, от което следва недостиг на попълнения от млади хора в системата, които да заместят напускащите; разнообразието от работна сила в здравния сектор; недостатъчната привлекателност за младите поколения на повечето професии в сектора на здравеопазването и общественото здраве; миграцията на здравни работници в ЕС и извън него; нееднаквата мобилност в рамките на ЕС – придвижването на здравни специалисти от по-бедните към по-богатите страни в ЕС. Това налага предприемането на подходящи стъпки за подготвяне и задържане на достатъчен брой собствени медицински специалисти.

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 12 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 МЗ ежегодно предлага в проекта на Решение на Министерския съвет за 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.

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 МЗ работи активно през последните 10 години, е създаването на привлекателни условия за придобиване на специалност. Въпреки предприетите до този момент действия МЗ все още отчита проблеми при обучението за придобиване на специалност, включително висока степен на неудовлетвореност сред специализантите от реда и условията за обучение. Като основен проблем се изтъква специализацията срещу заплащане и липсата на трудов договор с лечебното заведение – база за обучение.

По тази причина бе разработена и на 22.01.2015 г. се обнародва Наредба № 1/22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, с която се осъществява концептуална промяна в реда и условията за специализация. С наредбата се облекчава достъпът до специализация като отпада конкурсният изпит за зачисляване, а започването на специализация може да се извършва целогодишно. Определянето на местата за специализанти от самите бази за обучение (децентрализирано), освен че значително съкращава сроковете за започване на обучението, удовлетворява в по-пълна степен текущите реални потребности на базите за практическо обучение от човешки ресурси. Специализацията 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.

От влизането в сила на Наредба № 1 в края на януари 2015 г. до края на годината специализантите по нея са 1204 – от тях 857 са новорегистрирани по Наредба № 1, а 347 са прехвърлени от отменената Наредба № 34/29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. През 2015 г. базите за обучение в страната са обявили 923 места за специализанти по клинични специалности по реда на Наредба № 1, а висшите училища – над 300 места по неклинични специалности. Това показва, че новата Наредба № 1 е една успешна стъпка към задържането на младите лекари и останалите медицински специалисти в страната.

Осъществени са и изменения и допълнения в Наредба № 1 (обнародвани на 27.10.2015г.), с които се подпомага финансово завършването на обучението на специализантите по дефицитни специалности, които се обучават по реда на отменената Наредба № 34 (Анестезиология и интензивно лечение, Обща и клинична патология, Педиатрия, Спешна медицина, Инфекциозни болести и Неонатология). С промяната се създават 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.

За 2015 г., по реда на Наредба № 1, министърът на здравеопазването е утвърдил 500 места за специализанти, за които държавата ще финансира таксата за обучение, а до държавен изпит за специалност са допуснати общо 1119 кандидата (на майска и декемврийска сесия).

През 2015 г. приключи проект „Нови възможности за лекарите в България“ (BG051PO001-6.2.18-0001 по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013 г.), реализиран в периода 30 октомври 2012 г. – 30 април 2015 г. В рамките на проекта 650 специализанти (лекари и лекари по дентална медицина) са получили финансиране на теоретичното и практическото си обучение за период до 15 месеца, стипендии в размер на две минимални работни заплати на специализантите за времето, за което не са получавали доходи от трудови правоотношения или от икономическа дейност, левовата равностойност на средствата за закупен комплект медицинска учебна литература по съответните специалности в размер на 1200 лева, както и по два комплекта медицинско облекло и един комплект медицински обувки.

Министерството на здравеопазването издава удостоверения за работа в чужбина на медицински специалисти, придобили квалификацията си в Република България. За 2015г. са издадени общо 1 135 удостоверения на лица (български граждани и чужденци), придобили професионална квалификация по регулирана професия, за която министърът на здравеопазването е компетентен орган.

От статистическите данни за последните 9 години е *видна явна тенденция на намаляване броя на издаваните удостоверения*, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина. През 2015 г. са издадени 364 удостоверения на лекари – български граждани. Посоченият брой е по-малък от броя на издадените удостоверения на лекари – български граждани през предходните години – 411 за 2014 г., 428 за 2013 г., 495 за 2012 г., 524 за 2011 г., 585 за 2010 г. и т.н.

През 2015 г. МЗ е издало общо 291 удостоверения на медицински сестри, необходими за упражняване на професията в чужбина, а през 2014 г. броят им е 345. Следва да се отбележи, че *издаването на удостоверение не е еквивалентно на заминаване и започване на работа в друга държава*. От броя на издадените удостоверения не може да се прави извод колко от медицинските специалисти действително са заминали и са започнали работа по специалността си в друга държава. Издадените от МЗ удостоверения са по-скоро мярка за потенциалната емиграция, т. е. намеренията/желанието за емиграция.

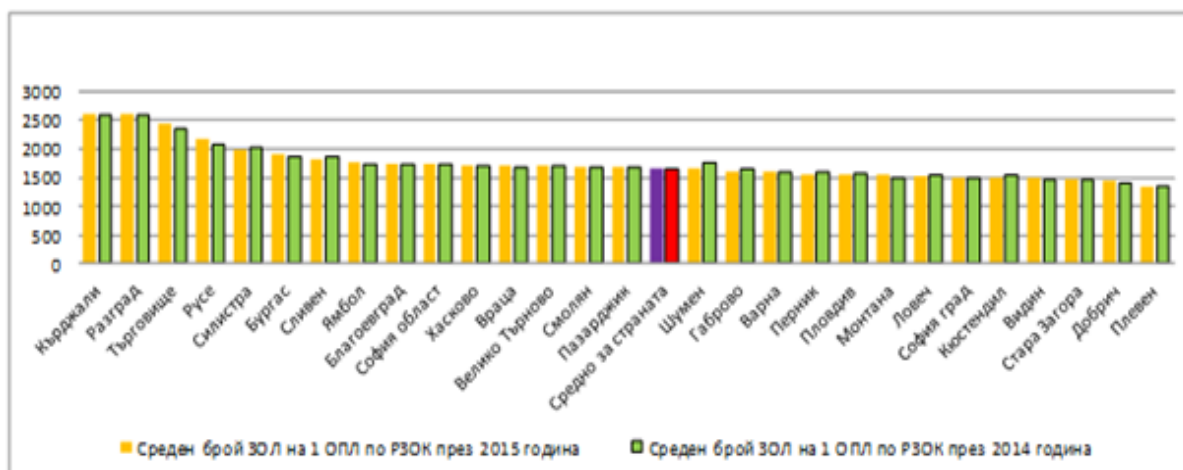
Министърът на здравеопазването е компетентен орган за признаването на професионална квалификация по регулираните медицински професии. През 2015 г. са признати общо 75 професионални квалификации по регулирани медицински професии и специалност в областта на здравеопазването.

5.6. Дейност на лечебните заведения

• *Първична извънболнична медицинска помощ*

Осигуреността с общопрактикуващи лекари (ОПЛ) през 2015 г. средно за страната е един лекар на 1 655 здравноосигурени лица (ЗОЛ). Налице се сериозни диспропорции в осигуреността с ОПЛ в различните области и региони на страната. Най-ниска осигуреност има в РЗОК-Кърджали един ОПЛ на 2 604 ЗОЛ и РЗОК-Разград един ОПЛ на 2 592 ЗОЛ, където един ОПЛ обслужва най-голям брой ЗОЛ. Най-висока е осигуреността в РЗОК-Плевен един ОПЛ на 1 344 ЗОЛ, РЗОК-Добрич един ОПЛ на 1 455 ЗОЛ и РЗОК-Стара Загора един ОПЛ на 1 486 ЗОЛ (Фигура 23).

Фигура 23. Среден брой ЗОЛ на 1 ОПЛ по РЗОК за 2014 и 2015 г.



Източник: НЗОК

Програма „Детско здравеопазване“, изпълнявана от ОПЛ

Средният брой отчетени профилактични прегледи за страната през 2015г. на лица от 0 до 1 година възлиза на 10,04 прегледа на 1 ЗОЛ. В 11 РЗОК стойността на показателя е над средното за страната. Най-високи стойности отбелязва показателят и през двата наблюдавани периода в РЗОК Ямбол (11,15), РЗОК-Пловдив (11), РЗОК-София-град (10,98) и РЗОК София-област (10,93). В останалите 17 РЗОК стойността на показателя е под средното за страната и варира в диапазона между 6,50 - 9,98 прегледа през 2015г. Най-малък брой профилактични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 1-годишна възраст се отчитат в РЗОК-Габрово (6,93) и РЗОК-Видин (6,50).

По програма „Детско здравеопазване“ при ЗОЛ от 1 до 2 години, средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2015г. възлиза на 3,08 бр. на едно ЗОЛ. В 12 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната. Най-висока е стойността на показателя в РЗОК-Ямбол (3,44), РЗОК София-област (3,43) и РЗОК-Перник (3,37). В 16 РЗОК стойността на показателя е под средното за страната. С най-ниско изпълнение средно на едно ЗОЛ от 1 до 2 години са областите: РЗОК-Ловеч (2,57), РЗОК-Видин (2,15) и РЗОК-Габрово (2,10).

Средният брой на отчетените профилактични прегледи на ЗОЛ от 2 до 7 години през 2015г. възлиза на 1,55 на едно ЗОЛ. В 15 РЗОК стойността на този показател е над средната за страната, като най-високи стойности на показателя отчитат РЗОК-Ямбол (1,75), РЗОК-Перник (1,68) и РЗОК-Пловдив (1,67). В останалите 13 РЗОК, броят на отчетените профилактични прегледи за тази възрастова група е под средния показател за страната, като най-ниски стойности отбелязва показателят в РЗОК Габрово (1,19) и РЗОК-Видин (1,15).

През 2015 г. средният брой на отчетените профилактични прегледи на лицата от 7 до 18 години е 0,85 прегледа на едно ЗОЛ при изискуем по програмата 1 преглед годишно. В 14 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи на едно ЗОЛ от тази възрастова група е над средната стойност на показателя за страната. С най-високи стойности е показателят в РЗОК-Кюстендил (0,91), РЗОК Ямбол (0,90) и РЗОК Пазарджик (0,90). В останалите 14 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е под средната стойност на показателя за страната, като най-ниска стойност е отчетена в РЗОК-Габрово, РЗОК-Кърджали и РЗОК-Шумен – по 0,74.

Дейностите по профилактиката по програма „Детско здравеопазване“ извършени от ОПЛ по РЗОК са в рамките на средните стойности на показателя за страната и са в

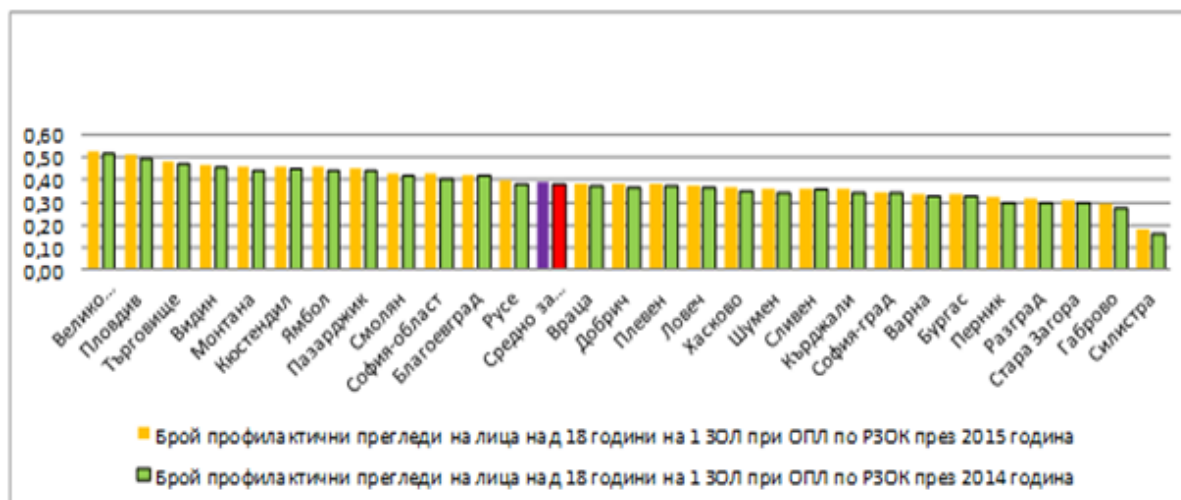
съответствие с договорените в НРД 2015 г. за МД и с действащите нормативни актове и се изпълняват основно от ОПЛ. Изключение са РЗОК Габрово, Видин, Кюстендил и Ловеч, където програма „Детско здравеопазване“ се изпълнява от специалисти по педиатрия.

Профилактика на ЗОЛ над 18 години, осъществявана от ОПЛ

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2015 г. при лицата над 18 години е 0,39 прегледа на едно ЗОЛ. През 2015 г., в сравнение с 2014 г. са извършени 73 729 повече профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, при намаление броя на ЗОЛ от възрастовата група с 36 640, т.е. през 2015 г. в тази възрастова група се увеличава обращаемостта към ОПЛ за извършване на профилактични прегледи.

В 12 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи на 1 ЗОЛ над 18 години е над средната стойност на показателя за страната – най-голяма е обращаемостта в РЗОК-Велико Търново (0,52), РЗОК-Пловдив (0,51) и РЗОК-Търговище (0,48). В останалите 16 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи на 1 ЗОЛ над 18 години е под средната стойност на показателя за страната. Най-ниски са стойностите в РЗОК Стара Загора (0,31), РЗОК Габрово (0,29). Много ниска стойност на показателя отчита РЗОК-Силистра (0,18), което показва, че здравноосигурените лица от област Силистра над 18-годишна възраст подценяват значението на профилактиката (Фигура 24).

Фигура 24. Брой профилактични прегледи на лица над 18 г. на 1 ЗОЛ при ОПЛ по РЗОК за 2014 и 2015 г.



Източник:НЗОК

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

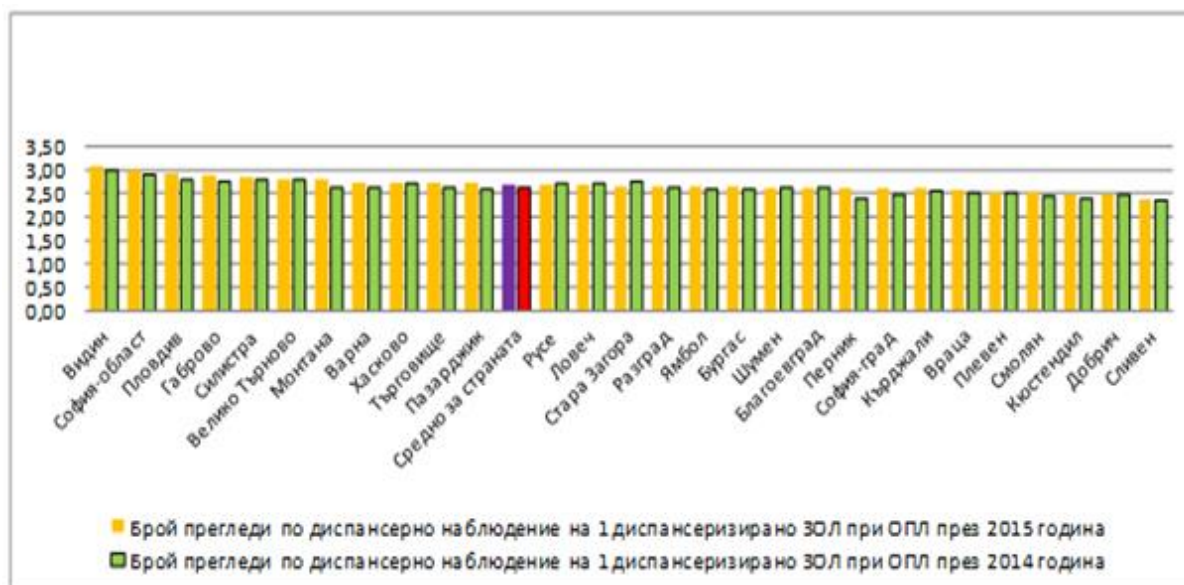
При профилактика на бременни жени с нормална бременност през 2015 г. от ОПЛ са извършени 6 432 прегледа на 2 914 ЗОЛ по програма „Майчино здравеопазване“. От представените данни се налага изводът, че като цяло профилактиката на бременни жени с нормална бременност се осъществява основно от лекари специалисти по „Акушерство и гинекология“ и това корелира с данните за изпълнение на програма „Майчино здравеопазване“ от лекар-специалист, с изключение на РЗОК Силистра, Плевен и Монтана.

Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от ОПЛ

Най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ при ОПЛ през 2015 г. има при следните заболявания: „Болести на органите на кръвообращението“ - 1 426 894 диспансеризирани, „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ – 344 674 диспансеризирани. По РЗОК, най-голям брой диспансеризирани пациенти за тези класове болести са регистрирани в регионите с най-голям брой население – София-град, Пловдив и Варна.

През 2015 г. ОПЛ отчитат средно 2,69 прегледа по диспансерно наблюдение на едно диспансеризирано ЗОЛ. В 11 РЗОК средният брой на отчетените диспансерни прегледи е над средната стойност на показателя за страната, като най-голям брой прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ отчитат в РЗОК Видин (3,08), РЗОК-София-област (3,01) и РЗОК Пловдив (2,93). В останалите 17 РЗОК броят на отчетените диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ е под средния показател за страната, като най-малък е този брой в РЗОК-Кюстендил и РЗОК-Добрич (2,49) и РЗОК-Сливен (2,39) (фигура 25).

Фигура 25. Брой прегледи по диспансерно наблюдение на 1 диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ за 2014 и 2015 г.



Източник: НЗОК

Инцидентни посещения при ОПЛ

През 2015 г. в някои области броят на прегледите по повод инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ е нисък, но други отчитат 3-4 пъти над средния брой инцидентни посещения за страната. При средно 32,66 инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ, най-висока стойност на показателя отчитат ОПЛ в РЗОК-Монтана (143,05 посещения), РЗОК-Бургас (127,12 посещения), РЗОК-Благоевград (80,54 посещения) и РЗОК-София-област (78,05 посещения). С най-ниски стойности е показателят в РЗОК-Габрово (4,99), РЗОК-Разград (2,35) и РЗОК-Кърджали (2,16).

• Специализирана извънболнична медицинска помощ

През 2015 г. лекарите-специалисти в ЛЗ за СИМП отчитат средно за страната 0,76 първични консултативни прегледа на едно ЗОЛ.

През 2015г. най-голям брой първични прегледи на едно ЗОЛ отчитат РЗОК-Плевен (0,90), РЗОК-София град (0,88), РЗОК-Пловдив (0,85) и РЗОК-Варна (0,84.).

Посочените области са университетски центрове и в тези региони има, както най-голям брой лекари-специалисти, работещи в изпълнение на договори с НЗОК за СИМП, така и лекари със специалности, които липсват или са недостатъчни в другите региони на страната. Най-ниска е стойността на показателя в РЗОК-Разград (0,61), РЗОК-Силистра (0,59) и РЗОК-Кърджали (0,54), което е в съответствие и с по-ниската осигуреност на тези области с лекари специалисти.

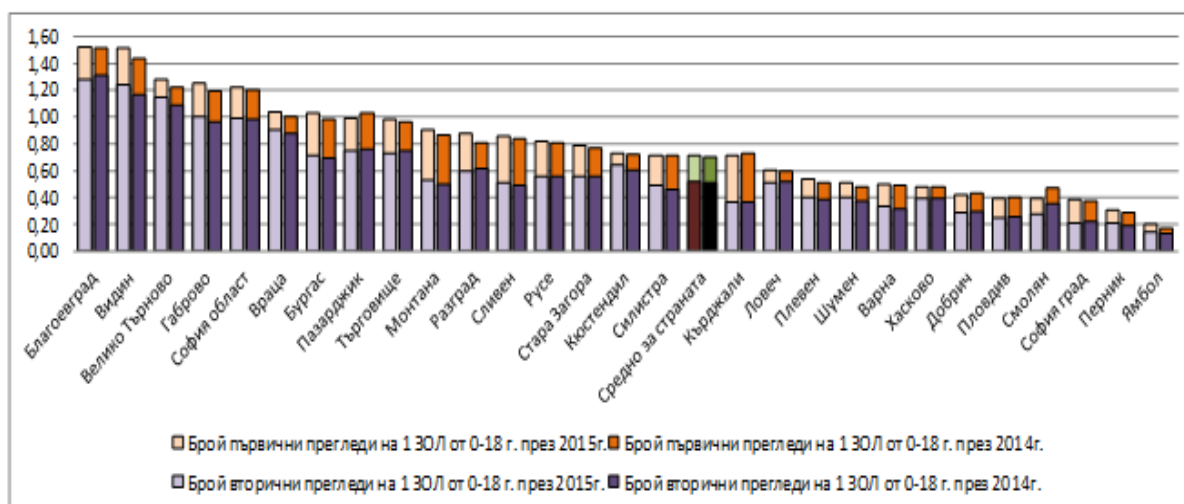
През 2015 г. средно за страната се отчитат по 0,31 вторични консултативни прегледа на 10 000 ЗОЛ. В 11 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната и се движи в диапазона между 0,35 и 0,33 прегледа, като най-високи стойности са отчетени в РЗОК-Плевен, РЗОК-София, РЗОК-Пловдив и РЗОК-Варна - по 0,35 прегледа. В 17 РЗОК броят на отчетените вторични прегледи на 10 000 ЗОЛ е под средната стойност на показателя за страната. Показателят е с най-ниски стойности в РЗОК Разград (23), Кърджали (21) и Силистра (20).

През 2015 г. съотношението между вторични консултативни и първични консултативни прегледи по тримесечия е в рамките на 0,40 до 0,41 средно за страната, което е под допустимото съотношение „един първичен към 0,50 вторични прегледа“. В различните РЗОК този показател се движи от 0,45 до 0,32.

За 2015 година, средният брой отчетени първични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ за страната е 0,71 прегледа. Най-високи стойности на този показател, над средните за страната, се отчитат в РЗОК- Благоевград (1,52) и РЗОК-Видин (1,51).

Вторичните прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при лекар специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ средно за страната са 0,52 прегледа през 2015г. През 2015г. съотношението между първични и вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ от 0-18 г. при специалист по педиатрия и профилни специалности е 0,73 прегледа и не надвишава допустимото 1:1. Това означава, че на близо 28% от преминалите деца не са извършвани и, съответно, отчетени вторични прегледи през 2015г. (Фигура 26)

Фигура 26. Първични/вторични прегледи на 1 ЗОЛ от 0-18 г. при специалист по „Педиатрия“ по повод остри състояния за 2014 г. и 2015г.



Източник: НЗОК

Средният брой първични прегледи за страната при специалисти по „Хирургия“, „Ортопедия и травматология“ за 2015 г. е 232 прегледа на 10 000 ЗОЛ. Най-голям брой прегледи на 10 000 ЗОЛ отчитат РЗОК- Враца (654), РЗОК- Благоевград (651) и РЗОК-

София област (444). Средният брой на отчетените дейности на 10 000 ЗОЛ в тези области е в пъти по-голям спрямо РЗОК-Силистра (74) и РЗОК-Кърджали (61).

Средно за страната вторичните прегледи при специалист по „Хирургия“, „Ортопедия и травматология“ през 2015 г. са 105 броя на 10 000 ЗОЛ. Съотношението на вторични към първични прегледи е 0,90, т.е. в рамките на допустимото 1:1.

Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от лекар-специалист в ЛЗ за СИМП през 2015 г.

През 2015 г. най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист по класове болести по МКБ-10 са, както следва:

„Болести на дихателната система“ – 181 794 диспансеризирани ЗОЛ. Най-голям брой са регистрирани в РЗОК-София град – 23 644, РЗОК-Стара Загора – 16 847 и РЗОК-Пловдив – 11 398.

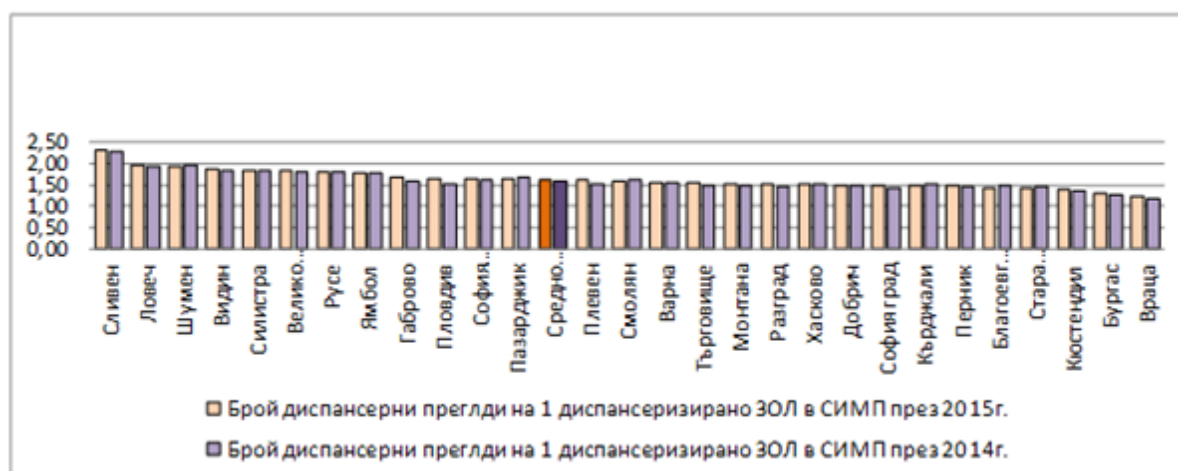
„Болести на органите на кръвообращението“ - 174 849 диспансеризирани ЗОЛ, като най-голям е техния брой в РЗОК София-град 32 124, РЗОК-Сливен – 15 095 и РЗОК-Плевен – 13 997.

„Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ с 134 895 диспансеризирани ЗОЛ. РЗОК с най-голям брой диспансерни ЗОЛ с тези заболявания са: РЗОК-София-град – 28 351, РЗОК-Пловдив – 9 703 и РЗОК-Варна – 9 276.

През 2015 г. средната стойност за страната на показателя „Първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на 10 000 ЗОЛ“ е 84 прегледа. Най-голям брой специализирани прегледи на 10 000 ЗОЛ по този показател се отчитат в РЗОК-Видин (177); РЗОК-Сливен и РЗОК-Ловеч (162), които са два пъти над средното за страната.

Общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение през 2015 г. средно за страната са 1,61 прегледа на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП. Най-високи стойности по този показател над средната за страната отчитат РЗОК-Сливен (2,32) и РЗОК-Ловеч (1,95). Най-малък брой диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП под средната стойност на показателя за страната отчитат РЗОК-Бургас (1,30) и РЗОК-Враца (1,23) - Фигура 27.

Фигура 27. Брой диспансерни прегледи на 1 диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ през 2014 и 2015 г.



Източник: НЗОК

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

През 2015 г. средно за страната са отчетени 0,03 броя профилактични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 г. по програма „Детско здравеопазване“ в СИМП. Стойността на показателя е ниска, т.к. основно тази дейност се осъществява от ОПЛ. Най-високи стойности през 2015 г. са отчетени в РЗОК-Видин (0,244), РЗОК-Габрово (0,243) и РЗОК-Кюстендил (0,155).

През 2015 г. лекарите-специалисти по педиатрия в РЗОК-Пазарджик, РЗОК-Русе, РЗОК-Сливен и РЗОК-Търговище не отчитат профилактични прегледи по програма „Детско здравеопазване“, като в тези региони профилактичните прегледи се отчитат изцяло от ОПЛ и това корелира с данните за отчетена дейност по програма „Детско здравеопазване“ от ОПЛ.

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

През 2015 г. по програма „Майчино здравеопазване“ за наблюдение на бременни с нормална и рискова бременност от лекар-специалист по акушерство и гинекология са отчетени общо 390 346 профилактични прегледа (47 201 първични и 343 145 вторични).

През 2015 г. по програмата са извършени средно по 8,3 прегледа на 1 ЗОЛ, включено в нея. Най-високо изпълнение на програмата през 2015 г. е отчетено в РЗОК-Смолян, РЗОК-Хасково, РЗОК-Пазарджик и РЗОК-Стара Загора.

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 2015 г. отбелязва ръст от 7% спрямо предходната година. Най-голям брой прегледи на 10 000 ЗОЛ - почти три пъти над средното за страната са отчетени в РЗОК-Габрово (4 459); РЗОК-Перник (3 774) и РЗОК-Монтана (2 430). През 2015г. в РЗОК-Сливен, РЗОК-Търговище и РЗОК-Шумен са отчетени най-малко прегледи на 10 000 ЗОЛ в сравнение средното за страната.

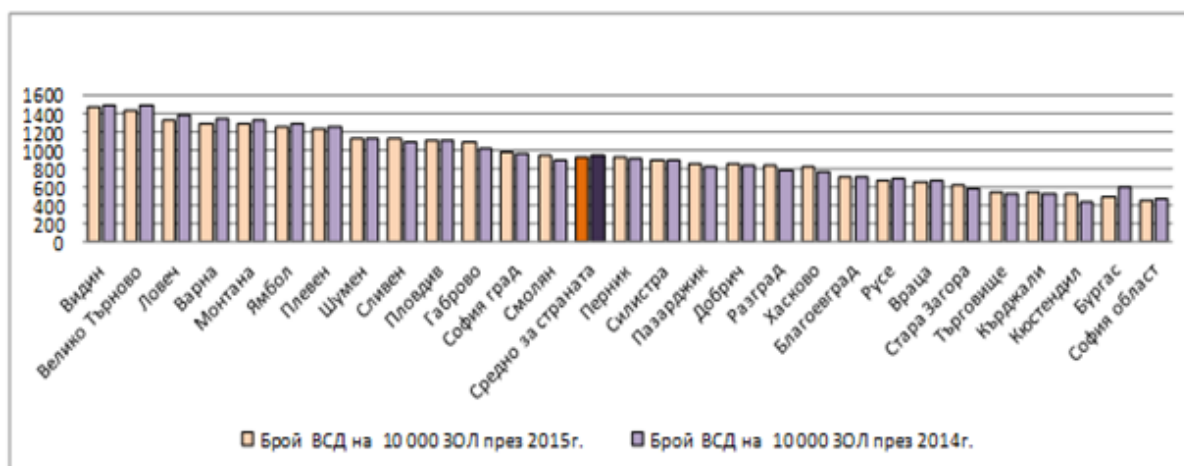
Физикална и рехабилитационна медицина

На 10 000 ЗОЛ средно за страната през 2015г. са отчетени по 5 672 физиотерапевтични процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“. Най-високо е потреблението на процедури по физикална и рехабилитационна медицина в РЗОК-Плевен, РЗОК-Габрово и РЗОК-София столична.

Високоспециализирани медицински дейности (ВСМД):

През 2015 г. средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 935 високоспециализирани медицински дейности. Най-високо потребление на ВСМД на 10 000 ЗОЛ спрямо средната стойност на показателя за страната през 2015 г. отчитат РЗОК-Видин (1 481); РЗОК-Велико Търново (1 442) и РЗОК- Ловеч (1 325). Най-висок ръст в потреблението на ВСМД на 10 000 ЗОЛ през 2015 г. спрямо спрямо предходната година се наблюдава в РЗОК-Кюстендил (18%); РЗОК Разград (6%); РЗОК Габрово (6%), РЗОК Хасково (6%) (Фигура 28).

Фигура 28. Брой ВСД на 10 000 ЗОЛ през 2014 и 2015 г.



Източник: НЗОК

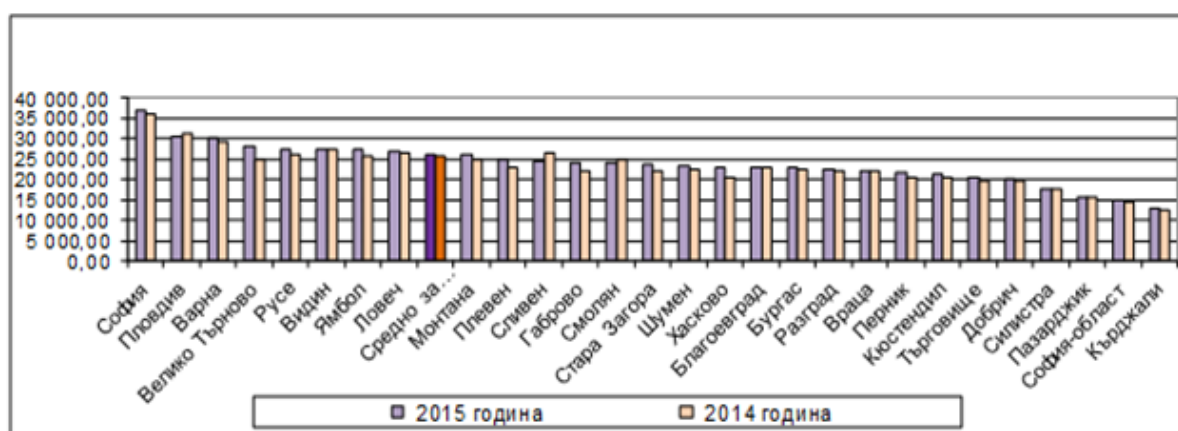
С най-висока обращаемост през 2015 г. ВСМД са: „Ехокардиография“, „Електроенцефалография“, „Доплерова сонография“, „Електромиография“ и „Диагностична и терапевтична пункция на стави“.

Медико-диагностични изследвания

През 2015 година са отчетени и заплатени общо 19 580 939 медико-диагностични изследвания в цялата страна. На 10 000 ЗОЛ са отчетени 26 252 бр. медико-диагностични изследвания. В 7 РЗОК стойността на този показател е над средното за страната, като най-висока е в РЗОК-София (36 846), РЗОК-Пловдив (30 352) и РЗОК-Варна (30 182) - области с най-голям брой население, най-голям брой лекари-специалисти, лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ с МДЛ и самостоятелни лаборатории.

В 20 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната, като най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК-Кърджали (13 018), РЗОК-София-област (14 843), РЗОК-Пазарджик (15 797) и РЗОК-Силистра (17 816) (Фигура 29).

Фигура 29. Брой медико-диагностични изследвания на 10 000 ЗОЛ по РЗОК за 2014 и 2015 г.



Източник: НЗОК

Най-голяма е обращаемостта към МДИ от пакет „Клинична лаборатория“ - средно за страната през 2015 година са отчетени 22 802 бр. на 10 000 ЗОЛ. Отчетените

изследвания от пакет „Клинична лаборатория“ са 86,86% от всички медико-диагностични изследвания. В 8 РЗОК (София, Пловдив, Варна, Видин, Ловеч, Русе Ямбол и Монтана) стойността на този показател е над средната за страната. РЗОК-София (31 820), РЗОК- Пловдив (26 597) и РЗОК- Варна (26 444) 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, като най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК Кърджали (11 312), София-област (12 623) и Пазарджик (13 070).

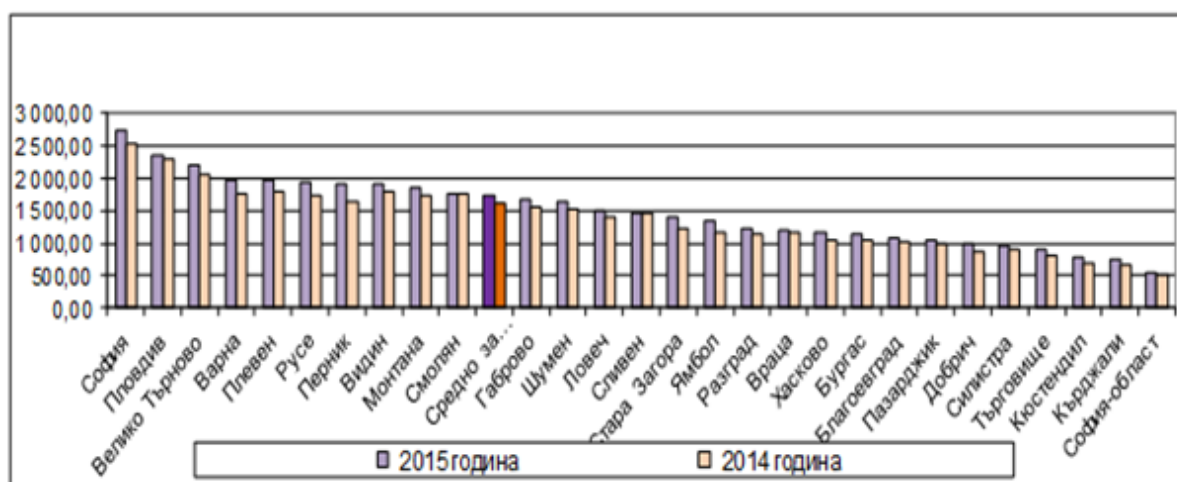
През 2015 година средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 2 091 изследвания от пакет „Образна диагностика“. В 12 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната. През 2015 най-високи стойности на този показател отчитат РЗОК-Велико Търново (2 633), РЗОК-Плевен (2 554), РЗОК-Сливен (2 493) и РЗОК-Перник (2 492).

В 16 РЗОК броят на отчетените изследвания от пакет „Образна диагностика“ на 10 000 ЗОЛ е под средното за страната. С най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ са РЗОК Силистра (1 097), Разград (1 483) и Кърджали (1 485).

По пакет „Клинична микробиология“ средно за страната през 2015 г. са отчетени 743 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ. В 7 РЗОК броят на отчетените изследвания от пакет „Клинична микробиология“ на 10 000 ЗОЛ е над средния за страната. С най-високи стойности е показателят в РЗОК-София (1608), РЗОК-Сливен (1168) и РЗОК-Велико Търново (1021). В 21 РЗОК отчетеният брой изследвания е под средния за страната, като най-малко изследвания на 10 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК-Кърджали (121), София-област (224) и Перник (231).

През 2015 г. средно за страната са отчетени 1 733 броя високоспециализирани медико-диагностични изследвания (**ВСМДИ**) на 10 000 ЗОЛ. В 10 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната. С най-високи стойности е показателят в РЗОК-София (2 753), РЗОК-Пловдив (2 358) и РЗОК-Велико Търново (2 197). В 18 РЗОК отчетеният брой ВСМДИ на 10 000 ЗОЛ е под средното за страната. През 2015 г. най-ниски стойности на показателя отчитат РЗОК София-област (551), Кърджали (763) и Кюстендил (785) (Фигура 30).

Фигура 30. ВСМДИ на 10 000 ЗОЛ по РЗОК



Източник: НЗОК

Най-голяма обращаемост през 2015 г. се наблюдава при ВСМДИ - **изследвания на хормони**. В 7 РЗОК стойността на този показател е над средната за страната. С най-голям брой изследвания на хормони на 10 000 ЗОЛ са РЗОК-София (1 574), РЗОК-

Пловдив (1 058) и РЗОК-Велико Търново (919). В останалите 21 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната, като най-ниска е в РЗОК-София област (166), РЗОК-Кърджали (230), РЗОК-Пазарджик (251) и РЗОК-Кюстендил (270).

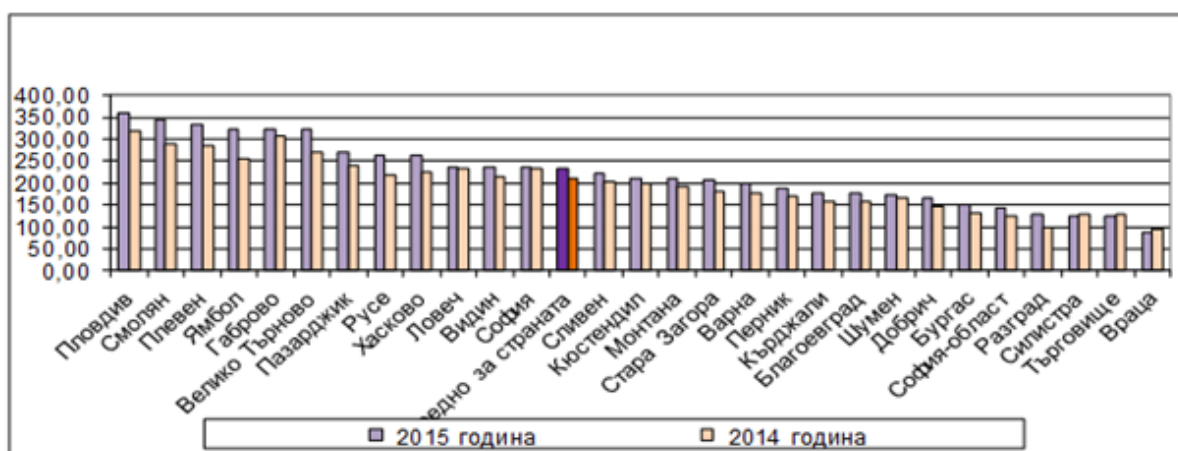
През 2015 г. средно за страната са отчетени 341 **ВСМДИ „Туморни маркери“** на 10 000 ЗОЛ. В 10 РЗОК стойността на този показател е над средната за страната, като най-високи са стойностите в РЗОК-София (529), РЗОК-Пловдив (503), РЗОК-Велико Търново (463) и РЗОК-Смолян (456). Най-малък брой изследвания за туморни маркери на 10 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК София-област (65), Силистра (133) и Кърджали (149).

Средно за страната от **ВСМДИ „КАТ“** са отчетени 54 броя на 10 000 ЗОЛ. В 10 РЗОК стойността на този показател е над средната за страната. Най-голям брой КАТ на 10 000 ЗОЛ отчитат РЗОК Плевен (115), Враца (107), Габрово (88) и Видин (86). В 18 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната. През 2015 г. най-малък брой КАТ на 10 000 ЗОЛ е отчетен в РЗОК-Велико Търново (приблизително 2), Разград (7), Шумен (25).

ВСМДИ „Ядрено-магнитен резонанс“ (ЯМР) от пакет „Образна диагностика“ през 2015 година отчитат 18 РЗОК. Средно за страната през 2015 г. са отчетени 38 броя ЯМР на 10 000 ЗОЛ. Най-високи стойности на показателя отчитат РЗОК София (91), Плевен (67), Русе (65) и Варна (59), а най-ниска РЗОК-Смолян (9), Велико Търново (11) и Шумен (12).

През 2015 г. средната стойност за страната на показателя **ВСМДИ „Мамография на двете млечни жлези на 10 000 ЗОЛ“** е 232 изследвания. 12 РЗОК отчитат значителен ръст над средната стойност на показателя „Мамография на двете млечни жлези на 10 000 ЗОЛ“, което може да се приема като положителна тенденция, поради факта, че изследването е включено в профилактика на жени от 50 до 69 години и по-голям брой ЗОЛ са се обърнали към ОПЛ за профилактични прегледи с оглед превенция на карцинома на млечната жлеза. Най-високи стойности на показателя отчитат РЗОК Пловдив (358), Смолян (343) и Плевен (334). В РЗОК със стойности на показателя под средната за страната през 2015 г. също се наблюдава ръст на броя на ВСМДИ „Мамография на двете млечни жлези“ на 10 000 ЗОЛ спрямо предходната година. Най-ниска е стойността на показателя в РЗОК Враца (85), Търговище и Силистра (125), Разград (128) (Фигура 31).

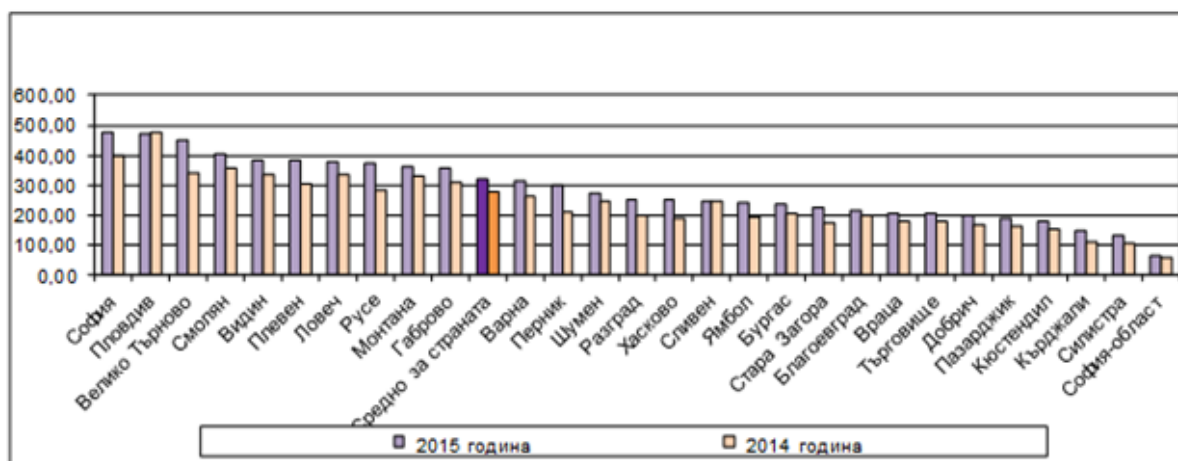
Фигура 31. ВСМДИ „Мамография на двете млечни жлези“ на 10 000 ЗОЛ по РЗОК



Източник: НЗОК

През 2015 г. средно за страната от **ВСМДИ „PSA“** са отчетени 320 броя на 10 000 ЗОЛ. Отчетените през 2015 г. ВСМДИ „PSA“ 239 051 броя са 94,03% от общия брой на отчетените ВСМДИ „Туморни маркери“ (239 051/254 227). Това е положителна тенденция, т.к. изследването е включено в програмата за профилактика от ОПЛ на мъже на и над 50 години с цел превенция на злокачествено новообразуване на простатата (Фигура 32).

Фигура 32. ВСМДИ „PSA“ на 10 000 ЗОЛ по РЗОК



Източник: НЗОК

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

За осъществяване на КДН на психични заболявания са сключени 9 договора: 5 с ЦПЗ и 4 с ЛЗ за болнична помощ с разкрити клиники (отделения) за психични заболявания в 8 РЗОК Благоевград, Варна, Добрич, Монтана, Русе, Силистра, София-град и София-област. През 2015 г. са отчетени 23 503 прегледа за КДН на 3 999 лица с психични заболявания. На едно диспансеризирано ЗОЛ с психични заболявания са отчетени средно по 5,9 прегледа. Най-голям брой прегледи се отчитат в РЗОК-Русе (10 738), РЗОК-София столична (6 210) и РЗОК-Добрич (3 098).

За осъществяване на КДН на лица с кожно-венерически заболявания са сключени 7 договора: 5 с ЦКВЗ и 2 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 със 7 изпълнители в РЗОК Благоевград, Бургас, Велико Търново, Враца, Габрово, Плевен и Сливен. През 2015 г. са отчетени 2 408 прегледа за КДН на 1 368 лица с кожно-венерически заболявания. На едно диспансеризирано ЗОЛ с кожно-венерически заболявания са отчетени средно по 1,8 прегледа. Най-голям брой прегледи през 2015г. са отчетени в РЗОК-Бургас (824), РЗОК-Велико Търново (613) и РЗОК-Враца (406).

• **Извънболнична дентална помощ**

Първична извънболнична дентална помощ (ПИДП)

Средната осигуреност с лекари по дентална медицина, оказващи ПИДП през 2015 година, е един лекар на 1 175 здравноосигурени лица. Спрямо предшестващата година представлява спад от 0,1% (за 2014 г. осигуреността е един лекар на 1 173). За двата разглеждани периода най-голяма осигуреност има в РЗОК Пловдив и РЗОК София – столична, като промените за двете РЗОК са съответно от един лекар на 809 ЗОЛ на един

на 806 и от един лекар на 815 ЗОЛ на един на 834 ЗОЛ. Най-голямо увеличение на осигуреността се наблюдава в РЗОК Шумен – 6,3%. РЗОК Търговище продължава да има най-малка осигуреност, като тя е намаляла с 2,7% (от един лекар на 2 055 ЗОЛ през 2014 г. на един лекар на 2 111 ЗОЛ през 2015 г.).

Делът на здравноосигурените лица, получили дентална помощ през 2015 г., е намалял незначително спрямо делът за 2014 г. от 24,9% на 24,8%. За тези периоди, той е най-висок в РЗОК Смолян и РЗОК Пловдив, като промените са съответно от 32,5% на 32,3% и от 31,7% на 31,1%. При РЗОК с най-малък дял на получена дентална помощ, РЗОК Силистра, се наблюдава също намаление от 18,6% на 18,4%.

Диференцирано по възрастови групи: При ЗОЛ над 18 г., получили дентална помощ през 2015 г., той е незначително увеличен спрямо делът през 2014 г. от 23,97% на 23,98%. Най-високите стойности за тези периоди се наблюдават в РЗОК Пловдив (30,68% и 30,42%) и РЗОК Смолян (30,39% и 30,37%), а най-малък в РЗОК Силистра (17,90% и 17,82%), където се наблюдава намаление на този показател. При ЗОЛ до 18 г. общо за страната делът е намалял от 29,7% на 29,1%, като намаление се наблюдава, както в РЗОК с най-високи стойности този показател - РЗОК Смолян (от 45,5% на 44,6%), така и в РЗОК с най-малък дял на търсене на дентална помощ - РЗОК Ямбол (от 22,3% на 21,0%).

През 2015 г. средно за страната са отчетени по 0,486 лечебни дейности в ПИДП на ЗОЛ, при 0,489 дейности за предходната година, т.е. приблизително всяко второ здравноосигурено лице е получило по една дейност. Средният брой отчетени дейности на ЗОЛ през 2015 г. е намалял с 0,6% спрямо 2014 г., като стойността на този показател се запазва при възрастовата група над 18г. (0,42), а при ЗОЛ до 18 години намалява (от 0,86 на 0,84).

Диференцирано по възрастови групи – в диапазона до 18 години стойността на този показател е два пъти по-висок, отколкото в диапазона над 18 години, което корелира с отношението на дейностите в пакетите за тези възрастови групи. По-конкретно, за тези периоди (2014 и 2015 г.), всяко ЗОЛ до 18 години е получило средно по 0,86 и 0,84, докато в другата възрастова група (над 18 години) този показател е 0,42 дейности на ЗОЛ.

От посетилите ПИДП през 2015 г. всяко ЗОЛ е получило средно по 1,959 лечебни дейности, което е незначително намаление с 0,2% спрямо предходната година (1,963).

Този показател, диференциран по възраст за ЗОЛ до 18 години, е 2,89 дейности, като бележи намаление с 0,5% спрямо 2014 г. (2,91 дейности), а при ЗОЛ над 18 години има увеличение с 0,1 % (от 1,73 на 1,74 дейности). Различията в отчетените дейности за възрастовите групи се дължат основно на нееднаквите обеми на пакетите дейности (две дейности за ЗОЛ над 18 години и четири дейности за ЗОЛ до 18 години).

Средният брой отчетени дейности от лекар по дентална медицина в ПИДП през 2015 година е 571, което е намаление с 0,4% спрямо 2014 г. (574 дейности). В РЗОК София-град лекарите по дентална медицина са отчетели най-малко дейности и през двете години 423 (2014) и 435 (2015), като за 2015 г. това е 23,9% под средната стойност за страната, което е в пряка връзка с броя на лекари по дентална медицина работещи на територията на РЗОК София-град. РЗОК София-град е на второ място по осигуреност с лекар по дентална медицина, оказващ ПИДП през 2015 г. – един лекар на 834 ЗОЛ.

• Специализирана извънболнична дентална помощ (СИДП)

През 2015 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 2014 г., е един лекар на 73 127 здравноосигурени лица, при 70 047 за 2014 г. Най-голяма осигуреност има в РЗОК Видин, където един лекар обслужва 17 003 ЗОЛ през 2015 г. и 17 408 ЗОЛ през 2014 година.

Средният брой отчетени дейности в СИДП е увеличен 11,4% през 2015 г. (26,56 дейности на 1000 ЗОЛ, спрямо 2014 г. 23,84 дейности на 1000 ЗОЛ).

В 64% от РЗОК (18) има сключени договори за оказване на СИДП по специалност "Детска дентална медицина". Осигуреността с лекари, работещи по този пакет през 2015 г., е един лекар на 13 941 ЗОЛ.

Средно отчетеният брой лечебни дейности по пакет "Детска извънболнична дентална помощ" за страната е 17,00 дейности на 1 000 ЗОЛ през 2015 г., което е увеличение със 7,2% спрямо 2014 г. (15,85).

В 46% от РЗОК (13) има сключени договори за работа по пакет дейности за ЗОЛ с психични заболявания под обща анестезия.

• **Болнична медицинска помощ**

През 2015 г. по данни на НЦОЗА през стационарите на болниците в страната (без ведомствените болници) са преминали 2 121 236 болни, което е с 21 742 по-малко от преминалите през 2014 г. (2 142 978). Общият брой на хоспитализираните случаи (изписани и умрели) в стационарите на лечебните заведения през 2015 г. е 2 302 891 и е по-нисък от този през 2014 г. (2 323 313) с 20 422 случая.

Честотата на хоспитализациите намалява незначително от 32.16 през 2014 г. до 32.08 хоспитализации на 100 души от населението през 2015 г. Преминалите болни през частните лечебни заведения се увеличават с 5.8% - от 551 738 през 2014 г. на 583 565 болни през 2015 г., в продължение на установената през последните години тенденция за насочване на потока пациенти към частните болници.

В лечебните заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация са преминали 126 471 болни, при 133 924 за предходната година, т.е. налице е спад с 5.6%.

През 2015 г. от всички хоспитализирани случаи, хоспитализациите в лечебните заведения на София-град са 557 913 (24.23% от всички случаи през годината), област Пловдив – 367 813 (15.47%), Варна – 123 216 (5.35%), Бургас – 126 063 (5.47%), Стара Загора – 93 713 (4.07%) и Пазарджик – 88 277 (3.83%). Общо тези 6 области са осигурили болнично лечение на 58.92% от болните.

Броят на проведените леглодни в болниците през 2015 г. намалява незначително - от 11 289 389 през 2014 г. на 10 974 259.

Средният престой на 1 болен намалява от 5.3 на 5.2 дни, като за легла за интензивно лечение – 2.9 дни; легла за активно лечение – 4.4 дни и легла за долекуване, продължително лечение – 21.6 и рехабилитация - 7.3 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен се запазва значително по-нисък - 3.7 дни.

Използваемостта на леглата през 2015 г. общо за сектора *остава ниска* – 248 дни (67%), което означава, че *1/3 или 33% от общият леглови фонд в страната не се използва*. Това формира на 16 000 свободни болнични легла, за поддръжката на които се разходват ресурси, без да са налице съответни здравни потребности.

Най-ниска е в частните болници – 218 дни. Използваемостта на леглата в многопрофилните болници за активно лечение е 256 дни, а в специализираните болници за активно лечение – 258 дни. (Приложения – Таблица 9)

Към 31.12.2015 г. 359 лечебни заведения, изпълнители на болнична помощ (ЛЗБП) са сключили договори с НЗОК, от които 340 са лечебни заведения за болнична медицинска помощ и лечебни заведения за СИМП, изпълняващи КП; 2 хосписа и 9 диализни центъра, в т.ч и 8 ЛЗ /ДКЦ и МЦ/, изпълняващи само ВСМД (Таблица 36).

Таблица 36. Брой изпълнители на болнична медицинска помощ по видове дейности

Година	Общ брой ЛЗ	ЛЗБП и КОЦ	ЛЗ за СИМП /ДКЦ, МЦ/	Хосписи	Диализни центрове
31.12.2014 г.	350	311	32	2	5
31.03.2015 г.	364	316	37	2	9
31.12.2015 г.	359	312	36	2	9

За периода 01.01-31.12.2015г. напълно са прекратени договорите с **5 ЛЗ** изпълняващи КП.

Таблица 37. Брой ЛЗБП, с които са сключени договори на територията на страната към 31.12.2015 г., разпределени за Северна и Южна България

Изпълнители на БМП в Северна България	2014		2015		Изпълнители на БМП в Южна България	2014		2015	
	2014	2015	2014	2015		2014	2015		
Варна	23	23			София град	77	80		
Плевен	15	15			Пловдив	42	44		
В. Търново	12	13			Бургас	22	22		
Враца	12	12			София област	14	13		
Русе	7	7			Ст. Загора	14	15		
Габрово	6	6			Пазарджик	14	14		
Добрич	5	6			Благоевград	14	14		
Шумен	5	5			Хасково	9	10		
Ловеч	5	5			Сливен	9	9		
Монтана	5	5			Кърджали	6	6		
Търговище	5	4			Кюстендил	6	6		
Видин	3	3			Смолян	6	7		
Разград	4	4			Ямбол	4	4		
Силистра	3	3			Перник	3	4		
Общо	110	111			общо	240	248		

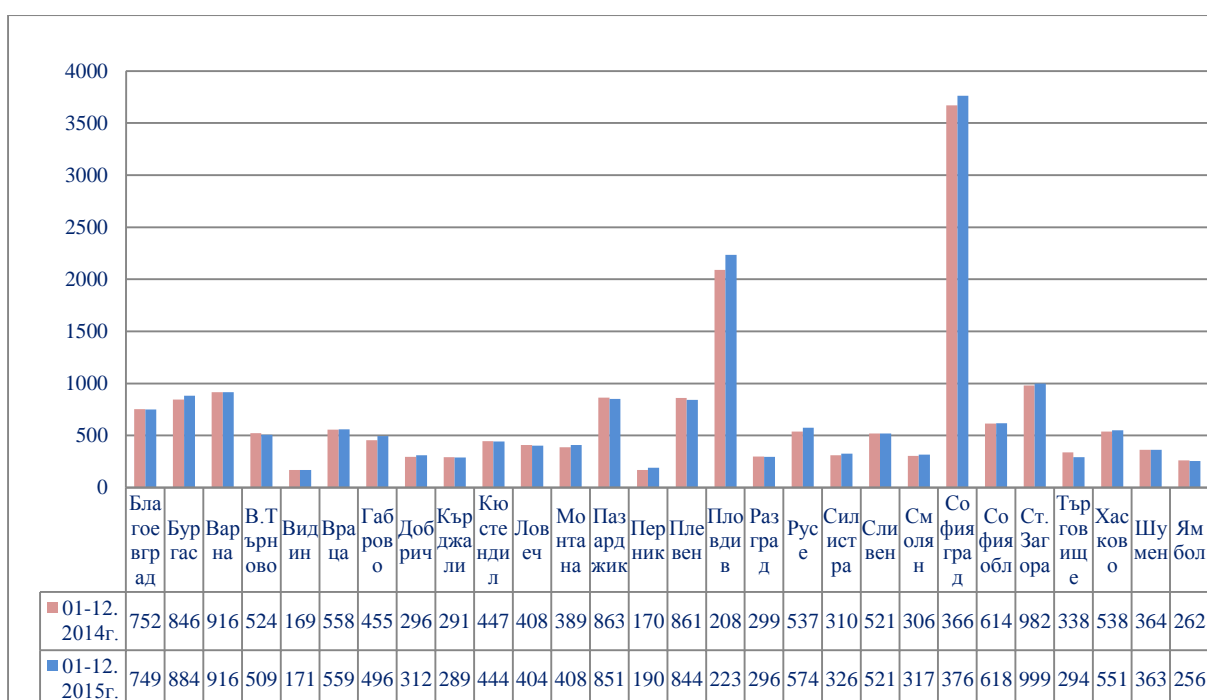
Таблица 38. Нови договорни партньори изпълнители на болнична медицинска помощ, сключили договор към 31.12.2015 г.

Нови договорни партньори - изпълнители на КП, КПр/ПР по НРД 2015 г.				
№	Име на РЗОК	РЗИ №	Име на изпълнител на болнична медицинска помощ	Договори за нови: КП/КПр
1	Велико Търново	0404391019	„Частен диализен център – ВТ“ ЕООД Велико Търново	КПр
2	Перник	1432212011	"СБАЛК- Св. Георги - Перник" ООД	КП
3	Пловдив	1626211048	МБАЛ Джимед ЕООД	КП/КПр
4	Пловдив	1622212050	СБАЛ Специал медик	КП
5	Пловдив	1622391051	Дъчмед диализа България - ДЦ ЕООД	КПр
6	Смолян	2109232012	"СБР-ОРФЕЙ" ЕООД гр.Девин	КП
7	СЗОК	2201212099	СБАЛПФЗ София град ЕООД	КП

8	СЗОК	2201212102	СБАЛОЗ Кристал ООД	КП
9	СЗОК	2203133505	МДЦ Кристал АД	КП
10	СЗОК	2203131519	МЦОЗ Фокус ЕООД	КП
11	СЗОК	2210134503	ДКЦ Св. Иван Рилски ЕООД	КП
12	СЗОК	2201391101	Диализен център Хемомед ЕООД	КПр
13	Стара Загора	2431391030	"Диализен център ВИА ДИАЛ" ООД	КПр
14	Хасково	2634131016	Очен медицински център - Хасково ООД	КП

Сключените договори по КП към 31 декември 2015 г. са 19 140 бр. или с 366 бр. КП повече спрямо 2014 г. Сключените договори по КП към същия период на 2014 г. са 18 774 бр.(Фигура 33).

Фигура 33. Брой сключени договори за изпълнение на КП към 31.12.2015г. спрямо същия период на 2014 г.



През 2015 г. 53,6% от РЗОК (15 на брой) са договорили повече КП, а 13 РЗОК - (46,4% от РЗОК в страната), са договорили по-малък брой КП. За сравнение през 2014 г. в 17 от РЗОК или 60,7%, са договорени повече на брой КП.

Таблица 2339. Топ 10 на Клинични пътеки с най-голям брой сключени договори през 2015 г.

КП №	74	184.1	166	27	169	167	162	164	181	52
Брой договори по КП	164	158	155	154	153	152	151	149	150	149

Таблица 24. Изпълнители на болнична медицинска помощ с най-голям брой договорени КП през 2015 г.

РЗОК	Изпълнител на болнична медицинска помощ	Брой сключени договори по КП
Пловдив	УМБАЛ "Св. Георги" ЕАД Пловдив	293
Плевен	УМБАЛ Д-р Г.Странски Плевен ЕАД	270

Стара Загора	МБАЛ Проф. Д-р Ст. Киркович АД	251
Варна	МБАЛ Св. Марина ЕАД Варна	249
СЗОК	МБАЛ Токуда болница София АД	247
СЗОК	Военномедицинска академия	241
Русе	МБАЛ Русе АД	239
Габрово	МБАЛ д-р Тота Венкова АД Габрово	222
Пловдив	МБАЛ Пловдив	220
Ловеч	"МБАЛ-Проф. Д-р Параскев Стоянов"-АД Ловеч	215
Шумен	МБАЛ Шумен АД	215
Хасково	МБАЛ Хасково АД	212
Добрич	МБАЛ Добрич	210
Враца	МБАЛ Христо Ботев АД Враца	208
Бургас	"МБАЛ - Бургас" АД	207

За изпълнение на клинични процедури/процедури (КПр/Пр) са сключени договори със 116 изпълнители на болнична медицинска помощ, което е с 11 бр. повече от предходната 2014 г. - Таблица 41.

Таблица 25. Сключени договори по КПр/Пр

Година	Общ брой КПр/Пр	КПр №1	КПр №2	КПр №3	КПр №4	КПр №5	КПр №6	КПр №7	КПр №8	Пр №9	Пр №10	Пр №13	Пр №14	КПр №15	КПр №17
2014	439	73	40	54	63	37	29	30	8	49	50	2	4	-	-
2015	497	77	43	56	66	37	36	35	7	56	57	3	4	9	11
Разлика	58	4	3	2	3	0	7	5	-1	7	7	1	0	9	11

Броят преминали ЗОЛ по КП в лечебните заведения, изпълнители на болнична помощ през 2015 г. е намалял с 1,8 % спрямо 2014 г., съответно от 1 273 892 ЗОЛ през 2014 г. на 1 250 830 ЗЗОЛ през 2015 г.

По отношение на *отчетените случаи* през 2015 г. спрямо 2014 г. на национално ниво се наблюдава тенденция за намаление броя на отчетените случаи, съответно 2 071 407 броя хоспитализации през 2014 г. и 2 038 452 броя хоспитализации през 2015 г. - намаление с **1,6 %** спрямо 2014 г.

Най-голям брой отчетени случаи по КП на национално ниво за 2015 г. се наблюдава за следните клинични пътеки:

- **КП № 244** „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“ от 112 107 броя през 2014 г. на 92 884 броя през 2015 г. - **намаление с 21 %** спрямо 2014 г.
- **КП № 52** „Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. клас без механична вентилация“ от 95 525 броя през 2014 г. на 91 982 броя през 2015 г. - **намаление с 3,9 %** спрямо 2014 г.
- **КП № 298** „Системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години с минимален болничен престой 2 дни“ от 74 857 броя през 2014 г. на 86 565 броя през 2015 г. - **увеличение с 13,5 %** спрямо 2014 г.
- **КП № 7** „Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми + Вертеброгенни дискови и дискартикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми“ от 90 126 броя през 2014 г. на 85 759 броя през 2015 г. - **намаление с 5,1 %** спрямо 2014 г.

- **КП № 241** „Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система“ – 55 568 случая за 2015 г. През 2014 г. по тази КП са отчетени 47 285 случая, което представлява **увеличение с 14,9 %** спрямо 2014 г.
- **КП № 102** „Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст“ от 58 677 броя през 2014 г. и 52 980 броя през 2015 г. При тази клинична пътека наблюдаваме **намаление от 10,8 %** спрямо данните за предходната 2014 г.
- **КП № 141** „Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение“ – съответно 53 408 броя през 2014 г. на 51 633 броя през 2015 г. - **намаление с 3,4 %** спрямо 2014 г.
- **КП № 1** „Исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза“ – съответно 50 094 броя през 2014 г. и 50 478 броя през 2015 г. - **увеличение с 0,8 %** спрямо 2014 г.

През 2015 г., спрямо 2014 г., се наблюдава *увеличение в броя на отчетените случаи по КПр* съответно 746 760 броя през 2014 г. и 756 950 броя през 2015 г. В сравнение с 2014 г. се запазва същото ниво на отчетените случаи по клинични процедури.

Най-голям брой отчетени клинични процедури за 2015 г. има по:

- **КПр № 1** "Хронична хемодиализа" – 521 742 броя, през 2014 г. са отчетени 501 816 процедури, което представлява **увеличение с 3,8 %** за 2015 г. спрямо 2014 г.
- **КПр № 06** "Диспансерно наблюдение при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" – 96 799 броя, през 2014 г. са отчетени 94 538, което представлява **увеличение с 2,3 %**
- **КПр № 05** "Системно лекарствено лечение при злокачествени заболявания" – 80 952 броя, през 2014 г. са отчетени 82 971, което представлява **намаление с 2,5 %**.
- **КПр № 03** "Перитонеална диализа без апарат" – 36 638 броя, през 2014 г. са отчетени 37 988, което представлява **намаление с 3,7 %**.
- **КПр № 2** "Перитонеална диализа с апарат" – 18 970 броя, през 2014 г. са отчетени 20 375, което представлява **намаление с 7,4 %**.
- **КПр № 04** "Диализно лечение при остри състояния" – 7 524 броя, през 2014 г. са отчетени 7 236 броя. В сравнение с 2014 г. се запазва същото ниво на отчетените случаи по тази клинична процедура.
- **КПр № 07** "Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия" – 1 849 броя, през 2014 г. са отчетени 1 836 броя. В сравнение с 2014 г. се запазва същото ниво на отчетените случаи по тази клинична процедура.

Общият брой процедури по хемодиализа (КПр № 1, КПр № 2, КПр № 3, КПр № 4), през 2014 г. е 567 415 броя, а през 2015 г. е 584 874, което представлява **увеличение от 3 %**.

Общият брой процедури за лечение и проследяване на пациенти с онкологични заболявания (КПр № 5, КПр № 6, КПр № 7), през 2014 г. е 179 345, а през 2015 г. е 179 600 броя. В сравнение с 2014 г. се запазва същото ниво на отчетените случаи по тези клинични процедури

Най-голям брой отчетени процедури за 2015 г. има по³³:

- **Процедура № 9** "Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене" – 98 881 броя, през 2014 г. са отчетени 82 533, което представлява **увеличение с 16,5%**.
- **Процедура № 10** "Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене" – 86 805 броя, през 2014 г. са

³³ Анализът е направен на базата на данни от програмата „Система за бизнес анализ на НЗОК“ за отчетените случаи и преминалите болни за 2015 г.

отчетени 94 697 процедури, което представлява **намаление с 9,1 %** за 2015 г. спрямо 2014 г.

- **Процедура № 13** "Позитронно-емисионна томография – компютърна томография (PET/CT)" – 4 591 броя, през 2014 г. са отчетени 4 000. В сравнение с 2014 г. се запазва същото ниво на отчетените случаи по тази процедура.
- **Процедура № 14** "Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография - SPECT/CT на хибриден скенер" – 3 488 броя, през 2014 г. са отчетени 3 308 случая, което представлява **увеличение с 5,2%**.
- **Процедура № 8** "Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане" – 688 броя за 2015 г. и 556 броя за 2014 г., което представлява **увеличение с 19,2%**.

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 2015 г., след извършване на предварителен контрол, от заплащане са отпаднали случаи на стойност **6 008 571 лв.** или с 884 532 лв. повече спрямо 2014 г. Сумите отпаднали на предварителен контрол за същия период на 2014 г. са 5 124 038 лв.

През 2015 г. с медицински и финансови проверки са обхванати над 98% от ЛЗБП, сключили договор с НЗОК.

Основните параметри, характеризиращи контролната дейност в ЛЗБП за периодите 01.01-31.12.2015 г., сравнени със същия период на 2014 г. са представени в Приложения – Таблица 10.

Към 31 декември 2015 г. в системата на НЗОК са извършени общо 4039 бр. медицински проверки и 3209 финансови проверки на изпълнители на болнична медицинска помощ във всички РЗОК. **Общият брой на проверките, при които са констатирани нарушения, е 809 бр.** или 25% от всички извършени финансови проверки. Като цяло през 2015 г. се наблюдава намаление на броя на проверки, **при които са установени нарушения** с 3% и увеличение на проверките, които завършват с констатации за неправомерно взети суми с над 1%.

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

- ЗОЛ се дехоспитализират с непроведено лечение на хронични придружаващи заболявания и непосредствено след това се хоспитализират по КП, по която се провежда това лечение.
- Осъществяват се няколко поредни хоспитализации при ЗОЛ с наличие на няколко хронични заболявания, например ХСН, захарен диабет, МБС, като се провежда лечение само на заболяването, което е основно за отчитаната КП;
- При лечение на ЗОЛ по терапевтична КП се установява заболяване, което инициира хирургично лечение. В този случай ЛЗБП неправомерно отчита двете КП.
- Всички констатации са описани подробно в докладите изготвени от експертите на НЗОК след приключване на проверките.

• **Спешна медицинска помощ**

Системата за спешна медицинска помощ в България е неразделна част от общата здравна система и следва да се разглежда като функционално обединение на дейности и структури във връзка с диагностиката и лечението на лица със спешни състояния, осъществявани в извънболнични и болнични условия.

Извършените през последните 25 години реформи в извънболничната и болнична помощ изцяло промениха структурата, организацията, управлението и начина на финансиране на здравната система. В резултат на това възникнаха редица проблеми и се нарушиха взаимовръзките между съществуващата система за спешна медицинска

помощ, финансирана и организирана от държавата и останалите структури на здравната система, явяващи се самостоятелни субекти с пазарна ориентация, в т.ч. частни, финансирани основно чрез системата на задължителното здравно осигуряване.

Извънболничната помощ не развива своя капацитет за осигуряване на непрекъснат достъп на пациентите до първична и специализирана помощ, особено в труднодостъпните и отдалечени места. Без достъп до системата за извънболнична и болнична помощ останаха голям брой неосигурени български граждани. За тях, както и за много други български граждани, системата за спешна помощ се оказва единствена възможност за своевременен достъп не само до спешна, но и до базова медицинска помощ.

Голяма част от лечебните заведения за болнична помощ не разполагат със структури за прием на спешни пациенти, както и капацитет за тяхното обслужване – малки общински и частни болници, специализирани лечебни заведения.

Съществуващите спешни отделения не са добре обезпечени кадрово, технологично и финансово. Наблюдават се негативни тенденции на подбор на хоспитализираните болни и липса на мотивация за прием на тежки случаи, които разходват значителни средства. Липсата на функционални връзки между отделните лечебни заведения и на адекватна нормативна уредба затруднява пътя на спешния пациент на съответните нива на обслужване и нарушава непрекъснатостта на медицинската помощ.

Неустойчивата държавна политика в системата за спешна помощ доведе до сериозен кадрови дефицит, влошаване на качеството на осъществяваната дейност и нарастващо обществено недоволство.

Направеният анализ на системата за спешна медицинска помощ показва големи дисбаланси в осигуреността и използваемостта както на извънболнично, така и на болнично ниво. Налице са значими различия в използването на екипите, наличните финансови ресурси и общите равнища на производителността. Макар че някои от причините за различията са обективно обусловени, тяхното равнище и мащабът им не предполага оптимално използване на ресурсите.

За удовлетворяване на обществените очаквания и опазване на здравето на българските граждани Министерство на здравеопазването предприе действия за въвеждане на интегриран модел за обслужване на спешни пациенти в равнопоставени структури за извънболнична и болнична помощ чрез укрепване на сега съществуващите центрове за спешна медицинска помощ и чрез функционално обособяване на специализирани спешни структури към определени болници, гарантиращи непрекъснатост и високо качество на спешната медицинска помощ.

Изграждането на модела за интегрирана система за спешна медицинска помощ се реализира в съответствие с Визията в приетата Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020 г.³⁴

През 2015 г. усилията на Министерство на здравеопазването са били насочени към създаване на необходимите условия за 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 чрез реализация на определените приоритети:

- Подобряване на структурата и материално-техническа обезпеченост на елементите на интегрираната система за спешна медицинска помощ.

³⁴ <http://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/koncepcii/koncepciya-za-razvitie-speshnata-medicinska-pomosht/>

- Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ.
- Осигуряване на ефективна организация, координация и управление на интегрираната система за спешна медицинска помощ.
- Гарантиране на финансовата устойчивост на интегрираната система за спешна медицинска помощ.
- Осигуряване на готовност на интегрираната система за спешна медицинска помощ за реакция при бедствия и развитие на европейската координация и трансгранично сътрудничество.
- Осигуряване на прозрачност и обществен консенсус, участие на гражданите и медицинските специалисти в процеса на развитие на системата за спешна медицинска помощ.

Като основен приоритет през 2015 г. Министерство на здравеопазването е определило опазването и развитието на човешките ресурси в системата чрез създаване на сигурност, благоприятни условия на труд, добро заплащане, обучение и ясни възможности за кариерно развитие.

В изпълнение на заложените в Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ поетапно увеличение на възнагражденията на персонала в ЦСМП до 100% до края на 2020 г., от 01.01.2015 г. възнагражденията на работещите бяха увеличени с 20%, като бе осигурена стартова основна заплата на начинаещ лекар в системата на спешната помощ от 1000 лв. За целта бяха осигурени допълнително 16 млн. лв. от държавния бюджет. В резултат на тази мярка към момента се наблюдава значително увеличение на новоназначените кадри в ЦСМП.

От 01.01.2015 г. бе осигурено и увеличение на средствата за финансиране на спешните отделения в болниците с 3 млн. лв. Едновременно с това Министерство на здравеопазването стартира комплекс от мерки за въвеждане на система за непрекъснато обучение и оценка на знанията и уменията на работещите в системата, в т.ч. обучение и интегриране в дейността на спешните екипи на парамедицински персонал.

През 2015 г. Министерство на здравеопазването приключи проект „Практически увод в лечението на спешните състояния“ (ПУЛСС), финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурс“ (2007-2013), по който бяха обучени 5 580 души от Центровете за спешна медицинска помощ – лекари, медицински персонал и шофьори и 442 души от Спешните приемни отделения на Многопрофилните болници в областните градове.

Министерство на здравеопазването търси и други механизми за повишаване на мотивацията на работещите в системата за спешна помощ, в т.ч. чрез облекчения за специализация на лекарите, започващи работа в ЦСМП, осигуряване на работно облекло, безплатна храна и тонизиращи напитки и др.

През 2015 г. Министерство на здравеопазването активно съдейства за разработването на Държавни образователни изисквания за обучение по професията „Парамедик“, които бяха утвърдени с наредба на министъра на образованието и науката. Едновременно с това бяха подкрепени 8 ЦСМП за стартиране на проекти за обучение на млади безработни хора за парамедици по програма "Активни“ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси 2014-2020“.

В началото на 2015 г. са доставени 56 нови санитарни автомобили за нуждите на спешна медицинска помощ в страната. Автомобилите са оборудвани със необходимата апаратура, в т.ч. и апарати за телемедицина, която вече е монтирана по места и персоналът е минал обучение за работа с нея.

През 2015 г. са финализирани и преговорите с Европейската комисия за включване на самостоятелна приоритетна ос за финансиране на инфраструктурен проект

за модернизацията на системата за спешна помощ по оперативна програма „Региони в растеж“ с бюджет от 163 млн. лв. С тези средства ще бъдат закупени 400 санитарни автомобили с пълно медицинско и комуникационно оборудване, ще бъдат напълно реновирани или изградени наново и оборудвани всичките 198 филиала на центровете за спешна медицинска помощ, както и ще бъдат изградени и напълно оборудвани 34 спешни отделения към болници, които ще отговарят на съвременните медицински стандарти за качествена спешна помощ.

Във връзка с подготовката на този проект през 2015 г. Министерство на здравеопазването е предприело действия за осигуряване на собствеността на филиалите на ЦСМП, проблем останал нерешен повече от 25 години, като със съдействието на областните и общинските администрации в повечето места бяха стартирани процедури за предоставяне на собственост или учредяване на дългосрочно право на ползване. Липсата на собственост върху помещенията, в които се намират филиалите, както и на активна политика в тази област са и причина за лошата материална база и битови условия, при които работят спешните екипи.

Един от основните проблеми в системата за спешна медицинска помощ е липсата на интеграция и ясен „път на движение“ на спешния пациент по различните нива на обслужване – от екипа на ЦСМП до най-високотехнологичното болнично звено, където да бъде оказана високоспециализирана спешна помощ, както и правила за диагностично-терапевтично поведение при пациенти със спешни състояния.

Работна група, назначена със заповед на министъра на здравеопазването, под ръководството на националния консултант по спешна медицина, разработи проект на нов стандарт за спешна медицинска помощ. След проведено широко обществено обсъждане проектът на медицински стандарт бе утвърден с Наредба № 12 от 30.12.2015 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Спешна медицина". Регламентира се за пръв път участието в спешните екипи на нов вид професионалисти в системата за спешна медицинска помощ – парамедици. За гарантиране на качеството на дейностите, свързани с оказване на спешна медицинска помощ, се въвежда система от протоколи за поведение и триаж, които да подлежат на периодична оценка и актуализация. Със стандарта се въвежда система за триаж на спешноболните и норми за време за изпълнение на спешните повиквания.

С приетите през 2015 г. промени в Закона за лечебните заведения Картата на спешната медицинска помощ е въведена като част от Националната здравна карта. Картата на спешната медицинска помощ включва центровете за спешна медицинска помощ с техните филиали и мобилни спешни екипи, разположени на определени точки, осигуряващи своевременен достъп на населението в обслужваната територия. Всички тези организационни мерки са насочени към скъсяване на времето за достъп до спешна помощ и подобряване на нейната своевременност и качество.

С цел обмен на опит и добри практики между България и Румъния бе подписано споразумение за сътрудничество в областта на спешната медицинска помощ, на базата на което вече са проведени две изключително ползотворни срещи между експерти в тази област от двете страни и са постигнати договорености за съвместни дейности и проекти.

През 2015 г. Министерство на здравеопазването финансира по Програма „Спешна медицинска помощ“ дейността на структурите за спешна медицинска помощ в страната – ЦСМП и спешните отделения в лечебните заведения за болнична помощ, в т.ч. осигуряване на спешна медицинска помощ на внезапно заболели и пострадали лица, както и такива, при които не може да се прецени състоянието чрез провеждане на необходимия обем спешни диагностични изследвания и специфични реанимационни дейности

През 2015 г. в рамките на програмата са осъществени дейности по диагностика и лечение на спешни състояния, като приетите повиквания са 789 570, а изпълнените повиквания от екипите на Центровете за спешна медицинска помощ са 769 638 или 97,5% от приетите повиквания. Изпълнението през 2015 г. показва увеличение на броя на повикванията спрямо 2014 г., когато са отчетени 759 689 приети и 737 452 изпълнени повиквания.

Извършените амбулаторни прегледи през 2015 г. са 385 211, което е значително по-малко от амбулаторните прегледи през 2014 г. – 558 193. Промяната се дължи в голяма степен на по-добрата информираност на пациентите за кои състояния следва да търсят спешна помощ.

Извършените реанимации през 2015 г. са 3 975, като при тях се наблюдава леко завишение спрямо техния брой през 2014 г. (3 765), което е във връзка с по-големия брой обслужени спешни повиквания.

Осъщественият транспорт за републикански консултанти през 2015 г. в брой е 644, което е по-малко от заложената целева стойност – 800 и по-малко с близо 7% от транспортите през 2014 г.

Осъществени специализиран транспорт за кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура са 2 481 броя – значително по-малко от целевата стойност 6 000, както и от изпълнението през 2014 г. – 3 458.

Осъществен транспорт за спешно болни с показания за транспорт от реанимационен екип от/между лечебни заведения за периода са 12 782 броя, като тук се включва транспорт от лечебни заведения за болнична помощ с по-ниско ниво на компетентност към такива с по-високо. Изпълнението показва леко увеличение спрямо това през 2014 г. – 12 168.

Осъщественият медицински въздушен транспорт за нуждите на спешна медицинска помощ за периода като брой е 13, като санитарна авиация е използвана най-вече при донорски ситуации.

Продължава тенденцията на увеличаване на осъществен транспорт на български граждани от чужбина поради факта, че много български граждани търсят възможност за работа и постоянно пребиване извън пределите на страната. При възникване на инциденти и необходимост от медицинско обслужване в страна, в която пребивават с нарушени здравноосигурителни права и без медицинска застраховка, към съответната държава се отправя искане за тяхното транспортиране и настаняване в подходящо лечебно заведение в България.

Системата за спешна медицинска помощ продължи да изпълнява значителна по обем дейност, свързана с дейности, които не попадат в обхвата на конкретната дейност по оказване на спешна медицинска помощ, като вземане на проби за алкохол, транспортиране на трупове и др. Обемът дейност в тези направления е 6 491, което е незначително по-малко от изпълнението през 2014 г. – 6 987. Необходимо е създаване на условия за поетапно отпадане на тези дейности от функциите на ЦСМП, предвид значителното разходване на ресурси за тяхното осигуряване за нуждите на други ведомства и организации.

Преминалите болни през спешните отделения през 2015 г. са 695 064, като се наблюдава известно намаление спрямо техния брой през 2014 г., когато са били 700 078. Извършените консултации от лечебни заведения за болнична помощ, които нямат разкрити спешни отделения по искане на екипите на ЦСМП са 35 336, като се наблюдава значително нарастване на броя им, предвид гарантираното чрез Методиката за субсидиране на лечебните заведения финансиране на единица дейност.

- **Психиатрична мрежа**

През 2015 г. финансирането на психиатричната помощ, в т.ч. амбулаторно проследяване и стационарно психиатрично лечение на болни с психични заболявания се осъществява изцяло от МЗ.

Дейността се осъществява в 3 вида лечебни заведения – 12 Държавни психиатрични болести (ДПБ), 12 Центрове за психично здраве (ЦПЗ) и 22 Многопрофилни болници за активно лечение с разкрити психиатрични клиники и отделения. Финансирането на държавните психиатрични болници като второстепенни разпоредители с държавни кредити се осъществява чрез бюджет, определен на исторически принцип, който не е пряко обвързан с обема на осъществяваната дейност, докато финансирането на дейностите, осъществявани от ЦПЗ и МБАЛ като търговски дружества се осъществява чрез субсидия, формирана на база отчетен обем дейност. Различният начин на финансиране, обусловен от различната юридическа форма води до известно диверсифициране на стационарната психиатрична помощ, осъществявана в различните видове лечебни заведения.

Общият брой на леглата в ДПБ, ЦПЗ и МБАЛ с психиатрични клиники и отделения е 4929. От тях 2383 (48.3%) са в държавните психиатрични болници, 1585 (32.2%) са в централните за психично здраве и 961 (19.5%) в психиатрични клиники и отделения към МБАЛ.

Общият брой преминали болни през психиатричните стационари през 2015 г. е 54 995, като от тях 43.1% са преминали в централните за психично здраве, 36.6% в многопрофилните болници за активно лечение и 20.3% в държавните психиатрични болници. Това съотношение се определя от краткосрочното и активно лечение, каквото се осъществява в централните за психично здраве и многопрофилните болници и по-дългия срок на лечение в държавните психиатрични болници, където провежда лечение на лица с психични разстройства с хронично протичане и лица, настанени за задължително лечение, което предполага и по-дълъг срок на лечение. Продължава тенденцията към пренасочване на потока пациенти от традиционните институционални звена като държавните психиатрични болници към структури в близост до общността – центрове за психично здраве и многопрофилни болници за активно лечение. Това може да се интерпретира като повишена интензивност на лечебния процес там, но е възможно да е резултат и от различния начин на финансиране на тези стационари (на преминал болен) което мотивира по-ранното изписване на болните.

- **Трансплантации**

През 2015 г. са извършени общо 79 органни трансплантации (39 за 2013 г.). От тях 51 бъбречни трансплантации – 13 от жив донор и 38 от трупен донор; 17 чернодробни трансплантации (една от тях е от жив донор и един черен дроб е трансплантиран в страна-членка на Евротрансплант); 8 сърдечни трансплантации (една е извършена в страна-членка на Евротрансплант). През 2015 г. е осъществен обмен на 3 бели дроба за трансплантации в Евротрансплант. Извършени са 147 бр. трансплантации на роговици; 77 автоложни трансплантации на хемопоетични стволови клетки; 10 алогенни трансплантации на хемопоетични стволови клетки. През 2015 г. са осъществени 42 трансплантации на кост, 101 на спонгиоза, 23 шпан, фасции - 1, сухожилие - 1, хрущял - 1, алографт-продукти - 19.

През 2015 г. от дейностите по асистирана репродукция са завършили с 1644 раждания на едно здраво дете (1446 за 2013 г.). Бременностите, завършили с раждане на близнаци са 291 – общо 582 деца, 3 раждания на повече от два плода.

- **Трансфузионна хематология**

Отчетените резултати през 2015 г. са аналогични в сравнение с предходните години. Общият брой кръводарявания за 2015 г. е 39 285. Фамилното кръводаряване има водещо място за подпомагане осигуряването с кръв и кръвни продукти на плановите операции в лечебните заведения в гр. София.

През 2015 г. се наблюдава слабо понижаване на процентния дял на тези кръводарявания в сравнение с този от предходната година. Процентът безвъзмездни кръводарявания от близки на болни от 2015 г. спрямо общия брой безвъзмездни кръводарявания е 78.29 %.

Наблюдава се леко намаляване на броя на редовните (платени кръводарявания). Средно редовните (платени) кръводарители даряват 2.8 пъти за година. С тези кръвни продукти се отговаря на повишените изисквания по отношение лечение го с кръв и кръвни съставки на съвременната неонатология, трансплантационна медицина и хематология.

През отчетната 2015 г. се забелязва леко увеличение в количеството преработена кръв и кръвни съставки в сравнение с 2014 г., което е в съответствие с увеличението на броя на кръводарителите.

През 2015 г. се задържа тенденцията от последните години за намаляване на технологичния брак, доказателство за прецизна работа.

Броят на всички изследвания на кръводарители и дарена кръв (виж табл.) за 2015 г. е намален в сравнение с изследванията през 2014 г. Броят на изследванията на пациенти за 2015 г. е увеличен в сравнение с този за 2014 г. (Приложения – Таблица 12 и Таблица 13) за сметка на изследванията за скрининг за антиеритроцитни антитела и изследванията за ин витро съвместимост.

- **Лечение на пациенти с опиева зависимост**

Програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти

Към края на 2015 г. в страната функционират 30 програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти с общ капацитет 4 269 лечебни места (4 632 през 2014 г.), от които 4 020 за лечение с Метадонхидрохлорид, 221 за лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол) и 28 места за лечение с Бупренорфинхидрохлорид.

Общо заетите места към дата 31.12.2015г. са 3 442 (спрямо 3 414 през 2014 г.).

Съществуващите програми са разположени на територията на 14 града и са три типа:

- Държавни програми – общ брой лечебни места – 510 за лечение с Метадонхидрохлорид.Лечението се осъществява в Държавната психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм (ДПБЛНА) гр. София, ЦПЗ - София област и Държавна психиатрична болница гр. Пазарджик.
- Общински програми– общ брой лечебни места – 820за лечение с Метадонхидрохлорид.Програмите се осъществяват в Центровете за психично здраве в градовете Велико Търново, Враца, Пловдив, Добрич,Русе и Варна.
- Програми без държавно и/или общинско участие с общ брой 2 939 лечебни места, от които 2 690 за лечение с Метадонхидрохлорид, 221 за лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол) и 28 за лечение с Бупренорфин Хидрохлорид. (Приложения – Таблица 11).

През 2015 г. се запазва тенденцията за намаляване на броя на разрешените места за лечение спрямо предходните години, като това важи и за трите лекарствени продукта – Метадон, Субститол и Бупренорфин. Като цяло намалението е с 8% спрямо 2014 г.

Общият брой на държавните и на общинските програми се запазва и през 2015 г., но капацитетът на разрешените места за този вид програми намалява от 1391 места през 2014 г. на 1330 г. през 2015 г. (намаление с 61 места или 4,4%). Броят на програмите без държавно и/или общинско участие също се запазва, докато общия брой на разрешените места намалява с 302 (9,3%) места спрямо 2014 г.

Психосоциална рехабилитация

През 2015 г. в България работят 11 програми за психосоциална рехабилитация на лица зависими към наркотични вещества в следните градове: София и област, Варна, Пловдив, Русе, Добрич и Велико Търново. Програмите са разкрити към лечебни заведения и към организации с нестопанска цел, регистрирани като доставчици на социални услуги.

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

Общият брой на доставчици на социални услуги през 2015 г. са 6: Капацитетът на програмите за психосоциална рехабилитация през 2015 г. е 185 места, а общият брой преминали клиенти/пациенти е 379. Общият брой пациенти/клиенти, успешно завършили програмите е 205 човека, което прави 54% от преминалите лица (Приложения – Фигура 5).

Психосоциалните интервенции се предоставят също така на родителите и близките на зависимите от наркотични вещества. През изминалата 2015 г. рехабилитационните програми са работили общо с 498 родители и близки на пациентите/клиентите.

• Дейности по контрол на качеството и ефективността на медицинската помощ и безопасността на пациента

Резултатите от контролната дейност на Изпълнителната агенция „Медицински одит“ за 6-годишен период 2010-2015 г., свързана с качеството и безопасността на медицинското обслужване, показват, че основните причини, довели до нежелани сериозни събития по време на диагностично-лечебния процес, се отнасят до слабости в организацията и мениджмънта, т.е. допускат се системни грешки.

През 2015 г в ИАМО са постъпили 689 жалби и сигнали от физически и юридически лица. Най-честите проблеми са свързани с неудовлетвореност от качеството на оказаната медицинска помощ (60% от всички получени сигнали); нарушени права на пациентите / затруднен достъп до медицинска помощ – 12%; организационни нарушения; нерегламентирани плащания (6%); морално-етични проблеми (7%).

Изпълнителна агенция „Медицински одит“ е извършила през 2015 г. общо 517 проверки на 316 лечебни заведения, от които 173 за болнична помощ и 143 за извънболнична помощ.

Най-често констатирани нарушения през 2015 г.:

- пропуски в организацията и управлението на лечебния процес – 32%. Тези нарушения се отнасят до: липса на вътрешни алгоритми (правила) за поведение или неспазване на такива алгоритми, непълнота на медицинската документация, липса на или не добра комуникация между различните звена в лечебното заведение, липса на ценоразпис или такъв не е поставен на достъпно място, неосигуряване на 24-часово изпълнение на лечебната дейност и др.

- неизпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти – 29%, в частта: структура на лечебното заведение; брой и квалификация на медицинските специалисти и оборудване и апаратура и др. ;
- неспазване на принципа на своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ – 19%;
- неспазване правата на пациентите по отношение на получаване на необходимата информация и съгласие, касаеща тяхното лечение – 3%
- други нарушения.

Представената структура на нарушенията не показва съществени различия от самото създаване на ИАМО през 2010 г. До голяма степен те са свързани с пропуски в организацията на дейностите в лечебните заведения, т.е. те са предотвратими.

5.7. Лекарствена политика

Основните насоки на лекарствената политика на Министерство на здравеопазването през 2015 г. бяха насочени към повишаване на ефективността на лекарственото лечение с цел подобряване качеството на живот на пациентите и намаляване на разходите за лечение и въвеждане на механизми за прозрачност и конкурентност при заплащане на лекарствени продукти и медицински изделия от НЗОК и МЗ.

За реализацията на тези цели бе разработен пакет нормативни документи в областта на лекарствената политика и медицинските изделия и наркотични вещества:

На 17.11.2015 г. е публикуван на интернет страницата на Министерството на здравеопазването проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за лекарствени продукти в хуманната медицина, като същият е в процес на публично обсъждане. С проекта на Закон за изменение и допълнение на Закона за лекарствени продукти в хуманната медицина се предлагат промени в следните основни насоки:

- създаване на Национална аптечна карта и на предпоставки за подобряване на достъпа на гражданите до аптеки за осигуряване на лекарствени продукти;
- регламентиране на мерки за наблюдение на лекарствени продукти и за ограничаване на износа им при необходимост (паралелен износ);
- оптимизиране на дейността по провеждане на клинични изпитвания и създаване на условия за прилагане на Регламент (ЕС) № 536/2014 на Европейския парламент и на Съвета относно клиничните изпитвания на лекарствени продукти за хуманна употреба, и за отмяна на Директива 2001/20/ЕО (ОВ L 158/2014) (Регламент (ЕС) № 536/2014);
- създаване на възможност за прилагане на лекарствени продукти за показания извън одобрените такива.

На 12.11.2015 г. е публикуван на интернет страницата на Министерството на здравеопазването проект на стратегия за развитие на клиничните изпитвания и неинтервенционалните проучвания в България, чиято цел е да бъдат подобрени условията за провеждане на клинични проучвания. Като резултат от приемането на същата се очаква подобряване на здравеопазването, осигуряване на голям брой високо платени работни места, допълнителни приходи за данъци и такси, намаляване разходите на НЗОК и създаване на положителна репутация за България.

Изготвено бе Постановление на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствени продукти (обн., ДВ, бр. 92 от 27.11.2015 г., допълнено с бр. 3 от 12.01.2016

г., в сила от 1.12.2015 г.). Изменението на наредбата е изготвено в резултат на промяната на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ), обн. ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г. С посочената промяна се доразвива действащата уредба в областта на ценообразуването и реимбурсирането на лекарствените продукти, от една страна с въвеждането на допълнителна процедура по преоценка на включени вече в Позитивния лекарствен списък (ПЛС) продукти, а от друга чрез въвеждане на изисквания, свързани с предоставянето на договорите, сключени между НЗОК и притежателите на разрешение за употреба за договорени отстъпки

С изготвената Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 28 от 9.12.2008 г. за устройството, реда и организацията на работата на аптеките и номенклатурата на лекарствените продукти (обн., ДВ, бр. 81 от 20.10.2015г.) се цели повишаване качеството на лечението на българските граждани и рационалната лекарствена употреба, което ще доведе до оптимизиране на публичните разходи

Предложените изменения и допълнения в Закона за изменение и допълнение на Закона за медицинските изделия обн. (ДВ, бр. 14 от 20.02.2015 г., изм. и доп., бр. 38 от 26.05.2015 г., в сила от 26.05.2015 г.) целят осигуряване на прилагането на Регламент за изпълнение /ЕС/ №920/2013 на Комисията за определяне и наблюдение на нотифицираните органи съгласно Директива 90/385/ЕИО на Съвета относно активните имплантируеми медицински изделия и Директива 93/42/ЕИО на Съвета относно медицинските изделия от 24 септември 2013 г. (ОВ, L 253, 25/09/2013) и прехвърляне на дейността по оценяване, определяне, нотифициране и наблюдение на нотифицираните органи за медицинските изделия от Държавната агенция за метрологичен и технически надзор към Изпълнителната агенция по лекарствата /ИАЛ/.

Постановление за изменение и допълнение на Тарифата за таксите, които се събират по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, приета с Постановление № 296 на Министерския съвет от 2007г., публикувано на интернет страницата на Министерството на здравеопазването на 19.11.2015г. и обн., ДВ, бр. 9 от 02.02.2016г. С приетото постановление се изпълнява законовото изискване за въвеждане на такси за всички нормативно определени административни услуги, предоставяни от административните органи по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. В резултат от прилагането на Тарифата за таксите, които се събират по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина се очаква обезпечаване на дейностите по извършването на административната услуга и подобряване на приходната част на бюджета на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти.

С Наредба № 9 от 1.12.2015 г. за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии – издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 97 от 11.12.2015г., се определят параметрите, по които ще се оценяват здравните технологии, както и критериите за оценка. Оценката на здравните технологии ще се извършва от Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), който се подпомага от комисия за оценка на здравните технологии, консултативен орган към директора на НЦОЗА. Съставът на Комисията се определя със заповед на министъра на здравеопазването, на квотен принцип, по предложение на институциите, представени в състава на комисията – МЗ, НЗОК, НСЦРЛП, ИАЛ, НЦОЗА. В наредбата са разписани правилата за провеждане на заседания на Комисията, приемане на проект на доклад от работните комисии и утвърждаване на приетия доклад от директора на НЦОЗА. Също така ясно са разписани основните критерии за оценка на здравните технологии, които включват множество показатели за ефикасност, ефективност, фармакоикономически, бюджетно въздействие и др. С тази наредба и въвеждането на реда и условията за оценка на здравните технологии се цели обективен научен анализ на фармакоикономическото въздействие при прилагането на дадена здравна технология, алтернативата, която ще

бъде заместена от въвеждането ѝ, както и оценка на влиянието върху публичните разходи при прилагането на тази технология. Това ще позволи на регулаторните органи да вземат информирани решения относно включването на даден лекарствен продукт в Позитивния лекарствен списък, както и при определяне на реимбурсната му цена. Очакваните резултати от прилагането на новата нормативна уредба са повишаване качеството на лечението на българските граждани и рационалната лекарствена употреба, което ще доведе до оптимизиране на публичните разходи.

Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 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 2015г. има две изменения на Наредба № 10:

- първото изменение на наредбата има за цел да уреди още един начин на предоставяне на отстъпки за лекарствени продукти за домашно лечение, заплащани напълно от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Регламентира се възможност и за пряко възстановяване на НЗОК от притежателя на разрешение за употреба/негов упълномощен представител на договорената част от извършените от НЗОК разходи за заплащането на съответните лекарствени продукти. Този начин на предоставяне на отстъпка ще е приложим за лекарствени продукти с едно и също международно непатентно наименование (INN) и с един и същ притежател на разрешение за употреба, при наличие на договор между НЗОК и притежателя на разрешението за употреба/ негов упълномощен представител за това – обн., ДВ, бр. 30 от 24.04.2015г.;
- второто изменение на Наредба № 10 от 2009 г. е изготвен по предложение на Надзорния съвет на НЗОК в изпълнение на чл. 45, ал. 9, във връзка с ал. 10, 11, 13 и 19 с цел да бъдат адаптирани в Наредба № 10 промените в Закона за здравето осигуряване (обн., ДВ, бр. 48 от 2015 г.), които се отнасят до нейния предмет на регулация, както и да бъдат уредени в наредбата условията, редът и критериите за провеждане на въведеното със закона задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствените продукти, в това число и за онкологични заболявания в болничната помощ, за които стойността, заплащана от НЗОК, се изчислява чрез групиране, в което не участват лекарствени продукти на други притежатели на разрешение за употреба, както и за тези с ново международно непатентно наименование, включени или за които е подадено заявление за включване в Позитивния лекарствен списък по чл. 262, ал. 6, т. 1 и 2 от ЗЛПХМ и за лекарствени продукти за здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето – обн., ДВ, бр. 62 от 14.08.2015 г., в сила от 14.08.2015 г.

Изготвен е и проект за изменение и допълнение на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП), на етап внасяне на заседание на Министерски съвет. Проектът е изготвен във връзка с изпълнението на Решение № 808/08.10.2012 г. на Министерския съвет за приемане на План за намаляване на регулаторната тежест за бизнеса, с цел оптимизиране на регулаторните режими в областта на наркотичните вещества. Целта на законопроекта е опростяване и рационализиране на административните процедури в съответствие с мерките, предвидени в Стратегията за развитие на държавната администрация (2014 – 2020 г.). Очакваните резултати от прилагането на законопроекта са намаление на административната тежест, опростяване на административните процедури, съкращаване на времето и разходите за работа на администрацията и създаване на предпоставки за поэтапно въвеждане на комплексно административно обслужване.

С ПМС № 325 от 30.11.2015 г. е приета Тарифата за таксите, които се събират по ЗКНВП. Съгласно нормата на чл. 9, ал. 3 от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП), размерът на таксите и начинът на плащането им се определят в тарифа, приета от Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването, министъра на земеделието и храните и министъра на икономиката.

Тарифата за таксите, които се събират по ЗКНВП е в съответствие с приетата с Постановление № 1 от 05.01.2012г. на Министерския съвет, *Методика за определяне на разходоориентиран размер на таксите по чл. 7а от Закона за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност и разходването им*. Целта е размерът на таксите да бъде съобразен с действително разходваните от администрацията средства за осъществяване на контролната дейност, основани на принципите на пропорционалност и възстановяване на разходите.

С ПМС № 246 от 07.09.2015 г. е прието изменение и допълнение на Наредбата за реда за класифициране на растенията и веществата като наркотични. Поставят се под контрол на нови вещества в Списък I и Списък III на Наредбата за реда за класифициране на растенията и веществата като наркотични. Очакваният резултат от промяната е да се ограничи рискът от злоупотреба с веществата, предотвратяване на трафика и разпространението им.

Като резултат от дейността на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти през 2015 г. (НСЦРЛП) са постигнати следните значими резултати:

1. Нови INN, включени в Позитивния лекарствен списък (ПЛС)

През периода 01.01.2015-31.12.2015 г. в ПЛС са включени 53 нови лекарствени продукта с 37 нови международни непатентни наименования (INN).

2. Изключени лекарствени продукти от ПЛС

През 2015 г. са изключени 223 бр. лекарствени продукти от ПЛС по желание на заявителите и поради загубване на терапевтичната необходимост (напр. Алфа-липоева киселина).

3. Намалени цени на лекарствени продукти

За периода от 01.01.2015 до 31.12.2015г. са влезли в сила решения за намаляване на 936 бр. цени на лекарствени продукти.

4. 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 на лекарствените продукти в резултат на: включване/изключване на лекарствени продукти; промени в цените на лекарствените продукти.

Анализът на настъпилите промени в референтните стойности в групите на отделните международни непатентни наименования показва спестяване на публични средства. При определянето на размера им са отразени както намаленията, така и увеличенията на референтната стойност в групите лекарствени продукти през периода. В посочената обща стойност на спестените публични средства не е отразено влиянието на намалението/увеличението на референтната стойност върху стойността на доставени в лечебните заведения лекарствени продукти за отчетния период.

В резултат на дейността си, Националният съвет е реализирал спестявания на публични средства, както следва:

- Лекарствените продукти, включени в Приложение № 1 на ПЛС:

Намалена е референтната стойност на 43 INN, от които 35 с ниво на реимбурсиране 100 % и 8 с ниво 75 %) за 11 месеца на 2015 г. Намалението на

референтната стойност е в границите от 0,11 % до 87,28 %. Общият размер на спестените публични средства за периода е **5 558 537 лв.**

- Лекарствените продукти, заплащани от НЗОК, извън стойността на клиничната пътека (Наредба № 40), включени в Приложение № 2 на ПЛС.

В резултат на намаляване на референтната стойност на 21 INN от общо 93 INN за онкологичните лекарствени продукти за болнична употреба, които се заплащат от НЗОК извън стойността на клиничната пътека за периода от 01.01.2015 г. до 30.11.2015 г. е спестен публичен ресурс в размер на 3 065 466 лв. Разходите за лекарствени продукти, включени в тези 21 INN са 35,73 % от общите разходи на НЗОК.

- Лекарствени продукти, включени в Приложение № 3 на ПЛС:

За 12-месечния период в резултат намалението цените на 6 лекарствени продукта се е понижила референтната стойност (от 0,2 % до 49 %) на 5 INN от общо 21 INN. Спестените публични средства са определени само за лекарствените продукти, заплатени на по-ниската стойност. Сумата възлиза на **188 803 лева.**

5. Таргетна терапия в онкологията, включени МКБ кодове в Приложение 2 на ПЛС.

В Приложение 2 на ПЛС „Лекарствени продукти, заплащани от бюджета на лечебните заведения по чл. 5 от Закона за лечебните заведения и от бюджета на лечебните заведения с държавно и/или общинско участие по чл. 9 и 10 от Закона за лечебните заведения“ са въведени МКБ кодове на 69 бр. лекарствени продукти за противотуморна таргетна терапия, които са с най-висок разход на публични средства.

6. Поддържане на реимбурсен статус на лекарствените продукти в ПЛС

Във връзка с влизането в сила от 1 декември 2015 г. на измененията и допълненията на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти (ДВ, бр. 92 от 27.11.2015 г.), се въвежда изискването Международното непатентно наименование (INN), към което принадлежи лекарственият продукт/комбинацията (при комбинирани лекарствени продукти) да се заплаща от обществен здравноосигурителен фонд при същите заболявания или индикации поне в пет от седемнадесет държави, да се замени с изискването Международното непатентно наименование, към което принадлежи лекарственият продукт/комбинацията (при комбинирани лекарствени продукти) да е включено във фармако-терапевтичното ръководство и медицинския консенсус за лечение на съответното заболяване в процедурата по поддържане на реимбурсния статус. Въведената разпоредба гарантира, че при поддържане на реимбурсния статус на лекарствените продукти в ПЛС ще се заплащат с публични средства само такива продукти, които имат утвърдено място в терапевтичните алгоритми и не са загубили терапевтична стойност за изтеклия тригодишен период.

7. Утвърдени Фармако-терапевтични ръководства

НСЦРЛП утвърждава фармако-терапевтични ръководства и алгоритми за лечение с лекарствени продукти на основание чл. 259 от ЗЛПХМ. На проведени заседания на НСЦРЛП са утвърдени и приети следните Фармако-терапевтични ръководства, които са публикувани на интернет страницата на Съвета: Фармако-терапевтично ръководство по нефрология и диализа, Фармако-терапевтично ръководство по гастроентерологични заболявания, Фармако-терапевтично ръководство по очни болести, Фармако-терапевтично ръководство за лечение на неврологичните заболявания, Фармако-терапевтично ръководство по детска клинична хематология и онкология, Фармако-терапевтично ръководство по медицинска онкология.

Осигуряване на лекарствени продукти на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване

През 2015 г. е гарантирано своевременното осигуряване на населението, съобразно здравните потребности с лекарствени продукти и медицински изделия, отговарящи на международните стандарти за качество, ефективност и безопасност при употреба, съобразно законодателството и нормативната уредба. Провеждана е рационална лекарствена терапия, основана на добри клинични практики.

Един от ангажиментите на Министерство на здравеопазването през 2015 г. е осигуряването на лекарствени продукти за лечение на пациенти със СПИН, туберкулоза, психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост и радиофармацевтици по реда на Наредба № 34/2005г.

В резултат на успешно приключилите процедури по реда на ЗОП, през 2015г. са сключени 11 броя договори за централни доставки на 39 лекарствени продукти и 2 бр. договори за 32 медицински изделия. Извършено е разпределяне и контрол върху централните доставки на лекарствени продукти и медицински изделия за лечебните заведения, крайни получатели по реда на Наредба № 34/2005г., като са изготвени 171 заявки-разпределения за лекарствени продукти и медицински изделия.

Утвърден е и публикуван на интернет страницата на МЗ Списък по чл. 266а, ал. 2 от ЗЛПХМ, с включени 23 лекарствени продукти.

По реда на Наредба № 34/25.11.2005г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване /обн. ДВ, бр. 95 от 29.11.2005 г./ Министерство на здравеопазването осигурява лекарствени продукти за лечение на СПИН; туберкулоза; психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост. По реда на цитираната Наредба са осигурени и необходимите за лечение и диагностика радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори.

1. Лекарствена терапия на пациенти със СПИН

През 2015г. Министерство на здравеопазването е осигурило лечение на 824 ХИВ положителни пациенти със СПИН Антиретровирусната терапия включва 22 лекарствени продукти, от Приложение 3 на Позитивния лекарствен списък. Лекарствените продукти са осигурили напълно терапевтичните режими както от първа линия, така и от втора линия при резистентни пациенти.

2. Лекарствена терапия на пациенти, страдащи от туберкулоза

През 2015г. Министерство на здравеопазването е осигурило лечение на 2 699 пациенти с туберкулоза. Терапията за туберкулоза се провежда с 4 лекарствени продукти, от Приложение 3 на Позитивния лекарствен списък, представляващи основни туберкулостатици, участващи в базисни терапевтични режими.

3. Лекарствена терапия на пациенти с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост

По реда на Наредба № 34/25.11.2005г. Министерство на здравеопазването е осигурило лекарствения продукт Methadone за лечение на 2 620 пациенти с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди.

4. Осигуряване на радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори.

През 2015г. Министерство на здравеопазването е осигурило 12 вида радиоактивни лекарствени продукти и 32 вида радиофармацевтика, предназначени за терапия и диагностика на онкологични, хематологични, ендокринологични и др. заболявания.

В резултат на активната дейност на Изпълнителна агенция по лекарствата през 2015 г. са издадени 809 разрешения за употреба на лекарствени продукти. Извършени са 9549 промени в разрешенията за употреба. Издадени са 290 разрешения за реклама на

лекарствени продукти. Извършени са 535 анализи за контрол на качеството. Извършени са планови инспекции на лечебни заведения по ЗККК – 64 броя и 654 проверки по ЗЛПХМ. Издадени 378 сертификати за фармацевтичен продукт; 76 разрешения за търговия на едро с медицински изделия; 17 регистрации на медицински изделия. Издадени 2 разрешения за провеждане на клинични изпитвания с медицински изделия. Извършени 24 проверки относно съхранението, търговията на едро, клиничните изпитвания и безопасността на медицинските изделия.

Дейности по намаляване на търсенето на наркотични вещества за 2015 г.

Оперативната цел е предотвратяване възникването на заболявания, свързани с употребата на наркотични вещества. Ползите за обществото от политиката по намаляване търсенето на наркотици са: ограничаване въвличането на нови хора в злоупотребата с наркотични вещества; намаляване на злоупотребата с наркотичните вещества и лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества, използвани за медицински цели; развитие на система за лечение и психосоциална рехабилитация на лица, зависими от наркотични вещества.

И през 2015 г. е осъществен контрол по спазване изискванията на регулаторните режими, въведени от ЗКНВП. Изготвени са лицензии, разрешения и разрешителни по реда на същия закон.

Изпълнение на Национална стратегия за борба с наркотиците (2014-2018 г.) План за действие към нея и Финансов план, като част от бюджетна програма 4 "Намаляване търсенето на наркотични вещества", приета с Решение № 526/18.07.2014 г. на Министерския съвет.

Изпълнението на стратегическите задачи от Плана за действие към Националната стратегия за борба с наркотиците (2014-2018г.), в областта на намаляване търсенето на наркотици, ангажимент на МЗ се финансира със средства от бюджета на МЗ по Програма за изпълнение на Плана за действие на Националната стратегия за борба с наркотиците (2014-2018г.). За 2015г. са отпуснати 160 000 лв.

През 2015 г. е организирана и проведена Девета национална конференция по проблемите на превенцията на употребата и злоупотребата с наркотични вещества с екипите на 27 Общински съвети по наркотични вещества (ОбСНВ) и Превантивните информационни центрове (ПИЦ) към тях. За изпълнение на стратегическа задача 18. 1. „Провеждане на националната политика на местно ниво ОбСНВ и ПИЦ“ от Плана за действие към Стратегията със средства от бюджета на МЗ по Програма за изпълнение на Плана за действие на Националната стратегия за борба с наркотиците е финансирано разработването и осъществяването на 53 програми на ПИЦ за превенция на употребата на наркотици. Проблемите са свързани с недостатъчно финансиране, което води до частично изпълнение на заложените задачи за 2015 г.

Изпълнителна агенция по лекарствата поддържа национален интернет портал за лекарствени продукти, който е свързан с европейския интернет портал за лекарствени продукти. През годините се наблюдава категорична тенденция към нарастване на съобщителната активност на гражданите и съответно повишаване на съобщените случаи с подозирани нежелани лекарствени реакции - от 27 съобщения през 2013 г. до 121 съобщения през 2015 г.

През 2015 г. от ИАЛ са изнесени общо 5 лекции, свързани с проследяване на лекарствената безопасност пред студенти от фармацевтичен факултет, представители на индустрията, представители на участниците в програмата за профилактика на рака на маточната шийка. Изнесени са две лекции, свързани с националната стратегия за клинични изпитвания пред обществеността, медиите и партньорите от индустрията.

През 2015 г. в рамките на Двугодишното споразумение за сътрудничество между Министерство на здравеопазването на Република България и Регионалния офис за Европа на Световната здравна организация, Изпълнителната агенция по лекарствата организира семинар на тема „Рационална употреба на лекарства“.

През 2015 г. ИАЛ успешно приключи проект „Въвеждане на комплексно електронно управление на административните и информационните услуги по разрешаването за употреба на лекарствени продукти в Република България“, финансиран от Оперативна програма „Административен капацитет“ на стойност 378 451,42 лв. Общата цел на проекта е повишаване на капацитета на ИАЛ за качествено обслужване на гражданите и бизнеса чрез надграждане на съществуваща информационна система в администрацията. Това е постигнато с въвеждането на седем онлайн административни услуги при разрешаване за употреба на лекарствени продукти, при което достъпът до административно обслужване става по електронен път. В рамките на проекта беше разработен и внедрен и Регистър на разрешените за употреба лекарствени продукти, с което се подобри информираността на гражданите по отношение на лекарствените продукти, разрешени за употреба в Р България.

През 2015 г. ИАЛ се включи в проект на Българската асоциация за клинични проучвания за разработване на Национална стратегия за развитие на клиничните изпитвания в България. Стратегията има за цел очертаване на политиките и приоритетите, на основата на които да се предприемат конкретни действия, водещи до подобряване на средата и условията за инициране и провеждане на клинични изпитвания в България. В рамките на проекта е стартирано и съвместното с Националната пациентска организация разработване на български информационен портал за провежданите на територията на страната клинични изпитвания. Целта на този проект е създаване на електронно пространство в интернет, което да осигурява на пациентите и техните роднини лесно достъпна и разбираема информация, както и специализирана информация на медицинските специалисти-изследователи по отношение на провежданите в България клинични изпитвания.

ИАЛ участва в Проект SCOPE (Strengthening Collaborations for Operating Pharmacovigilance in Europe – „Подпомагане на взаимодействието при проследяване на лекарствената безопасност в Европа“), който е финансиран от Consumers, Health and Food Executive Agency (Изпълнителна агенция Потребители, Здраве, Храни) към Европейската комисия и цели да подпомогне националните компетентни органи в имплементирането на новото законодателство в сферата на лекарствената безопасност. SCOPE цели използването на последователен подход от страните членки в европейската мрежа при проследяването на лекарствената безопасност и комуникацията, което ще доведе до по пълноценно опазване на общественото здраве. Република България е активна страна по Работен пакет 7 с фокус върху разработването на общи стандарти за качество на системите по проследяване на лекарствената безопасност.

ИАЛ е колабориращ партньор в проект VISTART (Vigilance and Inspection for the Safety of Transfusion, Assisted Reproduction and Transplantation – Проследяване на безопасността и инспекции на трансфузионната система, асистиранията репродукция и трансплантациите). Общите цели на проекта са промотиране и улесняване на хармонизирането на инспекциите, издаване на разрешенията и проследяване на безопасността в системите на кръвта, тъканите и клетките; засилване сътрудничеството между страните-членки на Европейския съюз и доверието към инспекциите и програмите за проследяване на безопасността на всяка от тях. ИАЛ участва в Работен пакет 7 „Обучение на инспектори в трансфузионната система, тъкани и клетки чрез споделяне на експертиза между страните членки на ЕС“. Водещ пакета е Италианският национален кръвен център. Досега в рамките на работния пакет, в тясно сътрудничество

с екипа по Работен пакет 6, е разработено проучване за професионалния профил на инспекторите с цел да се идентифицират критериите и минималните изисквания, прилагани на национално ниво за назначаването на инспектори или формирането на екипи от инспектори.

Определените чрез Закона за бюджета на НЗОК за 2015г. финансови средства за лекарствени продукти (в т.ч. предназначени за лечение в извънболничната помощ на онкологично болни лица), медицински изделия (в т.ч. прилагани в болничната помощ и заплащани извън стойността на клиничните пътеки) и диетични храни за специални медицински цели възлиза на 2 695 085 хил. лв. Така определеният финансов ресурс възлиза на 29.54% от средствата за здравноосигурителни плащания.

Към датата на изпълнение на съответната медицинска и фармацевтична дейност разпределените за периода м. януари – м. декември 2015г. /2014г. средства са представени в Таблица 42.

Таблица 42. Разпределение на средствата за 2014-2015 г.

Продукти	2014 г.	2015г.
Извънболнична медицинска помощ		
Лекарства, МИ и ДХСМЦ	622 435 822	671 880 332
в т.ч.		
общи болести	505 846 924	544 061 708
редки болести	73 172 277	84 708 910
онкология	18 221 390	17 206 106
трансплантирани	2 534 645	2 845 696
храни за специални медицински цели	1 765 600	2 217 197
медицински изделия в извънболнична помощ	20 894 989	20 840 715
Болнична медицинска помощ	294 152 537	327154747
в т.ч.		
Лекарства за онкологично болни, извън стойността на клиничните пътеки	217 877 517	247 748 755
Медицински изделия, заплащани извън стойността на клиничните пътеки	76 275 020	79 405 992

Източник: ИАЛ

През 2015 г. НЗОК е заплатила лечението на 1 439 807 здравноосигурени лица, обърнали се към системата на извънболничната помощ. В условията на болнична медицинска помощ са вложени медицински изделия на 24 774, а 33 915 онкологично болни пациента са получили медикаментозно лечение.

Демографските промени като увеличаване продължителността на живот, обуславя нарастването на броя пациенти с едно и повече заболявания. Увеличава се търсенето на лекарствена терапия, което води до ръст на разходите за лекарства, които Националната здравноосигурителна каса заплаща. Тенденцията на увеличение на ЗОЛ, обърнали се към системата във възрастовия диапазон „над 65г.“ отразява процеса на застаряване на населението в България. Разширяването на достъпа на пациентите до иновативни лекарствени терапии с включването на нови Международни непатентни наименования (INN) в списъка с лекарствени продукти, предназначени за лечение на заболявания, които се заплащат по реда на Закона за здравното осигуряване, също определя постоянното увеличаване на разходите за лекарствени продукти. Номенклатурата е променлива и отразява динамиката в нормативните актове. Към 01.01.2014 г. НЗОК заплаща 1 997 лекарствени продукти от Приложение №1 на

Позитивен лекарствен списък (извънболнична помощ), докато към 01.01.2015г. те са 1901, а в края на 2015г. броят на заплащаните лекарствени продукти е 1 817. Списъците с медицински изделия също се обновяват ежегодно и тенденцията е разширяване на номенклатурата. През 2015 г. НЗОК заплаща 2 208 бр. медицински изделия, от които 605 бр. медицински изделия, прилагани в извънболничната помощ и 1 602 бр. - в болничната медицинска помощ.

6. ДЕЙНОСТИ ПО ОПАЗВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

6.1. Държавен здравен контрол

През 2015 г. са 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. Проверени са всички обекти, подлежащи на официален контрол. Не са установявани сериозни и непосредствени опасности, свързани с риска за здравето на населението, което е постигнато благодарение на своевременното прилагане на профилактични и незабавни протиепидемични мерки.

Протиепидемичните дейности са били фокусирани върху:

- имунизационния обхват със задължителни и целеви имунизации и предприемане на мерки за неговото повишаване;
- организиране и провеждане на незабавни профилактични и протиепидемични мерки при възникване на епидемична ситуация;
- недопускане внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск, както и от възникване и разпространение на взривове и епидемии от други заразни болести, в това число и провеждане на граничен здравен контрол;
- осигуряване на материали и консумативи за извършване на своевременна и прецизна диагностика на заразните болести;
- своевременно съобщаване, регистриране и проучване на възникнали случаи заразни заболявания;
- изпълнение на профилактични програми и проекти, насочени към посрещане на грипна пандемия и минимизиране загубите от нея, сертифициране на България като свободна от морбили и вродена рубеола, профилактика и контрол на вътреболничните инфекции; първична профилактика на рак на маточната шийка, профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората, организиране на защитата на населението от инциденти с химически, биологични, радиоактивни материали от случаен, естествен и умишлен характер.

Извършена е контролна дейност по чл. 56 и чл. 56а от Закона за здравето за ограничаване на тютюнопушенето в закрити обществени места и някои открити обществени места. За 2015 г. от 28-те РЗИ в страната са извършени общо 184 283 броя проверки (дневни и нощни) на 180 692 обекта, в работни и почивни дни. Издадени са 233 предписания, съставени са 705 акта за констатирани нарушения.

Контрол на обекти с обществено предназначение - През 2015 г. общият брой извършени проверки в обекти с обществено предназначение от органите на държавния здравен контрол в страната е 188 375 броя при планирани 142 000 броя проверки. Увеличеният брой проверки се дължи на регистрираните през 2015 г. нови обекти с обществено предназначение. Извършени са 353 проверки на обекти за бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, 8 353 проверки на обекти за търговия с бутилирани натурални минерални изворни и трапезни води.

Извършени са 141 308 проверки на лечебни, детски и учебни заведения по профилактика и надзор на заразните и паразитните болести. С цел информиране на населението за актуалната епидемиологична обстановка в страната са изготвени 3 295 седмични справки и бюлетини по проблемите на заразните болести, които своевременно са публикувани на официалните интернет страници на МЗ, РЗИ и НЦЗПБ. Проведени са 34 580 епидемиологични проучвания на регистрирани заразни болести, своевременно са предприети всички специфични протиепидемични мерки и не е допуснато разпространение на епидемии.

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 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 2015 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 28 614 броя, включително за наличие на опасни стоки на пазара. Издадени са 378 разрешения за пускане на пазара на биоциди, 31 здравни сертификата за износ на продукти и стоки със значение за здравето на човека и 31 сертификата и балнеологични оценки за минерална вода от конкретно водовземно съоръжение.

Извършени лабораторни анализи: През 2015 г. общият брой на извършените лабораторни анализи от органите на държавния здравен контрол на питейни води е 348 808, на води за къпане – 2 220, на минерални води – 7 578, на води в плувни басейни - 66 205, както и измервания на атмосферен въздух 44 207, шум и вибрации – 10 959, електромагнитни полета 8 889 и осветеност, микроклимат, прах и др. – 32 977.

Извършени са 15 905 анализа на козметични продукти, 14 977 анализа на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води и 220 анализа на химични вещества и смеси.

Извършени са общо 1 033 981 броя микробиологични, вирусологични, паразитологични и серологични анализа на биологични материали, като при 15 520 от тях са извършени и референтни лабораторни изследвания.

Извършени дейности извън предварително планирания официален контрол. Своевременно са изготвени указания и са предприемани мерки при възникналите в страната извънредни ситуации – наводнения, прекъснато питейно водоподаване, активиране на свлачища, провеждане на радиационен мониторинг на атмосферния въздух поради възникнали горски пожари на територията на АЕЦ Чернобил.

Във връзка с овладяване на извънредната ситуация, възникнала вследствие на увеличаване миграционен натиск в Република България, са извършени следните дейности:

- засилен държавен здравен контрол на обектите с обществено предназначение в населените места в пограничните райони на областите Хасково, Ямбол, Бургас и Сливен и върху санитарно-хигиенното състояние в центровете за настаняване на бежанци;
- пълен набор от микробиологични, паразитологични и вирусологични изследвания на лицата, настанени в приемателните центрове;
- ежеседмично обобщаване на справка за епидемичната обстановка в страната и в центровете за настаняване на бежанци;
- с цел създаване на система за надзор и контрол на евентуален внос на полиомиелитен вирус, е извършено пробонабиране на фекални проби от деца до 5 годишна възраст, настанени в бежанските центрове и изследването им в Националната референтна лаборатория по ентеровируси към НЦЗПБ.

6.2. Програми, проекти и планове в областта на общественото здраве

Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 – 18 г. (2015-2020г.)

Със Заповед № РД-02-40/16.02.2015 г. на министъра на здравеопазването е създаден Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания и правила за работа на Съвета. През 2015г. са проведени две заседания на Съвета.

Извършено е силанизиране на първите постоянни молари на деца от 5 до 8 годишна възраст. Силанизирани са 47 219 зъба на 13 362 деца. Отпечатани и разпространени до РЗИ и лекари по дентална медицина са две Ръководства за профилактика на оралните заболявания на децата до 18г. – Ръководство предназначено за ползване от лекарите по дентална медицина и Ръководство предназначено за ползване от деца, родители, учители, бременни жени и медицински специалисти.

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

През 2015 г. Министерство на здравеопазването предостави на регионални здравни инспекции 23 мобилни кабинети за извършване на профилактични прегледи и изследвания на български граждани, принадлежащи към етнически малцинства и такива със затруднен достъп, живеещи в отдалечени населени места. Дейностите са реализирани с подкрепата и помощта на медицински специалисти, 170 здравни медиатори и неправителствени организации.

През 2015 г. са проведени профилактични прегледи на здравнонеосигурени лица (ЗНОЛ), принадлежащи към етнически малцинства и на такива със затруднен достъп до лечебни заведения с мобилните кабинети. Общият брой извършени прегледи с мобилни кабинети е 7752 и 5736 клинично-лабораторни изследвания (Таблица 43), като при 1149 лица са диагностицирани заболявания и при 206 изследвания са установени отклонения от нормата. Всички лица, при които са констатирани заболявания са насочени към съответни специалисти за последващо лечение.

Таблица43. Проведени профилактични прегледи на ЗНОЛ към етнически малцинства

Вид мобилен кабинет	Брой прегледи	Бр. лица с диагностицирани заболявания
Педиатрични	1 549 прегледа	97 деца
Обща практика	895 прегледа и 895 имунизации на деца 0-18 г.	
Гинекологични	1 555 прегледа	540 жени
Мамографски	1 148 прегледа	127 лица
Флуорографски	1 023 прегледа	350 лица
Ехографски	1 582 прегледа	35 лица
Клинична лаборатория	5 736 изследвания	206 с отклонения от нормата

През 2015 г. са осъществени и обучения и кампании за повишаване на здравните знания по теми в областта на контрацепцията, полово-предаваните инфекции, рака на гърдата, рака на маточната шийка, здравословното хранене, имунизациите, правата на

пациента, социално-значими заболявания, околна среда и здраве, остеопороза и тютюнопушене.

Проведени са общо от всички РЗИ: 45 обучения с обхванати над 1400 лица; 681 беседи и лекции с обхванати над 8000 лица; 124 кампании с обхванати над 3000 лица; 35 презентации с обхванати над 700 лица; 35 прожекции на филми и клипове с обхванати над 500 лица; 620 проведени консултации, 65 радиопредавания/ТВ предавания; 45 публикации в интернет; 38 публикации в пресата; 12 прессъобщения; 6715 бр. раздадени здравно-образователни материали.

Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г.

През първата половина на 2015 г. е стартирал първия етап на представителното Национално проучване за нивата на радон в сгради, като са раздадени и поставени по 100 детектора във жилищни сгради на територията на всяка област в страната.

Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ)

През 2015 г. са реализирани планираните дейности: изготвено е Методично указание за хранене на кърмачета; актуализиран е сборник с рецепти за хранене на деца от 3-7 години; изготвено е Ръководство за добра практика за медицинските специалисти за повишаване на физическата активност на населението. Проведени са два семинара:

А) Национална среща-семинар за представяне на резултатите от проведеното Национално проучване на факторите на риска за здравето, в рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. На семинара са представени резултатите от проведеното през 2014г. проучване по 4-те фактори на риска за здравето, които водят до най-често срещаните хронични незаразни болести.

Б) Рискови фактори за хроничните незаразни болести. Обучителен курс за специалистите от отделите „Здравеопазване“ в областните администрации. Предоставена е информация на специалистите от общинската администрация, работещи в областта на здравеопазването, за дейностите по Националната програма, международните и национални политики за превенция на хроничните незаразни болести, резултатите от проведеното през 2014г. проучване по 4-те фактори на риска за здравето, които водят до най-често срещаните хронични незаразни болести, както и информация за риска за здравето от нездравословния модел на хранене, ниската физическа активност, тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол.

В рамките на Националната програма с цел подобряване информираността за вредата от тютюнопушене, алкохол и нездравословно хранене и за предимствата на здравословния начин на живот, през 2015 г. системно всички РЗИ в страната са провели обучения, беседи, кръгли маси, презентации, видеопокази, семинари, интерактивни обучения, отпечатани и разпространени нагледни здравно-информационни материали. Осигурени са интерактивни пособия, онагледяващи ефектите от вредните навици. Част от дейностите са осъществени съвместно с други правителствени и неправителствени организации (Регионални инспекторати по образование, общински съвети по наркотични вещества, читалища, библиотеки, младежки домове и др.), като са привлечени и утвърдени външни специалисти за лектори в здравно-образователните кампании.

За подобряване информираността на населението за ползите от здравословното хранене и за рисковете за здравето при хранителни дефицити, са организирани общо 42 масови прояви и кампании, в които са взели участие над 7 000 лица на разнообразни

теми, тренингови обучения на ученици от средния и горен курс на обучение, конкурс за презентация, арт-работилница за ученици с използване на приложни изкуства и техники.

За отбелязване на Световната седмица на кърменето от 1 до 7 август от РЗИ са проведени редица масови прояви, включително съвместно с Училище за бъдещи родители, проведени са 11 лекции за бременни и кърмещи жени за „Ползите от кърменето за бебето и майката”, „Проблеми при кърмене и възможности за тяхното преодоляване”, здравословното хранене, болестни състояния, свързани с нездравословното хранене. За отбелязване на седмица за борба със затлъстяването са проведени: интерактивни обучения на деца от ОДЗ с правилата за здравословно хранене, театрални постановки, кулинарно тържество, по време на което вече обучените деца показват на най-малките в детските градини кои са полезните и вредните храни и защо всеки трябва да се храни здравословно. Реализирани са кампании с мотото „Здравословни храни и борба с наднормено тегло”.

За подобряване на физическата активност на населението във връзка със отбелязване на Световния ден на физическата активност, 10 май под мотото „Движението – това е здраве” от РЗИ са организирани и проведени общо 27 масови прояви с над 4 000 участници от различни целеви групи. Някои кампании, като напр. „Със знания и спорт да победим болестите“ са организирани съвместно с регионалните инспекторати по образование и учители по физическо възпитание и спорт.

Проведени са и следните кампании против тютюнопушенето:

1. Световния ден без тютюн – 31 май по тема определена от СЗО „Спрете незаконната търговия с тютюневи изделия”, в изпълнение на чл. 15 („Незаконна търговия с тютюневи изделия”) от Рамковата конвенция за контрол на тютюна.

МЗ, в рамките на своите правомощия, си постави за цел да насочи усилия към реализиране на ефективни превантивни и контролни дейности. Предвид темата на Световния ден без тютюн за 2015 г., МЗ обяви следните теми за организиране на кампании на регионално ниво: „Стоп на тютюнопушенето”; „Стоп на тютюневия дим” и „Повишен контрол и превенция за ограничаване на тютюнопушенето”.

На 30 и 31 май Министерство на здравеопазването организира съвместно със Столична община и „Метрополитен” ЕАД излъчване на тематични филми на видеостените в метростанциите, за популяризиране на посланията свързани със Световния ден без тютюн сред широката столична общественост. Филмите са на тема пасивното тютюнопушене и защита на детското здраве със следните заглавия: „Денят на Яна” и „Невидимият”.

2. „Деня на Екс-пушача” - събитие, което се отбелязва в цяла Европа на 30-ти октомври 2015 г. Инициативата е част от европейската кампания „Екс-пушачите са неударими”. Реализираните дейности бяха свързани с разпространение на информационни материали, популяризиране и използването на iCoach безплатен онлайн инструмент за отказване на цигарите, провеждане на безплатно измерване на въглеродния оксид в издишания въздух и количеството на карбоксиемоглобин в кръвта на пасивни и активни пушачи.

3. По повод Международния ден без тютюнопушене 21 ноември 2015 г. Министерство на здравеопазването проведе редица прояви в столицата и в страната срещу тютюневата зависимост и за мотивация на активните пушачи за отказване от нея. Проявите бяха насочени към активни пушачи за популяризиране на услугите в Кабинетите за консултиране и отказване от тютюнопушенето - консултиране за повишаване на мотивацията за спиране и отказване от тютюнопушенето; спирометрично измерване на активните и пасивни пушачи с апарат, чрез издишан въздух за остатъчни количества въглероден оксид в белия дроб и процента на карбоксиемоглобин в кръвта; определяне на степен на никотинова зависимост с тест на Фагерстрьом и използване на

iCoach безплатен онлайн инструмент за отказване от цигарите (попълване на въпросник за активни пушачи).

4. През 2015 г. Министерство на здравеопазването финализира Национален ученически конкурс „Проектът на нашия клас – за живот без тютюн” за учебната 2014/2015 г. През тази година в конкурса се включиха над 3000 ученици с 57 свои проекта, осъществени под ръководството на 45 техни учители.

През 2015 г. са реализирани следните дейности: 60 ТВ предавания, 90 радиопредавания, 220 излъчвания на аудио и видеоклипове, 49 публикации в пресата, 24 пресконференции, 29 масови прояви с 5 431 участника; 814 семинара, лекции и беседи с 20 642 участника; 147 видеопокази, с 3 821 участника; 16 проучвания сред 3 723 лица и др.

Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка (РМШ)

През 2015 г. е извършено изменение на Програмата, прието от Министерски съвет с Протоколно Решение № 4 от 28.01.2015 г., с което се въвежда двудозова имунизационната схема в съответствие на промените през 2014 г. кратки характеристики на двете профилактични ваксини и включване на 13-годишните момичета към целевата група на подлежащите на имунизация по програмата.

През 2015 г. регионалните координатори по Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка са реализирали следните дейности: участие в 104 родителски срещи с присъствали 1 423 родители, като са раздадени над 10 000 бр. информационни и обучителни материали (брошури и DVD). В рамките на Програмата с профилактична имунизация са обхванати 2 039 момичета на 12-годишна възраст и 1 894 момичета на 13-годишна възраст.

Национална програма за профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората в Република България, 2014-2018 г.

През 2015 г. са реализирани следните дейности: изследвани са серологично 654 серума от домашни животни (крави, кози, овце) за наличие на антитела срещу вируса на КХТ, открито е 18 % носителство; сероепидемиологични проучвания: за Западно-нилски енцефалит, кърлежов енцефалит и хантавирусна инфекция са изследвани 1439 бр. серумни проби от пациенти от цялата страна, хоспитализирани по повод различни неуточнени фебрилни състояния; събрани и изследвани 180 серуми от лица от област Пловдив за висцерална лайшманиоза – с отрицателен резултат.

Национален план на Р. България за готовност за грипна пандемия,

За ограничаване разпространението на сезонния грип са изготвени указателни писма до РЗИ относно употребата на антивирусни препарати, разпределени раздадени са антивирусни средства от националния резерв. Закупени са необходимите тестове и консумативи за лабораторно доказване на циркулиращите сезонни грипни щамове на грипен сезон 2014/2015 (ноември – март).

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

В изпълнение на дейностите по програмата за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции се регистрира: задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ в страната - под 1% през 2015 г.; задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ сред младите хора на възраст 15-24 г. - под 1%.

През 2015 г. продължи предоставянето на нископрагови здравни и социални услуги на най-уязвими групи от населението в: 9 нископрагови центъра за инжекционно употребяващи наркотици, 10 здравно-социални центъра, базирани в ромска общност, 9 дневни центъра за предоставяне на услуги на проституиращи, 5 здравно-образователни центъра за предоставяне на превантивни услуги сред мъже, правещи секс с мъже, 4 кабинета за психосоциална подкрепа за хората, живеещи с ХИВ/СПИН, 18 младежки клуба за обучение на връстници от връстници, поддържани от неправителствени организации, поддържането на мрежа от 17 кабинета за безплатно и анонимно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС); 17 мобилни медицински кабинета към неправителствени организации за достигане на представителите на уязвимите групи. Със средства от Глобалния фонд се подкрепя функционирането на 4 нископрагови метадонови програми за инжекционно употребяващ наркотици в Пловдив, Пазарджик, Варна и София с общ капацитет 400 места. Достигнати с нископрагови здравни и социални услуги са 58 736 лица от уязвимите групи (инжекционно употребяващи наркотици, проституиращи, лишени от свобода, лица от ромска общност, мъже които правят секс с мъже, деца в институции чрез екипите на над 50 неправителствени организации в 21 общини-областни центрове в страната. През 2015 г. - 78 839 деца и млади хора в риск са обхванати със специфични дейности. Общият брой на лицата, изследвани за ХИВ през 2015 г. е 351 379 лица, а за 2014 г. – 334 262 лица.

Броят пациенти на съвременна антиретровирусна терапия АРТ към 31.12.2015 г. е 824 от общо 1086 лица с ХИВ, регистрирани за проследяване в 5-те сектора за лечение на пациенти с ХИВ. Създаден е двумесечен резерв от антиретровирусни лекарства за лечение на живеещи с ХИВ и СПИН.

Проведени са четири Национални кампании, реализирани във всеки един от 28-те областни административни центрове на България. По време на лятната АНТИСПИН кампания са консултирани и изследвани за ХИВ 4 169 души от ММК, КАБКИС, НПО и лабораториите на РЗИ.

Национална програма за превенция и контрол на туберкулоза (2012-2015) и Програма „Укрепване на националната програма по туберкулоза в България”, финансирани от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария

В изпълнение на дейностите по Националната програма през 2015 г. и в резултат на предоставяните услуги се регистрира: намаляване на заболеваемостта от туберкулоза от 39.1 на 100 000 през 2006 г. на 22.5 на 100 000 през 2015 г.; запазване на висок процент на успех от лечението на новооткритите случаи с белодробна туберкулоза с положително микроскопско и/или културелно изследване 85 % (797/677) за пациентите, регистрирани през 2014 г.; задържане на висок брой на обхванатите контактни на болните с туберкулоза – 7 622 лица през 2015 г.

Предоставени са медицински изделия за диагностика, лекарства за лечение на всички болни с туберкулоза и лекарства за профилактика на лицата с латентна туберкулозна инфекция; осигурени са противотуберкулозни лекарствени продукти от първи ред за всички пациенти с туберкулоза, както и лекарствени продукти от втори ред за всички пациенти с MDR/XDR-TB (мултирезистентна и екстензивнорезистентна туберкулоза).

През 2015 г. е проведена една национална кампания под мотото „Седмица на Отворени врати” във всички 28 административни области в страната.

Обхванати са с нископрагови превантивни и социални услуги 22 586 лица от уязвимите групи (лица, инжекционно употребяващи наркотици; лица с алкохолна зависимост; ромска общност; деца на улицата; млади хора в риск; мигранти; бежанци и

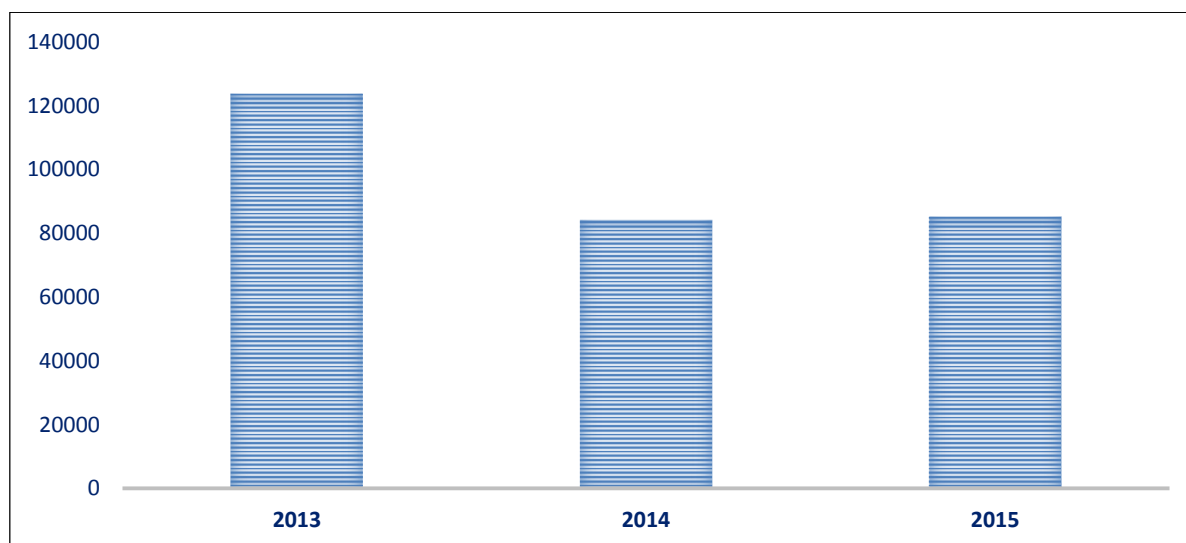
лица, търсещи убежище). 7 697 лица от уязвимите групи са обхванати чрез скрининг на риска от туберкуозна инфекция в резултат на съвместните дейности на лечебните заведения за диагностика и лечение на туберкулоза, местата за лишаване от свобода и неправителствените организации, които работят в 28-те области на страната. От тях 3 191 лица са получили медицинско изследване чрез микроскопско изследване, рентгенологичен преглед или туберкулинов кожен тест на Манту.

Националната програма за изпълнение на плана за действие на националната стратегия за борба с наркотиците (2014-2018г.) е финансирана за 2015г. с 160 000 лева. Средствата са изразходвани за превантивни дейности, осигуряване на 22 безплатни места за настаняване в програми за психосоциална рехабилитация и резиденциални програми (“терапевтична общност”) и социологични проучвания в областта на наркотиците.

Превенция на употреба на психоактивни вещества

През 2015 г. са осъществени общо 115 превантивни кампании, насочени към утвърждаване на здравословен начин на живот и превенция на употреба на психоактивни вещества сред младите хора. Кампаниите са реализирани от екипите на ОбСНВ и ПИЦ в 21 града в страната. Обхванати са 85 080 лица; (през 2014 г. са обхванати 84 094, а обхванатите през 2013 г. са 123 614 лица) – Фигура 34.

Фигура 34. Брой обхванати лица



Финансиране на превантивните кампании

За пета поредна година основен източник на финансиране на кампаниите остава общината, следвана от Министерство на здравеопазването, основно чрез „Националната стратегия за борба с наркотиците“. Същевременно се запазва и тенденцията от 2013 г. за финансиране на някои от дейностите от външни спонсори: НПО, Банки, спортни клубове и частни лица.

Фигура 35. Източник на финансиране



Общата сума за реализираните превантивни кампании през 2015 г. е 80 670 лева. През 2015 г. са направени предложения за промени в *Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите*. Измененията са приети от Народното събрание през 2016 г. (ДВ бр.42 от 3 юни 2016 г.)

6.3. Дейности по изпълнение на имунизационния календар

С изключение на първичната имунизация срещу туберкулоза, сравнителният анализ на резултатите от изпълнението на имунизационната програма за 5-годишен период показва незадоволително ниво на имунизационния обхват с останалите ваксини, предвидени в имунизационния календар (Таблица 44).

Таблица 44. Брой имунизирани и имунизационен обхват (%) на децата със завършена първична имунизация в България през 2011-2015 г.

Имунизация срещу	Брой имунизирани и имунизационен обхват (%)				
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Туберкулоза (новородени)	63 934 (97,7)	63 231 (97,0)	61 628 (97,2)	62 844 (96,7)	59 970 (95,8)
Вирусен хепатит тип Б	66 369 (96,0)	61 827 (95,4)	59 708 (95,2)	57 159 (95,0)	49 756 (91,6)
Дифтерия, тетанус, коклюш	66 037 (95,1)	61 687 (95,3)	59 120 (94,9)	51 727 (87,6)	58 029 (90,7)
Полиомиелит	66 453 (95,2)	61 687 (95,3)	59 120 (94,9)	51 727 (87,6)	58 029 (90,7)
Хемофилус инфлуенце тип Б	65 827 (95,1)	61 687 (95,3)	59 120 (94,9)	48 845 (82,7)	55 711 (87,1)
Пневмококови инфекции	63 621 (93,6)	59 727 (93,5)	57 691 (93,7)	53 875 (91,7)	55 004 (90,4)
МНР (на 13 месеца)	65 825 (94,5)	63 358 (93,7)	61 477 (95,1)	57 167 (93,2)	56 806 (91,5)
(на 12 години)	63 341 (93,9)	63 535 (94,0)	59 578 (93,5)	54 889 (88,6)	56 932 (86,9)

Източник: НЦЗПБ, Анализ на имунизациите през 2015 г.

Имунизационният обхват на **новородените с ВССГ ваксина (95,8%)** се запазва на постоянно високо ниво, макар и да е по-нисък в сравнение с предходните години.

Недостигът на заложените в имунизационния календар ваксини през 2015 г. се отрази върху имунизациите срещу **дифтерия, тетанус и коклюш** на децата до 1-

годишна възраст, които бяха извършвани с четири-, пет- и шесткомпонентна ваксина, съдържащи дифтериен и тетаничен токсиди и ацелуларна коклюшна ваксина. Имунизационният обхват с три приема на ДТКа е 90,7 %.

Наблюдава се спад в обхвата с първична имунизация срещу **полиомиелит**, който през последните две години е незадоволителен, в сравнение с нивата, постигнати през предходните години (таблица 6). 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.

През 2015 г. имунизациите срещу хепатит Б през първите 24 часа след раждането са извършени с **моновалентна** хепатит Б ваксина. За завършване на имунизационната схема, в зависимост от наличните ваксини в различните региони, министерството на здравеопазването е разпоредило използването на различни допустими комбинации на **моновалентна** и **шесткомпонентна** ваксини. Сравнителният анализ на имунизациите с три дози ваксина срещу хепатит тип Б в страната показва, че имунизационният обхват намалява на 91,1%, което изисква контролът за изпълнението на имунизационната програма да бъде засилен.

Ниският имунизационен обхват с ваксина срещу морбили-паротит-рубеола (МПР) през 2015 г. – 91,5% за първи прием (МПР1) и 86,9% за втори прием (МПР2) е доста под изискванията за поне 95% обхват, който гарантира 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, с изключение на 2013 г., в която относителният дял на обхванатите с МПР1 подлежащи е 95,1%. Това означава, че към момента в страната все още съществува реален риск от епидемично разпространение на морбили и рубеола, особено сред специфични групи от населението – роми, мигранти, което затруднява достигането на елиминационната цел за тези две заболявания в близко бъдеще.

През 2015 г. продължава да намалява имунизационният обхват с три дози пневмококова конюгирана ваксина: 90,4% в сравнение с 91,7% през 2014 г. (таблица 6). В същото време се увеличава броят на заболяванията от пневмококов менингит и менингоенцефалит, включително и в имунизационна възраст (таблица 4).

Задължителната имунизация срещу Хемофилус инфлуенце тип Б (ХИБ) през 2015 г. се извършва с пет- и шесткомпонентна ваксина (ДТКаПиХИБ и ДТКаХепБПиХИБ). Имунизационният обхват с три дози ваксина срещу хемофилус инфлуенце тип Б се запазва нисък – през 2015 г. са обхванати 55 711 от 63 986 подлежащи деца (87,1%).

Изпълнението на имунизационната програма през 2015 г. в България показва незадоволително ниво на имунизационния обхват със задължителни ваксини, с изключение на първичната имунизация срещу туберкулоза. Неритмичното снабдяване с ваксини, недостигът им в здравната мрежа и произтеклите от това принудителни промени основно в изпълнението на задължителните имунизации при децата до 1 годишна възраст са част от причините за незадоволителния имунизационен обхват на подлежащите лица. Не са решени проблемите, свързани с имунизациите на хора от специфични групи в риск, при които има недостиг на знания и мотивация за профилактиране чрез имунизации – ромски общности, мигранти, антиваксинални общности.

7. МЕЖДУНАРОДНО СЪТРУДНИЧЕСТВО И ЕВРОПЕЙСКА ИНТЕГРАЦИЯ

• *Влияние на европейските политики*

Заклученията, приемани от Съвета на министрите на ЕС (Съвет на министрите по заетост Съюз по заетост, социална политика, здравеопазване и потребителски въпроси (EPSCO), част „Здравеопазване“) имат основно влияние върху развитието на здравето на населението в държавите-членки на Европейския съюз. През 2015 г. бяха проведени две редовни заседания, по време на които бяха обсъдени поредица от теми от обхвата на здравеопазването. Разгледано беше предложението за Регламент на Европейския парламент и на Съвета за медицинските изделия и за изменение на Директива 2001/83/ЕО, Регламент /ЕО/ № 172/2002 и Регламент /ЕО/ №1223/2009 и Предложение за Регламент на Европейския парламент и на Съвета за ин витро диагностичните медицински изделия. Държавите-членки обявиха, че в името на безопасността на пациентите и стимулиране на иновациите подкрепят решението за частичен общ подход, но следва преди процедиране към последващи триалози с Европейския парламент подготвителните органи към Съвета следва да коригират всички проблемни към момента текстове. По този начин беше защитен интереса на гражданите на Европейския съюз по отношение качеството на медицинските изделия и ин витро диагностичните медицински изделия. 21 държави подкрепиха предложението на Словения за създаване на нова рамка за политика на ЕС в областта на алкохола. Бяха обсъдени и предложените координирани действия в областта на здравното измерение в европейската програма за миграция. Обсъжданията между ръководителите на делегации доведоха до приемане на следните незаконодателни заключения:

- Заклучения на Съвета относно „Стратегия на ЕС за намаляване на вредата от алкохола“
- Заклучения на Съвета относно персонализираната медицина
- Заклучения на Съвета относно подкрепата за хората, живеещи с деменция: подобряване на политиките и практиките за полагане на грижи
- Заклучения на Съвета относно изводите за общественото здраве след епидемията Ебола в Западна Африка – здравна сигурност в Европейския съюз.
-

• *Влияние на международните политики*

Основно влияние на международните политики върху развитието на здравето на населението имат дейностите, резолюциите и докладите на Световната здравна организация. Конкретен пример за влиянието на международните политики в областта на здравеопазването са приетите резолюции и доклади по време на 68-та сесия на Световната здравна асамблея 18 – 26 май 2015 г., Женева, Швейцария, по теми както следва:

- Хранене на майките, кърмачетата и децата в ранна възраст: разработване на основен набор от индикатори
- Последващи действия във връзка със Срещата на високо равнище на Общото събрание на ООН през 2014 г. за цялостен преглед и оценка на постигнатия напредък в областта на превенцията и контрола на незаразните заболявания
- Мониторинг на постигнатото по отношение на Целите на хилядолетието за развитие, свързани със здравето
- Здравето на подрастващите
- Здраве и околна среда: справяне с въздействието върху здравето в резултат на замърсяване на въздуха

- Глобален кодекс на СЗО за практиката за международно набиране на здравен персонал
- Полиомиелит
- Изпълнение на Международните здравни правила (2005)

• **Изпълнение на дейности, финансирани чрез европейски структурни и инвестиционни фондове и други чуждестранни източници**

През 2015 г. Министерство на здравеопазването успешно отчете приключването на следните проекти:

1. В рамките на Оперативна програма „Техническа помощ“ 2007 - 2013 г. - „СМАРТ Решения (Статистически Модели за Аргументирани Рационални и Тактически решения)“, финансиран по с общ бюджет 1 066 809,90 лв.;

2. В рамките на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013 г.:

– „ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешните състояния“, с общ бюджет 3 730 669, 37 лв.;

– „Нови възможности за лекарите в България“, с общ бюджет 6 764 533,39 лв.;

3. В рамките на Оперативна програма „Регионално развитие“ 2007-2013:

– „Ремонт, реконструкция, обновяване и оптимизиране на сградния фонд на МБАЛ Д-р Стамен Илиев АД“, Монтана, с общ бюджет 6 273 531,56 лв.;

– „Изграждане на регионален център за ранна диагностика на онкологични заболявания в МБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович АД - гр. Стара Загора“, с общ бюджет 5 400 336,00 лв.;

– „МБАЛ Габрово АД Изграждане на регионален център за ранна диагностика на онкологични заболявания – Габрово“, с общ бюджет 5 112 636,35 лв.;

– „Доставка на високоенергиен медицински линеен ускорител за нуждите на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, с общ бюджет 5 999 900,00 лв.;

– „Преструктуриране на домовете за медико-социални грижи за деца от 0-3 г.“, с общ бюджет 8 285 916,86 лв.;

– „Подкрепа за укрепване административния капацитет на Министерство на здравеопазването при изпълнение на Средносрочната рамкова инвестиционна програма и контрол върху изпълнението на проектните предложения към нея“, с общ бюджет 390 152,77 лв.;

През 2015 г. Министерство на здравеопазването продължи изпълнението на дейности, свързани със строително-монтажни работи; доставка, монтаж и въвеждане в експлоатация на медицинска апаратура по следните проекти, част от Средносрочната рамкова инвестиционна програма, финансирана по Оперативна програма „Регионално развитие“ 2007-2013 г. :

– „Разширяване на лъчетерапевтичен комплекс в Клиника по лъчелечение на СБАЛ по Онкология – ЕАД“, София“, с общ бюджет 31 928 171,17 лв.;

– „Ремонт, оборудване и модернизирание на УМБАЛ Д-р Георги Странски ЕАД“, Плевен“, с общ бюджет 14 848 732,49 лв.;

– „Създаване на регионален диагностичен център за онкологични заболявания към МОБАЛ Д-р Стефан Черкезов АД“, Велико Търново“, с общ бюджет 7 277 171,68 лв.;

– „Създаване на високотехнологичен център за образна диагностика на онкологични заболявания в УМБАЛ Свети Георги ЕАД“, Пловдив“, с общ бюджет 22 932 682,82 лв.;

- „Европейско качество на здравеопазването чрез реконструкция и енергийна ефективност в МБАЛ Русе”, с общ бюджет 8 128 576,67 лв.;
- „Повишаване качеството на медицинското оборудване в Област Благоевград чрез модернизация на МБАЛ Благоевград и изграждане на регионален център за ранна диагностика на онкологични заболявания“ с общ бюджет 6 547 746,22 лв.;
- „Създаване на високотехнологичен сектор за ранна и точна диагностика на онкологични заболявания в МБАЛ „д-р Атанас Дафовски” гр. Кърджали“ с общ бюджет 3 069 028,73 лв.;
- „Изграждане на онкологичен и лъчетерапевтичен център “Света Марина” Варна“ с общ бюджет 24 847 041,47 лв.;
- „Реконструкция, обновяване и оборудване в МБАЛ „Д-р Братан Шукеров” АД, гр.Смолян“ с общ бюджет 5 446 760,33 лв.;
- „Осигуряване на ефективна здравна инфраструктура и модернизация на МБАЛ „Д-р Иван Селимински” АД, гр. Сливен“ с общ бюджет 5 425 218,46 лв.;
- „Център за ранна диагностика и лечение на онкологични заболявания в УМБАЛ „Александровска” ЕАД“ с общ бюджет 19 192 644,73 лв.;
- „Регионален център за ранна диагностика на онкологични заболявания на територията на „МБАЛ-Бургас” АД“ с общ бюджет 5 841 218,12 лв.

Министерство на здравеопазването е Програмен оператор на Програма BG 07 „Инициативи за обществено здраве“, осъществявана чрез финансовата подкрепа на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм 2009 – 2014 г. Общият бюджет на Програмата е 15 782 353 евро. Продължителността на програмата е до 30.04.2017 г. В рамките на програмата през 2015 г. стартира изпълнението на 25 проекта, разпределени в четири мерки:

- Мярка 1 „Подобряване на системата за психично здраве на българските граждани“;
- Мярка 2 „Подобрен достъп до качествени услуги за сексуално и репродуктивно здраве на юноши на възраст от 10 до 19 години с акцент върху уязвимите групи, най-вече роми и хора, живеещи в отдалечени райони“;
- Мярка 5 „Подобряване на достъпа до и качеството на грижите за деца с психични, генетични и онкохематологични заболявания (с акцент върху деца, страдащи от церебрална парализа, сърдечно-съдови заболявания, аутизъм и младежи, страдащи от хранителни разстройства) и соматични увреждания, причинени от инфекциозни заболявания (като полиомиелит, бактериален менингит, морбили, туберкулоза, ХИВ/СПИН и т.н.)“;
- Мярка 6 „Предоставяне на здравни услуги по домовете на бременни жени и деца до 3 години за групи в риск с акцент върху ромите“.

По Мярка 1 се изпълняват 10 проекта на обща стойност 2 150 758 евро. В резултат на изпълнението на проектите се очаква да бъдат въведени нови форми на обслужване на пациентите в общността, подобряване качеството на болничния престой в психиатричните лечебни заведения, повишаване квалификацията на болнични и извънболничния персонал, обслужващ хората с психични разстройства, намаляване на дискриминацията и неравнопоставеността чрез повишаване на публичното самоосъзнаване. Основните целеви групи, към които са насочени проектите по Мярка 1, са психично болни, включително и представители от уязвими групи, семейства на психично болни, медицински специалисти и персонал, които работят в психиатричните лечебни заведения.

По Мярка 2 се изпълняват 3 проекта на обща стойност 650 313 евро. Изпълнението на проектите по Мярка 2 ще допринесе за подобряване достъпа до качествени услуги за сексуално и репродуктивно здраве на юноши на възраст от 10 до

19 години и на други уязвими групи в България. Предоставяните по проектите здравните услуги и консултации се осъществяват в координация и с участието на семейството и други заинтересовани страни на местно ниво - общински структури, кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН, неправителствени организации, системата на здравните медиатори и др.; Основните целеви групи, към които са насочени проектите, са деца и млади хора в риск, включително от етническите малцинства и живеещи в малки и отдалечени населени места, техните семейства, медицински специалисти и психолози, които работят с тези деца и млади хора.

По Мярка 5 се изпълняват 9 проекта на обща стойност 2 162 634 евро. Изпълнението ще допринесе за подобряване достъпа до и качеството на грижите за деца с психични, генетични и онкохематологични заболявания (с акцент върху деца, страдащи от церебрална парализа, сърдечно-съдови заболявания, аутизъм и младежи страдащи от хранителни разстройства) и соматични увреждания, причинени от инфекциозни заболявания (като полиомиелит, бактериален менингит, морбили, туберкулоза, ХИВ/СПИН и т.н.). По проектите е предвидено създаване на специализирани центрове за предоставяне на адаптирани грижи спрямо специфичните нужди на децата, което ще допринесе за по-качествено предоставяне на здравна грижа и на включване в социалния живот, както и обучение на медицински и други специалисти и персонал, полагащи грижи за децата, както и на членовете на семействата за предоставяне специализирани грижи.

По Мярка 6 се изпълняват 3 проекта на обща стойност 612 024 евро. Изпълнението на проектите ще допринесе за подобряване на достъпа и качеството на здравните услуги и подобряване на майчиното и детско здраве, включително на представители от уязвими групи и ромското население. Основните целеви групи, към които са насочени проектите, са: бременни жени и родилки, новородени и деца до 3-годишна възраст и техните семейства.

През 2015 г. по Програмата продължи изпълнението и на стартиралите в края на 2014 г. три предварително дефинирани проекта.

Основната цел на Предварително дефиниран проект 1 „Подобряване на контрола и информационните системи за превенция на риска в здравеопазването” е подобряване на общественото здраве чрез развитие на информационните системи в здравеопазването. Специфичните цели на проекта са: развитие на нови методологични и методични подходи за събиране, обработване и анализиране на здравна информация, съобразена с нуждите на определените целеви групи.; създаване на възможности за подобряване на контрола, превенцията и лечението на диабета и редките болести чрез развитие на подходяща информационна среда, развитие и прилагане на национални здравни регистри за диабет и редки болести, служещи като база /модел/ за изграждане на медицински регистри във всички здравни аспекти, създаване на условия за прилагането на европейските и подобряването на националните мерки, касаещи електромагнитните лъчения и вредните емисии за населението. Проектът е на обща стойност 538 011 евро.

Основната цел на Предварително дефиниран проект 2 „Подобряване надзора на ваксинопредотвратимите заболявания: Разработване на модел на уеб-базиран имунизационен регистър” е да допринесе за подобряване на управлението в здравеопазването и качеството на националната имунизационна програма чрез създаване на работещ модел на уеб-базиран имунизационен регистър. Специфичните цели на проекта са: увеличаване срока на годност на ваксините и улесняване на ваксинирането чрез намаляване на документооборота; откриване на неимунизирани и недостатъчно имунизирани хора; ефективен мониторинг на ваксинационния статус на мигриращите деца; разпространение на информацията, касаеща въвеждането на нови ваксини, промените в имунизационния календар и своевременните препоръки при

ваксиниране; подобряване на наблюдението върху вредните следимунизационни странични ефекти/резултати. Проектът е на обща стойност 152 970 евро.

Основните цели на Предварително дефиниран проект 3 „Подобрени услуги за психично здраве“ са подобряване на общественото здраве и намаляване на здравните неравенства, и развитие на политики в областта на психичното здраве, базирани на доказателства. Специфичните цели на проекта са: повишаване познанията на личните лекари, психолозите и социалните работници за ранно откриване и лечение на чести психични разстройства; проучване относно честите психични разстройства. Проектът е на обща стойност 1 000 000 евро.

През месец юли 2015 г. стартира и изпълнението на предварително дефиниран проект 4 „Подобрено качество на пренаталната диагностика и неонаталните грижи“ с бенефициент Министерство на здравеопазването. Дейностите по проекта имат за цел: подобряване на качеството на пренатална диагностика, за да се намалят съществуващите регионални различия в качеството чрез предоставяне на оборудване и обучение на специалисти във всеки от 28-те области в България; подобрене на качеството на неонаталните грижи чрез модернизация на отделенията за неонатални грижи в страната. Проектът е на обща стойност 6 531 400 евро.

В рамките на Програма BG 07 „Инициативи за обществено здраве“ се изпълнява Малка грантова схема, която има за цел подпомагане достъпа до образование и придобиване на умения и знания на представители на ромската общност в областта на здравеопазването. Общият бюджет на грантовата схема е 798 000 евро. Малката грантова схема включва предоставяне на финансова подкрепа на студенти, докторанти и специализанти от ромски произход, обучаващи се в медицински специалности в акредитирани университети или колежи в България. В изпълнение на Малката грантова схема през 2015 г. е предоставена финансова подкрепа на 35 студенти от ромски произход за академичната година 2014/2015 г. и на 100 студенти за академичната година 2015/2016 г. През 2015 г. е проведено също така и обучение по застъпничество, реализирано в рамките на лагер за студенти и наставници.

8. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ ЗА 2015 Г.

Националната здравна стратегия 2020 е приета с Решение на 43-то Народно събрание на 17 декември 2015 г. Тя е актуализация на изготвения проект на Националната здравна стратегия 2014-2020 въз основата на оценка на настъпилите промени и приетите нови програмни и стратегически документи, законодателни промени и инициативи, свързани с развитието на страната и на системата на здравеопазване. Поради краткия срок на действие на стратегията през 2015г. в настоящият доклад не може да се направи оценка на нейното изпълнение. Направената съпоставка между настоящото състояние на здравето на българските граждани и установените рискове за здравето на гражданите съответстват на идентифицираните в стратегията основни предизвикателства и мерки за тяхното преодоляване в Националната здравна стратегия 2020, които се явяват адекватен отговор на установените проблеми и осигуряват условия за устойчиво подобряване на показателите за здраве.

Съгласно приетата стратегия междинната оценка за изпълнението ѝ се предвижда да бъде направена през декември 2016 г. едновременно с оценка на изпълнението на предварителните условия в част Здравеопазване по Споразумението за партньорство с ЕК. В зависимост от резултатите от оценката се взема решение за актуализиране на Плана за действие за периода до 2020 г.

9. ФАКТИТЕ НАКРАТКО

Здравно-демографски показатели

- Демографската ситуация в България е резултат от продължителното действие на множество фактори и се характеризира с *трайна тенденция на намаляване броя на населението и на неговото застаряване*.
- Влияние върху демографското развитие на населението оказват общите за развитите страни демографски процеси – *намалена раждаемост, по-малко бракове, засилена урбанизация*, както и специфичните за страни в преход, *по-високи нива на смъртност и интензивна външна миграция*.
- Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят *отрицателния естествен прираст* на населението през последния десетгодишен период.
- Населението в България към 31.12.2015 г. е 7 153 784 души, което представлява 1.4% от населението на Европейския съюз. В сравнение с предходната година то е *намаляло* с 48 414 души (0.7%).
- *Запазва* се структурата на градското и селското население в сравнение с предходната година.
- *Запазва* се тенденцията за нарастване на съотношението жени/мъже след 53 годишна възраст. Въпреки общия незначителен превес на жените, в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението.
- Промените във възрастовата структура на населението отразяват процеса на демографско остаряване (незначителното нарастване на броя и дела на населението до 15-годишна възраст, който за 2015 г. е 14.0% от общия брой на населението и *увеличаване на дела на населението над 65 години*, който през 2015 г. достига 20.4%).
- Средната продължителност на живота у нас е *74,5 години* и остава по-ниска от тази в ЕС.
- Запазва се дълготрайната тенденция за *намаляване на раждаемостта* (9.2%), обективно обусловена от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори, и остава по-ниска от средната стойност за ЕС (10.02%), но *се доближава до нивото в повечето европейски страни*.
- Въпреки изразеното *намаляване на броя на абортите*, те съставляват почти половината от ражданията през годината. Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2015 г. е 421.26 и е 2 пъти по-висок от средния за ЕС (207.58%). Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената.
- Проблем за България остава *високото ниво на смъртността* – обща и преждевременна. Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете, отколкото при жените и в селата, отколкото в градовете, със запазени териториални различия по области. Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС.
- И през 2015 г. България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност по всички причини сред страните от ЕС, но *се наблюдава изразена тенденция за намаление*.

- През 2015 г. се отчитат *положителни тенденции по отношение на показателите за смъртност в по-младите възрастови категории*, в т.ч. преждевременна и детска смъртност, които са *най-чувствителни по отношение на влиянието за здравната система върху демографското състояние на населението*.
- Показателят на преждевременната смъртност (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиралията), през 2015г. *намалява* с 1,0% - от 22.4% през 2014 г. на 21.4% през 2015 г.
- Детската смъртност в страната *намалява*, като достигнатото равнище на детската смъртност през 2015г. е *най-ниското* в цялата история на демографската статистика в България. През 2015 г. в страната са умрели 434 деца на възраст до 1 г. (517 за 2014 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 7.6‰ през 2014 г. на 6.6‰ през 2015 г.
- *Благоприятни тенденции* се наблюдават по отношение на повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), които намаляват, макар че все още са по-високи от средните за ЕС.
 - Перинаталната детска смъртност през 2015 г. *намалява* от 10.4‰ през предходната година на 9.1 ‰.
 - Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва тенденция за *намаляване* и достига през 2015 г. – 4.0‰. Средната стойност в ЕС на този показател е 2.52‰.
 - Постнеонаталната детска смъртност *намалява* през 2015 в сравнение с 2014 г. от 3.3 на 2.6 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1.16‰.
 - Показателят за мъртвораждаемостта *намалява* спрямо предходната година - 6.3‰.
- Майчината смъртност на 100 000 живородени *намалява* от 19.07 през 2001 г. намалява до 6.1 през 2015 г., като съответният показател за ЕС е 4.72‰.
- *Запазва* се структурата на умиралията по причини, като продължават да са водещи *болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията*.
- В структурата на умиралията при децата до 1-годишна възраст по причини най-голям е броят на починалите поради *някои състояния, възникващи през перинаталния период, вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации, болести на органите на кръвообращението и на дихателната система*, обуславящи 88.25% от всички умиралия в тази възраст.
- Заболеваемостта от заразни болести и паразитози *остава ниска*, въпреки че през 2015 г. България беше изправена пред проблема с прииждащите бежанци, много от които идват от ендемични за различни паразитози региони на света и като паразитоносители могат да станат ефективни източници за местна трансмисия. Във връзка с бежанската вълна през годината се отчита нарастване на броя на профилактичните изследвания за малария и други внасяни паразитози.
- През 2015 г. няма заболявания от дифтерия и полиомиелит, регистриран е 1 случай с тетанус.

- Данните за националния имунизационен обхват с включените в Имунизационния календар ваксини показват *много добро изпълнение на имунизационната програма* и през 2015 г.
- Продължават да *намаляват болестността и заболяемостта от туберкулоза. Намаляват* и случаите с мултирезистентна форма на туберкулоза.
- През 2015 г. нараства болестността и заболяемостта от злокачествени новообразувания спрямо предходната година, *но остава под средните за ЕС стойности*. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1385.6‰) и рак на женските полови органи
- Броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰) през 2005 г. до 2 302 891 (32 082.7‰) през 2015 г. общо, както и основно във възрастовите групи над 18 г., *но през последната 2015 се наблюдава за пръв път намаление на тези показатели*.
- Най-голям е броят на хоспитализираните на 100 000 население сред лицата *над 65 годишна възраст*.
- Сред причините за хоспитализация водещи са *болестите на органите на кръвообращението, болестите на дихателната система и болестите на храносмилателната система*.
- Броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 год. възраст през последните години *намалява*, като през 2013 г. и 2014г. показва известно увеличение и *отново намалява през 2015г.* и достига 65 751 души.
- През последните две години *намалява* броят на децата до 16 г. възраст, с признати вид и степен на увреждане, като дялът на децата с 71-90% е 16.2%, а с най-тежката степен над 90% са 10.5%.
- Показателите за разпространението на психичните заболявания *не показват тенденции за подобряване*. През периода 2007 -2015 г. е налице трайна тенденция към макар и бавно нарастване на броя на опитите за самоубийство, както и устойчиво намаляване на средната възраст на суицидантите. Причините за това са комплексният характер на факторите, които обуславят психичното здраве, не малка 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.
- Здравното състояние на децата и учениците *не се различава съществено от предходните години*. Основните здравни проблеми, остават, независимо от предприетите мерки - *наднормено тегло и затлъстяване, зрителни аномалии, гръбначни изкривявания, болести на нервната система*. Водещо място в структурата на заболяванията при децата от 1 до 7 г. заема бронхиалната астма.
- *Увеличава се обхватът на децата и учениците с профилактични прегледи*, но все още остава под желания максимален обхват.

Рискови фактори за здравето

Социално-икономически фактори, имащи отношение към здравето

- За 2015 г. реалните доходи на населението спрямо 2014 г. *нарастват* с 3% при запазена структура.
- Разходите на българските домакинства също *нарастват*. 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, но страната заема едно от последните места по разходи за здравеопазване на глава от населението.*
- Относителният дял на хората в риск от бедност и социално изключване *остава сравнително висок* (40.1%), над средното равнище за ЕС, независимо че като цяло лицата, живеещи под абсолютния праг на бедността, е намалял. Най-висок е за децата до 18-годишна възраст и населението в над трудоспособна възраст; за безработните, пенсионерите и останалите икономически неактивни лица.
- Коефициентът на безработица в България през 2015 г. *намалява*, като при мъжете е по-висок в сравнение с жените. Най-висок е коефициентът на младежката безработица във възрастовата група 15-24 г.
- Продължават да бъдат съществен проблем *продължително безработните* (от една или повече години), които най-често отпадат от здравноосигурителната система и през 2015 г. са 187 хил. души (61,3% от всички безработни).

Фактори на околната среда, имащи отношение към здравето

- Резултатите за 2015 г. от мониторинга на качеството на атмосферния въздух *не показват значими разлики в сравнение с предходния наблюдаван период*. Мерките, свързани с намаляване нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението са свързани с изнасяне на промишлените дейности извън урбанизираните територии; газифициране на населените места; оптимизиране на съществуващата транспортна схема и трафика; залесяване и др.
- Експозицията на шум в последните години *слабо намалява*, но нивата на шума като цяло се запазват високи. Запазва се утежненият акустичен климат в зони с приоритетна шумова защита, прилежащи към детски, лечебни и учебни заведения и места за отдих. Най-важната мярка за намаляване на шумовото въздействие е факторът шум да бъде включен в политиките за териториално устройство и градоустройство.
- В по-голяма част от зоните на водоснабдяване в страната се подава *питейна вода, без трайни отклонения в качеството ѝ*. По физико-химични показатели процентът на несъответствие се запазва на 1% (при аналогично ниво за 2014г.). Отклонения в химичния състав на питейните води са регистрирани по показатели: нитрати, флуориди, хром, арсен, манган и желязо. Несъответствието по микробиологични показатели общо за страната за 2015 г. намалява до 3%, при 4.3% за 2014 г.. По здравнозначимите микробиологични показатели (Е. Коли и Ентерококи) съответствието е 97,4%, като отклоненията са най-вече в по-малките зони на водоснабдяване с амортизирана ВиК мрежа.
- Проведеният през сезон за къпане 2015 г. мониторинг на качеството на водите за къпане показва, че като цяло за страната процентът на зоните, с отлично качество на

водите е 71.3% (84.4% за ЕС), с добро качество – 20.2% (9.1% за ЕС), със задоволително – 5.3% (2.6% за ЕС) и 3.2% - с лошо качество (1.6% за ЕС).

- През 2015 г. *не са установени 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 2015 г. в Р. България *не са установени проби от храни с нерегламентирано съдържание на ГМО*.
- Резултатите от мониторинга на електромагнитното поле в близост до детски, учебни и лечебни заведения и в околната среда на 10% от всички обекти, източници на нейонизиращи лъчения, разположени на територия с голяма концентрация на население и жилищни сгради показват, че *стойностите на електромагнитното поле са значително под максимално допустимите*.
- Нивото на радиационната защита през 2015 г. в страната е *добро* и съответства на общоприетите международни стандарти и критерии в тази област. По изследваните радиологични показатели за водните проби, хранителните продукти и пробите от околна среда не са констатирани отклонения от характерните за съответните райони стойности.
- При контрола на обекти от ядрената промишленост с национално значение *не са установени отклонения* от нормативните граници. Нивото на радиационната защита в страната е приемливо и съответства на общоприетите международни стандарти и критерии в тази област.

Рискови фактори, свързани с начина на живот и труд

- Рисковите фактори свързани с начина на живот у нас *са широко разпространени сред населението*. Данните от Национално проучване на факторите на риска за здравето, проведено през 2014 г., показват, че 37.4% от възрастното население в страната пуши цигари, над 65% от анкетираните консумират алкохол и над 70.0% е с недостатъчна физическа активност.
- През 2015 г. е *нараснал средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия*. Установява се *нарастване на консумацията* на алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната с 0.8 литра спрямо 2014 г. (29.2 л), основно поради покачването през годините на употребата на бира, на фона на незначителен спад на консумацията на традиционните за България вина и ракии.
- Разпространението на употребата на хероин и други опиати в България остава сравнително *постоянно с лека тенденция за намаление* през последните пет-шест години. Канабисът е най-често употребяваният наркотик. Разпространението на употребата на стимуланти (амфетамини и кокаин) постепенно се увеличава, особено сред по-младото население. Общо 0,4% от населението в България са употребявали някакъв опиоид поне веднъж в живота си.
- Запазват се положителните тенденции в модела на хранене на населението, в България, но се отчитат и *негативни тенденции*, свързани с намалено потребление на пълнозърнести видове хляб и хлебни изделия; изразена вариабилност и сезонност в консумацията на пресни плодове и зеленчуци; ниска консумация на мляко, риба и бобови храни и висока консумация на месо и месни продукти, на захар, захарни, шоколадови и сладкарски изделия.

- Запазва се висок относителният дял на наднорменото телесно тегло (свръхтегло и затлъстяване) при лицата над 1-годишна възраст. Поднорменото тегло във всички възрастови групи е в рамките на нормалното разпределение, като рисковата група са жените на възраст 19-29 години (12,9% поднормено тегло).
- През 2015 г. общият брой трудови злополуки *незначително се увеличава* спрямо 2014 г., но броят на тези с летален изход и инвалидните злополуки на работното място *е намалял* спрямо предходната година. Наблюдава се слабо подобряване на разкриваемостта и регистрацията на професионалните заболявания, която обаче остава в пъти по-ниска в сравнение с повечето страни в ЕС.

Функциониране на здравната система

- През 2015г. *няма съществени промени в структурата на здравната система* в сравнение с предходната година. Тя продължава да се характеризира с:
 - хипертрофирала, неравномерно разпределена и фрагментирана болнична мрежа;
 - недостатъчно развит и използван капацитет на извънболничната помощ, водещ до неравнопоставен достъп на населението до базова медицинска помощ, особено в труднодостъпни и отдалечени райони;
 - дезинтегрирана и ресурсно недостатъчно обезпечена спешна помощ;
 - липсва на капацитет за предоставяне на услуги, свързани с дългосрочни грижи за хора с увреждания, хронични заболявания, възрастни хора;
- През 2015 г. е *осигурена стратегическата рамка за извършване на реформа в системата на здравеопазването*, насочена към адаптиране на системата към здравните потребности на гражданите и бъдещите предизвикателства, свързани с влошаване на демографската структура и застаряването на населението – Концепция „Цели за здраве 2020“, Национална здравна стратегия 2020 и План за действие към нея.
- В съответствие с поставените стратегически цели в програмните и стратегически документи на правителството, през 2015 г. са *приети законодателни промени в основните закони, регулиращи системата* - Закона за здравното осигуряване, Закона за лечебните заведения, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина и др. Общо през годината са изготвени, приети и въведени в действие 59 нормативни акта, които имат съществено значение за развитието на системата на здравеопазването.
- Финансирането на системата на здравеопазването и през 2015г. се осъществява *основно от Националната здравноосигурителна каса* за дейности, включени в основния пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК *и от държавни бюджет* за дейности, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Останалите източници на финансиране – общини, застрахователни дружества и др., имат малък относителен дял във финансирането на системата.
- Приетите със Закона за бюджета на НЗОК за 2015 г., приходи и трансфери *всичко са в размер на 3 075 534 хил. лв.* В резултат на *събраните повече приходи* към 31.12.2015 г., годишният план на приходите и трансферите - всичко е в размер на 3 129 202 хил. лв., което е с 53 668 хил. лв. повече от предвидените в ЗБНЗОК за 2015 г. Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери към 31.12.2015 г. възлиза на 3 133 347 хил. лв.

- Постъпилите към 31.12.2015 г. здравноосигурителни вноски са в размер на 2 110 509 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,9% спрямо заложените в годишен план за 2015 г. средства. В сравнение със същия период на 2014 г. се отчита *ръст* със 182 616 хил. лв. или с 9,5%. Отчетеният ръст се дължи на увеличения период за възстановяване на здравноосигурителните права от 36 месеца на 60 месеца, съгласно чл.109, ал.2 от ЗЗО.
- Приходите от вноски за работници и служители от работодатели за 2015 г. са 1 182 424 хил. лв., Приходите от здравноосигурителни вноски за работници и служители от работодатели към 31.12.2015 г. съставляват *56,0% от събраните здравноосигурителни вноски.*
- Здравноосигурителните приходи от вноски от самонаети (самоосигуряващи се лица) за 2015 г. са 130 521 хил. лв., *отчита се нарастване* с 6,7%, което е с 8 228 хил. лв. повече спрямо отчетените 122 293 хил. лв. през предходната 2014 година. Тези приходи съставляват 6,2% от събраните здравноосигурителни вноски.
- Планираните средства за трансфери за здравноосигуряване, за лица, чието здравноосигуряване се поема от републиканския бюджет са в размер на 978 279 хил. лв. Към 31.12.2015 година са получени 978 279 хил. лева, което представлява 100,0 % от заложените в Закона за бюджета за НЗОК за 2015 г. средства или с 3 019 хил. лева *повече* в сравнение с получените през 2014 г.
- Неосигурените лица през 2015 г. са 17,7% от всички лица, водени като задължително здравно осигурени (1 318 хиляди души), *намаление от 6,1% в сравнение с 2014 г.*
- Към 31.12.2015 г. са разходвани 3 126 020 хил. лева или 99,9% от заложените в годишен план средства.
- Данните за 2015 г. показват, че разходите за функция „Здравеопазване” в държавния бюджет са били 632,8 млн. лв. и *са се увеличили* спрямо 2014 г. с 22,2 млн. лв. (3,6 %). С най-голямо увеличение са разходите за Министерството на здравеопазването от 28,8 млн. лв. или 7,3 %.
- 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 *се увеличават* от 69,1 млн. лв. за 2014 г. на 76,9 млн. лв. през 2015 г. -); Политика в областта на „Диагностиката и лечението“ (разходите *се увеличават* от 296,9 млн. лв. през 2014 г. на 324,4 млн. лв. през 2015 г.); Политика в областта на „Лекарствените продукти и медицинските изделия“ (разходите *се увеличават* от 16,1 млн. лв. през 2014 г. на 20,1 млн. лв. през 2015 г.)
- През 2015 г. МЗ е финансирало *10 национални програми.* Основната част от средствата по тези програми са за лекарства и консумативи, свързани с лечение и превенция на социално значими заболявания и психосоциална рехабилитация. Общите разходи са в размер на 6 268, 3 хил.лв.
- Отчетените за 2015 г. разходи за международни програми са в размер на 7 982, 9 хил. лв., основно за програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария.
- Нарастващите разходи за навлизането на нови и скъпоструващи лекарствени продукти и технологии, ще окаже съществено влияние върху функционирането на системата.

- Наблюдава се *увеличаване на броя на лекарите и намаление на специалистите по здравни грижи*. Осигуреността на системата с човешки ресурси *се доближава до средните европейски показатели*.
- И през 2015 г. продължават *диспропорциите в осигуреността* с медицински специалисти по области и региони, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ. Териториалното разпределение на специалистите по здравни грижи е по-балансирано.
- Възрастовата структура на медицинските специалисти остава *неблагоприятна*, като увеличаващата се средна възраст увеличава риска от дефицит при пенсиониране на поколенията.
- С цел защита интересите на специализантите и оптимизиране на процеса на обучение през 2015 г. е приета е нова наредба за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, с която се облекчава достъпът до специализация, в резултат на което се е увеличил броя на специализантите *се е увеличил с 857 нови специализанти*.
- Налице е тенденция през последните години за *намаляване* броя на издаваните удостоверения от МЗ за упражняване на медицинска професия в чужбина. През 2015 г. са издадени 364 удостоверения на лекари – български граждани при 411 за 2014 г.. През 2015г. са издадени 291 удостоверения на медицински сестри за работа в чужбина при 345 за 2014 г. Издадените от Министерството на здравеопазването удостоверения са по-скоро мярка за потенциалната емиграция, т. е. намеренията/желанието за емиграция.
- Без съществени промени остава системата за продължаващо обучение в здравеопазването. Предвиждат се мерки за регламентиране на продължаващото обучение като задължителен, а не препоръчителен елемент в системата на здравеопазването.
- Разпределението на структурите от националната здравна мрежа е *неравномерно с нарастващи териториални различия и неравнопоставеност* на населението по отношение на достъпа до отделните видове медицинска помощ.
- Осигуреността с общопрактикуващи лекари (ОПЛ) през 2015 г. средно за страната е един лекар на 1 655 здравноосигурени лица (ЗОЛ). Налице се сериозни *диспропорции* в осигуреността с ОПЛ в различните области и региони на страната.
- През 2015 г. е *увеличен* броят на проведените от ОПЛ профилактични и диспансерни прегледи. Диспансеризираните от ОПЛ през 2015 г. пациенти с „Болести на органите на кръвообращението“ са 1 426 894, а с „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ – 344 674. През 2015г. ОПЛ отчитат средно 2,69 прегледа по диспансерно наблюдение на едно диспансеризирано ЗОЛ.
- Продължават да преобладават индивидуални практики за първична медицинска помощ като форма на организация на работа на общопрактикуващите лекари.
- Извънболничната помощ не развива своя капацитет за осигуряване на непрекъснат достъп на пациентите до първична и специализирана помощ, особено в труднодостъпните и отдалечени места.
- Осигуреността на населението с болнични легла през 2015 г. *нараства* на 72.6 на 10 000 души при 67,6 през 2014 г., *при запазена ниска осигуреност на населението с легла за дългосрочна грижа* (1.4 на 10 000 души).

- Над половината от общия болничен леглови фонд (54.1%) е *концентриран* в 7 области - София-град (20.24%); Пловдив (11.75%), Стара Загора (4.51%); Варна (5.39%), Пазарджик (3.85%), Бургас (4.47%), Плевен (3.84%).
- Използваемостта на леглата през 2015 г. общо за сектора *остава ниска* – 248 дни (67%), *което означава, че 1/3 или 33% от общият леглови фонд в страната не се използва изобщо*. Това формира на 16 000 свободни болнични легла, за поддръжката на които се разходват ресурси, без да са налице съответни здравни потребности.
- Сключените договори по КП към 31 декември 2015г. са 19 140 бр. или с 366 бр. КП повече спрямо 2014г. (18 774). За изпълнение на клинични процедури/процедури (КПр/Пр) са сключени договори със 116 изпълнители на болнична медицинска помощ, което е с 11 бр. повече от предходната 2014г.
- Честотата на хоспитализациите *намалява незначително* от 32.16 през 2014 г. до 32.08 хоспитализации на 100 души от населението през 2015 г.
- Приетите от центровете за спешна медицинска помощ повиквания през 2015 г. са 789 570, а изпълнените повиквания са 769 638 или 97,5% от приетите повиквания. Изпълнението през 2015 г. *показва увеличение на броя на повикванията* спрямо 2014 г., когато са отчетени 759 689 приети и 737 452 изпълнени повиквания.
- Системата за спешна медицинска помощ продължи да изпълнява значителна по обем дейност, свързана с дейности, които *не попадат в обхвата на конкретната дейност по оказване на спешна медицинска помощ*.
- Обръщаемостта към системата за спешна медицинска помощ остава висока поради затруднения достъп до извънболнична и болнична помощ, в т.ч. и поради нарушени здравноосигурителни права, като по този начин системата за спешна помощ се оказва единствена възможност за своевременно достъп не само до спешна, но и до базова медицинска помощ.
- МЗ е разработило модел за интегрирана система за спешна медицинска помощ в съответствие с приетата *Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020 г.* с приоритети: подобряване на структурата и материално-техническата и финансова обезпеченост, устойчиво развитие на човешките ресурси, осигуряване на ефективна организация, координация и управление на интегрираната система за спешна медицинска помощ.
- В изпълнение на заложените в Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ за поетапно увеличение на възнагражденията на персонала в ЦСМП до 100% до края на 2020 г., от 01.01.2015г. възнагражденията на работещите *са увеличени с 20%*, като бе осигурена стартова основна заплата на начинаещ лекар в системата на спешната помощ от 1000 лв. За целта бяха осигурени допълнително 16 млн. лв. от държавния бюджет.
- От 01.01.2015 г. бе осигурено и *увеличение* на средствата за финансиране на спешните отделения в болниците с 3 млн. лв.
- През 2015 г. Министерство на здравеопазването приключи проект „Практически увод в лечението на спешните състояния“ (ПУЛСС), финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурс“2007-2013, по който бяха *обучени 5 580 души* от Центровете за спешна медицинска помощ – лекари, медицински персонал и шофьори и *442 души* от Спешните приемни отделения на Многопрофилните болници в областните градове.

- През 2015 г. са извършени общо *79 органични трансплантации* (39 за 2013 г.), в т.ч. 51 бъбречни трансплантации – 13 от жив донор и 38 от трупен донор; 17 чернодробни трансплантации (една от жив донор и един черен дроб е трансплантиран в страначленка на Евротрансплант); 8 сърдечни трансплантации (една е извършена в страначленка на Евротрансплант). През 2015 г. е осъществен обмен на 3 бели дроба за трансплантации в Евротрансплант.
- През 2015 г. дейностите по асистирана репродукция са завършили с *1644 раждания на едно здраво дете* (1446 за 2013 г.). Бременностите, завършили с раждане на близнаци са *291 – общо 582 деца, 3 раждания на повече от два плода*.
- Делът на безвъзмездните кръводарявания от близки на болни спрямо общия брой безвъзмездни кръводарявания е *79.29%*, аналогични резултати на 2014 г.
- Наблюдава се *леко намаляване* на броя на редовните (платени) кръводарявания.
- Най-често констатираните нарушения при извършените проверки в здравната служба са слабости в организацията и управлението на лечебния процес; нарушения, свързани с неизпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти и нарушения, свързани с неспазване правата на пациентите, в т.ч. неспазване на принципа на своевременност, достатъчност и качество на медицинското обслужване.
- Контролната дейност на Изпълнителната агенция „Медицински одит“ показва, че основните причини, довели до нежелани сериозни събития по време на диагностично-лечебния процес, се отнасят до слабости в организацията и мениджмънта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

„Ключът към бъдещето е да се промени начина на мислене на политиците, изпълнителите на медицинска помощ и представителите на обществото. Всички те трябва да престанат да гледат на здравеопазването като на система за борба със заболяванията и да започнат да поставят фокуса върху промоцията на здравето и доброто физическо състояние. Успехът изисква политическа подкрепа, технически и административни иновации и промени в разпределянето на финансовите ресурси и други активи.“

„Здраве 2020“, СЗО

Съществува неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на населението в България, съответно за предотвратяване на голяма част от заболяванията и преждевременната смъртност, който основно е в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите. Промоцията въвежда активния подход към здравето и променя отношението на личността към него (личностен подход и социална отговорност), а профилактиката променя някои рискови за здравето фактори с цел недопускане на заболяване или предпазване от усложнения.

Ефективната профилактика обхваща едновременно няколко основни направления: подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични); приобщаване на населението към здравословния начин на живот; разработване и реализация на програми за профилактика и ранна диагностика на хроничните заболявания; прилагане на интердисциплинарни модели в дейностите по тяхното лечение и рехабилитация и др.

Българската здравна система, подобно на останалите европейски здравни системи трябва да се приспособи към променящия се демографски модел на болестите, особено към предизвикателствата на хроничните заболявания, психичното здраве и състояния, свързани със стареенето.

Отговорите на здравната система на тези променящите се тенденции изискват иновативни и комплексни решения, насочени към крайните потребители, в т.ч. и хората в добро здраве, които да са базирани на доказателства и да са възможно най-устойчиви на икономическите въздействия и кризи.

Това налага преориентиране на здравната система, за да се даде приоритет към превенция на болестите, насърчаване на непрекъснато подобряване на качеството и интегриране на предоставянето на услуги, осигуряване на последователност на грижите, подкрепа на самостоятелните грижи на пациенти и преместване на грижите най-близо до дома.

Дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите, следва да станат основна част от дейността на общопрактикуващите лекари и да прилагат успоредно с лечебно-диагностичната дейност. Предлаганите от лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ и болничните услуги следва да разширят спектъра си с такива, които имат профилактична насоченост.

В политиката за промоция на здравето и профилактика на болестите следва активно да бъдат въввлечени и други обществени сектори (образованието, социалната сфера и др., местните органи на власт, бизнесът, средствата за масова информация, неправителствените организации, населението). Само при такова взаимодействие би могло настоящите междусекторни политики, насочени към превенция и контрол на рисковите фактори, да дадат резултат.

Настоящото състояние на здравето на българските граждани и тенденциите по отношение на рисковите фактори за общественото здраве изискват мерки, които са намерили своето отражение в определените приоритети и политика на Концепция „Цели за здраве 2020“ и Националната здравна стратегия 2020, които се явяват адекватен отговор на установените проблеми и осигуряват условия за устойчиво подобряване на показателите за здраве.

ПРИЛОЖЕНИЯ

I. Таблици

Таблица 1. Заболяемост, смъртност и леталитет от остри заразни болести* в България през 2015 г.

№	Нозологични единици	Заболели (брой)	Заболяемост (на 100 000)	Умрели (брой)	Смъртност (на 100 000)	Леталитет (%)
1	Антракс	3	0,04	2	0,03	66,67
2	БММЕ хемофилус инфлуенце	4	0,06	0	0,00	0,00
3	БММЕ пневмококов	31	0,43	11	0,15	35,48
4	БММЕ стрептококов	8	0,11	1	0,01	12,50
5	БММЕ други**	67	0,93	10	0,14	14,93
6	Ботулизъм	3	0,04	0	0,00	0,00
7	Бруцелоза	37	0,51	0	0,00	0,00
8	Бяс	0	0,00	0	0,00	0,00
9	Вариант на болестта на Кройтцфелд-Якоб	0	0,00	0	0,00	0,00
10	Вариола	0	0,00	0	0,00	0,00
11	Варицела	24767	343,88	0	0,00	0,00
12	Вирусни менингити и менингоенцефалити	183	2,54	6	0,08	3,28
13	ВХТ Кримска-Конго хеморагична треска	4	0,06	2	0,03	50,00
14	ВХТ Хеморагична треска с бъбречен синдром	1	0,01	1	0,01	100,00
15	Вирусен хепатит тип А	1062	14,75	1	0,01	0,09
16	Вирусен хепатит тип В	263	3,65	8	0,11	3,04
17	Вирусен хепатит тип С	85	1,18	0	0,00	0,00
18	Вирусен хепатит тип D	5	0,07	0	0,00	0,00
19	Вирусен хепатит неопределен	241	3,35	2	0,03	0,83
20	Гастроентерит, ентероколит	17605	244,44	16	0,22	0,09
21	Дизентерия (шигелоза)	410	5,69	0	0,00	0,00
22	Дифтерия	0	0,00	0	0,00	0,00
23	Епидемичен паротит	18	0,25	0	0,00	0,00
24	Жълта треска	0	0,00	0	0,00	0,00
25	Западнонилска треска	3	0,04	0	0,00	0,00
26	Инвазивна инфекция, пневмококова	0	0,00	0	0,00	0,00
27	Инвазивна инфекция, хемофилус инфлуенце	0	0,00	0	0,00	0,00
28	Йерсиниоза	12	0,17	0	0,00	0,00
29	Кампилобактериоза	227	3,15	0	0,00	0,00
30	Коклюш	35	0,49	0	0,00	0,00
31	Колиентерити (ешерихиози)	382	5,30	0	0,00	0,00
32	Инфекция, предизвикана от	0	0,00	0	0,00	0,00

	<i>E. coli</i> , продуциращи Shiga/Vero токсини (STEC/VTEC)					
33	Кореман тиф/Паратиф	0	0,00	0	0,00	0,00
34	Ку треска	18	0,25	0	0,00	0,00
35	Кърлежов енцефалит	2	0,03	0	0,00	0,00
36	Лаймска борелиоза	469	6,51	1	0,01	0,21
37	Легионерна болест	2	0,03	0	0,00	0,00
38	Лептоспирози	17	0,24	0	0,00	0,00
39	Листерия	5	0,07	2	0,03	40,00
40	Марсилска треска	220	3,05	3	0,04	1,36
41	Менингококова инфекция (менингоков менингит и сепсис)	12	0,17	4	0,06	33,33
42	Морбили	0	0,00	0	0,00	0,00
43	Орнитоза	0	0,00	0	0,00	0,00
44	Петнист тиф	0	0,00	0	0,00	0,00
45	Полиомиелит	0	0,00	0	0,00	0,00
46	Остри вяли парализи	233	3,24	0	0,00	0,00
47	Птичи грип А/Н5 или А/Н5N1 при хора	0	0,00	0	0,00	0,00
48	Ротавирусен гастроентерит	1881	26,12	0	0,00	0,00
49	Рубеола	5	0,07	0	0,00	0,00
50	Вродена рубеола	0	0,00	0	0,00	0,00
51	Салмонелоза	1109	15,40	1	0,01	0,09
52	Скарлатина	5020	69,70	0	0,00	0,00
53	Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	0	0,00	0	0,00	0,00
54	Тетанус	0	0,00	0	0,00	0,00
55	Тулaremия	22	0,31	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		54 471	756,31	71	0,99	0,13

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2015 г.

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

**1 случай на БММЕ е погрешно съобщен в НЦОЗА като БММЕ пневмоков и е преместен в БММЕ други

Таблица 2. Моментна болестност при деца 0-6 г.

Заболявания и аномалии	Ши-фър	Общо деца	В това число	
			0-3 г.	4-6 г.
а	б	1	2	3
Общ брой деца	0	228 887	32 470	196 417
Общо прегледани деца	1	220 796	31 219	189 577
Туберкулоза (А15-А19)	2	4	0	4
Злокачествени новообразувания (С00-С96)	3	27	3	24

Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	4	24	2	22
Захарна болест (диабет) (E10)	5	86	1	84
Затлъстяване (E65-E68)	6	1 319	68	1 251
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	7	166	18	148
Неврози (F40-F48)	8	79	7	72
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	9	365	35	330
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	448	33	415
Олигофрения (F70-F79)	11	71	4	67
Детска церебрална парализа (G80)	12	375	32	343
Епилепсия (G40)	13	348	16	332
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	320	13	307
Смущения в зрението (H53)	15	1 552	86	1 464
Слепота и намалено зрение (H54)	16	179	12	167
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	266	66	200
• в т.ч. Глухота (H90)		151	10	141
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	9	1	8
Хипертонична болест (I10-I15)	20	4	0	4
Хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации (J35)	21	1 515	205	1310
Алергичен ринит (J30)	22	1 353	198	1 155
Пневмония (J12-J18)	23	1 576	359	1 217
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	1 073	248	825
Астма (J45)	25	2 212	164	2048
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	15	0	15
Гастрит и дуоденит (K29)	27	104	8	96
Абдоминална херния (K40-K46)	28	18	2	16
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	6	2	4
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	28	1	27
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	64	8	56
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	5	0	5
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (N91-N94)	33	1	0	1
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	24	0	24
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	157	7	150
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	61	4	57
Вродени аномалии (Q00-Q99) в т.ч.	37	253	29	224
• на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	158	13	145
• крипторхизъм (Q53)	39	12	0	12
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	9	1	8
Други	41	1 682	346	1336
Открити заболявания - всичко	42	15 795	1 997	14 064

Таблица 3. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците

Заболявания и аномалии	Ши-фър	Общо ученици	В това число		
			I клас	VII клас	X клас
а	б	1	2	3	4
Общ брой ученици	0	653 840	65 907	60 499	59 756
Общо прегледани ученици	1	587 740	60 010	53 539	44 312
Туберкулоза (A15-A19)	2	46	5	6	4
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	3	147	14	15	11
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	4	244	7	26	45
Захарна болест (диабет) (E10)	5	746	60	72	92
Затлъстяване (E65-E68)	6	10 496	1 166	1 293	765
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	7	400	40	34	28
Неврози (F40-F48)	8	375	18	41	51
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	9	720	140	74	33
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	1 982	245	226	78
Олигофрения (F70-F79)	11	906	94	130	67
Детска церебрална парализа (G80)	12	804	92	81	57
Епилепсия (G40)	13	1 670	189	173	116
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	3 132	242	265	271
Смущения в зрението (H53)	15	5 037	587	665	447
Слепота и намалено зрение (H54)	16	661	68	97	68
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	630	56	56	37
• в т.ч. Глухота (H90)	18	533	61	58	46
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	60	3	6	8
Хипертонична болест (I10-I15)	20	403	7	44	78
Хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации (J35)	21	790	154	97	48
Алергичен ринит (J30)	22	1 261	172	138	144
Пневмония (J12-J18)	23	596	110	71	24
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	539	72	68	42
Астма (J45)	25	4 513	693	325	274
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	81	3	12	9
Гастрит и дуоденит (K29)	27	533	34	102	68
Абдоминална херния (K40-K46)	28	32	1	3	1
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	20	3	1	2
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	89	6	4	4

Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	278	18	26	31
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	201	2	23	36
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (N91-N94)	33	163	0	19	27
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	427	13	35	57
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	764	68	89	114
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	2 325	275	344	201
Вродени аномалии (Q00-Q99) в т.ч.	37	945	81	62	55
• на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	577	59	44	27
• крипторхизъм (Q53)	39	22	4	1	2
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	163	9	12	27
Други	41	2 851	298	184	175
Открити заболявания - всичко	42	45 030	5 045	4 919	3 595

Таблица 4. Разходи за Национални програми, заплащани от Министерство на здравеопазването за 2015 г.

Програма	Разход в лв.
Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Р България	83, 0 хил.
Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции, приета с Протокол № 49/18.12.2008 г. на МС	1 142, 6 хил.
Национална програма за изпълнение на Националната стратегия за борба срещу наркотиците	59, 3 хил.
Национална програма на Р България за готовност за грипна пандемия	99,1 хил.
Здравна стратегия за лица в неравностойно положение принадлежащи към етническите малцинства	205, 5 хил.
Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 години в Р България	1 357, 8 хил.
Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести	39, 4 хил.
Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население	100,0 хил.
Национална програма за профилактика и контрол на векторно – предавани трансмисивни инфекции при хората в Р България	189,0 хил.
Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве	2 992, 6 хил.
ОБЩО	6 268, 3 хил.лв.

Таблица 5. Разходи за международни програми за 2015 г.

Програма	Разход в лв.
Програма «Превенция и контрол на ХИВ/СПИН», финансирана от Глобалния фонд за борба с ХИВ/СПИН, малария и туберкулоза	5 824,4 хил.
Програма «Укрепване на Националната програма по туберкулозата в България»	1 668,4 хил.
Програма «Подобряване на устойчивостта на Националната програма по туберкулоза	65,5 хил.

Таблица 6. Медицински персонал

	1980	1990	2000	2010	2014	2015
	Брой					
Лекари	21796	28497	27526	27997	28842	29073
Лекари по дентална медицина	4839	6109	6778	6355	7013	7512
Медицински специалисти по здравни грижи	77532	88387	49840	47468	48158	47428
В т. ч.:						
<i>фелдшери</i>	<i>7355</i>	<i>7617</i>	<i>3158</i>	<i>2417</i>	<i>2409</i>	<i>2315</i>
<i>акушерки</i>	<i>7897</i>	<i>7544</i>	<i>4131</i>	<i>3247</i>	<i>3263</i>	<i>3274</i>
<i>медицински сестри</i>	<i>45449</i>	<i>53810</i>	<i>31479</i>	<i>31786</i>	<i>31917</i>	<i>31397</i>
<i>лаборанти (клинични и рентгенови)</i>	<i>6757</i>	<i>7604</i>	<i>5964</i>	<i>5765</i>	<i>6003</i>	<i>5923</i>
<i>зъботехници</i>	<i>2342</i>	<i>2858</i>	<i>1305</i>	<i>1280</i>	<i>1710</i>	<i>1663</i>
<i>други</i>	<i>7732</i>	<i>8954</i>	<i>3803</i>	<i>2973</i>	<i>2856</i>	<i>2856</i>
	На 10 000 население					
Лекари	24.6	32.9	33.8	37.3	40.0	40.6
Лекари по дентална медицина	5.4	7.0	8.3	8.5	9.7	10.5
Медицински специалисти по здравни грижи	87.3	102.0	61.2	63.2	66.9	66.3
Население на:						
един лекар	407	304	296	268	250	246
един лекар по дентална медицина	1834	1419	1202	1181	1027	952

Източник: НСИ

Таблица 7. Медицински персонал по области на 31.XII.2015 г.

Области	Лекари	Лекари по дентална медицина	Медицински специалисти по здравни грижи	в това число		
				Фелдшери	Акушерки	Мед. сестри
На 10 000 население						
Общо¹⁾	40.6	10.5	66.3	3.2	4.6	43.9
Благоевград	31.5	9.5	52.5	3.6	2.7	38.1
Бургас	30.2	7.6	55.6	3.6	3.3	37.3
Варна	46.9	12.0	65.3	1.4	6.4	39.9
Велико Търново	30.4	8.2	56.0	4.4	1.8	39.8
Видин	35.8	11.6	51.4	9.0	4.4	28.7
Враца	39.0	8.0	73.0	5.9	4.7	51.6
Габрово	39.6	9.3	76.1	6.4	3.5	50.5
Добрич	26.6	7.6	46.5	3.2	3.0	30.2
Кърджали	26.9	8.7	56.3	5.0	5.0	37.4
Кюстендил	34.7	9.4	57.5	4.7	4.2	38.4
Ловеч	40.1	8.2	60.3	6.0	3.4	40.6
Монтана	32.2	6.8	55.7	7.1	4.2	34.7
Пазарджик	31.2	9.6	50.0	2.5	3.7	33.6
Перник	26.8	12.5	42.3	2.1	2.6	29.7
Плевен	54.6	7.0	82.9	3.5	6.4	55.4
Пловдив	48.1	16.6	72.0	1.1	4.6	47.5
Разград	26.2	6.6	49.8	5.5	2.5	31.7
Русе	34.8	8.7	64.0	5.4	6.0	39.6
Силистра	28.2	6.4	55.8	5.4	5.1	35.9
Сливен	29.8	7.0	53.1	4.2	2.8	35.1
Смолян	29.2	12.8	61.7	6.2	3.8	40.1
София-столица	49.1	13.9	76.2	0.9	6.3	48.8
София	36.7	6.2	54.7	1.1	3.3	38.7
Стара Загора	44.0	10.1	73.4	2.9	5.1	50.7
Търговище	28.8	5.9	61.9	5.9	4.3	38.5
Хасково	29.4	9.3	50.8	4.3	4.2	33.3
Шумен	31.1	7.7	57.9	5.0	3.0	39.6
Ямбол	27.9	9.0	57.5	6.1	3.0	36.3

Източник: НСИ

¹⁾ Вкл. персонала към други ведомства, който не е разпределен по области.

Таблица 8. Легла¹⁾ в лечебните заведения за болнична помощ и други лечебни заведения на 31.XII.2015 г. по видове²⁾

Области	Общо	За активно и интензивно лечение	За дългосрочна грижа	Психиатрични легла	Други легла	в това число	
						Физиотерапия и рехабилитация	Дневен стационар
На 10 000 население							
Общо	67.6	50.4	1.4	6.9	8.9	8.7	0.2
Благоевград	51.4	35.7	0.6	2.6	12.5	12.5	-
Бургас	62.8	32.6	0.8	6.1	23.3	22.7	0.6
Варна	55.8	47.1	0.6	4.2	3.9	3.9	-
Велико Търново	63.0	39.6	0.5	11.0	11.9	10.8	1.1
Видин	39.5	34.6	-	3.3	1.6	1.6	-
Враца	79.9	59.0	8.4	5.2	7.3	7.3	-
Габрово	86.4	60.5	14.0	10.3	1.6	1.6	-
Добрич	41.4	24.6	-	12.5	4.3	4.3	-
Кърджали	60.7	36.9	2.6	21.2	-	-	-
Кюстендил	80.4	49.6	-	2.5	28.3	28.3	-
Ловеч	81.8	45.5	-	34.6	1.7	1.7	-
Монтана	71.7	55.7	0.7	3.1	12.2	12.2	-
Пазарджик	71.5	55.2	6.0	3.8	6.5	6.5	-
Перник	38.0	31.2	-	2.0	4.8	4.8	-
Плевен	74.6	66.3	0.6	4.5	3.2	3.2	-
Пловдив	93.6	75.7	0.2	5.0	12.7	11.8	0.9
Разград	46.7	36.9	-	6.8	3.0	3.0	-
Русе	80.1	50.7	0.7	21.5	7.2	7.2	-
Силистра	40.7	37.6	-	1.3	1.8	1.8	-
Сливен	53.6	48.1	0.3	1.0	4.2	4.2	-
Смолян	85.7	46.7	0.8	3.6	34.6	34.6	-
София-столица	76.1	61.5	1.6	3.7	9.3	9.1	0.2
София	69.1	52.5	2.2	4.0	10.4	10.4	-
Стара Загора	75.4	47.2	0.6	18.4	9.2	8.3	0.9
Търговище	52.8	45.1	0.8	6.9	-	-	-
Хасково	45.1	37.1	0.6	4.2	3.2	3.2	-
Шумен	51.8	37.3	-	11.9	2.6	2.6	-

Ямбол	33.9	30.3	-	2.4	1.2	1.2	-
-------	------	------	---	-----	-----	-----	---

Източник: НСИ

¹⁾ Без леглата от заведенията към други ведомства.

²⁾ В съответствие с използваната от Евростат статистическа групировка.

Таблица 9. Дейност на стационарите на лечебните заведения през 2015 г.

Видове заведения	Постъпили	Изписани	Умрели	Проведени легло-дни	Преминали	Използваемост на леглата (дни)	Оборот на леглата	Среден престой на 1 болен (дни)	Леталитет (%)
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко¹⁾	2107322	2081171	25622	10974259	2121236	248	48	5.2	1.2
Многопрофилни болници	1228695	126215	22369	6316909	1237745	255	50	5.1	1.8
Многопрофилна болница за активно лечение	1226853	1204373	22369	6303764	1235903	256	50	5.1	1.8
Специализирани болници	287092	286431	703	1863436	288759	261	41	6.5	0.2
Специализирана болница за активно лечение	161089	160518	622	813643	162288	258	51	5.0	0.4
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение	6363	6309	5	93430	6437	271	19	14.5	0.1
Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация	21019	20960	76	238908	21347	268	24	11.2	0.4
Специализирана болница за рехабилитация	98621	98644	-	717455	98687	262	36	7.3	-

Психиатрични болници	9554	9543	66	621445	11167	261	5	55.7	0.7
Частни заведения за болнична помощ	581981	578982	2484	2172469	583565	218	59	3.7	0.4
Комплексни онкологични центрове	81224	80636	574	294679	81447	239	66	3.6	0.7
Центрове за кожно-венерически заболявания	2706	2701	-	20793	2726	297	39	7.6	-
Центрове за психично здраве	22824	22682	22	473078	23693	300	15	20.0	0.1

Източник: НСИ

Таблица 10. Основни параметри, характеризиращи контролната дейност

№	Показатели	Резултат	Резултат
		01.01-31.12.2014 г.	01.01-31.12.2015 г.
1	Брой ЛЗ, с които са сключени договори за изпълнение на КП/КПр/Пр и ВСМД	350	359
2	Сключени договори по КП	18 774	19 140
2.1	Сключени договори по КПр/Пр (клинични процедури, процедури)	439	497
3	Общ брой извършени проверки в ЛЗБП в т.ч.:	8 334	7 248
3.1.	Самостоятелни проверки	6 881	6 071
3.1.1	Самостоятелни проверки по жалби	302	326
3.2	Съвместни проверки с НЗОК	852	612
3.2.1	Съвместни проверки по жалби с НЗОК	63	59
3.3	Съвместни проверки с др. институции	0	11
3.4	Брой проверки на условията за сключване на договорите	236	169
4	Общ брой извършени проверки в ЛЗ, изпълняващи ВСМД към Наредба № 40 от 2004	164	98
5	Общ брой проверени КП	87 711	59 453
5.1	Общ брой констатирани нарушения по КП, в т.ч.	14 641	8 627
6	Брой проверени ИЗ	645 591	473 196
6.1	Брой ИЗ с нарушения	16 664	9 563
6.1.1	% ИЗ с установени нарушения от общо проверените	3%	2%
7	Брой проверки с установени нарушения	2316	1812
7.1	% на проверките с установени нарушения	28%	25%
8	Брой проверки с установени суми за възстановяване	906	893
8.1	% на проверките с установени суми за възстановяване	11%	12,3%

¹⁾ Без заведенията към други ведомства

Таблица 11. Брой разрешени места за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти

Година	Държавни програми	Общински програми	Програми без държавно и/или общинско участие
2014	3 програми 541 места Метадон	6 програми 850 места Метадон	21 програми 3241 места <i>2861 места Метадон</i> <i>241 места Субститол</i> <i>139 места Бупренорфин</i>
2015	3 програми 510 места Метадон	6 програми 820 места Метадон	21 програми 2 939 места <i>2690 места Метадон</i> <i>221 места Субститол</i> <i>28 места Бупренорфин</i>

Таблица 12. Лабораторни изследвания на кръводарители и дарена кръв в НЦТХ

Показател	2013 г.	2014 г.	2015 г.
1. Имунохематологични изследвания на дарена кръв	700 889	727 291	689 736
2. Изследвания на трансмисивни инфекции на дарена кръв	272 527	269 397	272 428
2.1. HBSAG	68 802	67 443	67 343
2.2. HCV	67 982	69 741	72 552
2.3. HIV	67 603	66 094	66 416
2.4. Tr. Pallidum	68 140	66 119	66 117

Таблица 13. Имунохематологични изследвания на пациенти и паспортизиране на граждани в НЦТХ

Показател	2013 г.	2014 г.	2015 г.
1. Имунохематологични изследвания на пациенти	103 268	99 177	115 275
2. Паспортизиране на граждани	1 350	1 143	455

Таблица 14. Разпределение (%) по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р България за периода 2006 – 2015 г.

Година	Общ брой пунктове, %	Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони, в %						
		под 58	58-62	63-67	68-72	73-77	78-82	над 82
		dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)
2006	100%	14,04%	18,03%	32,64%	27,32%	7,40%	0,57%	0,00%
2007	100%	18,03%	16,34%	26,62%	30,42%	8,31%	0,28%	0,00%
2008	100%	17,91%	17,91%	28,51%	26,03%	8,95%	0,69%	0,00%
2009	100%	19,26%	16,23%	31,22%	26,27%	7,02%	0,00%	0,00%
2010	100%	20,83%	15,52%	32,04%	24,43%	7,18%	0,00%	0,00%
2011	100%	21,05%	16,09%	32,32%	24,07%	6,46%	0,00%	0,00%
2012	100%	22,63%	17,08%	32,78%	20,80%	6,89%	0,00%	0,00%
2013	100%	23,42%	15,56%	33,33%	22,59%	5,10%	0,00%	0,00%
2014	100%	20,98%	17,89%	33,66%	22,40%	5,07%	0,00%	0,00%
2015	100%	20,91%	17,47%	34,25%	22,83%	4,54%	0,00%	0,00%

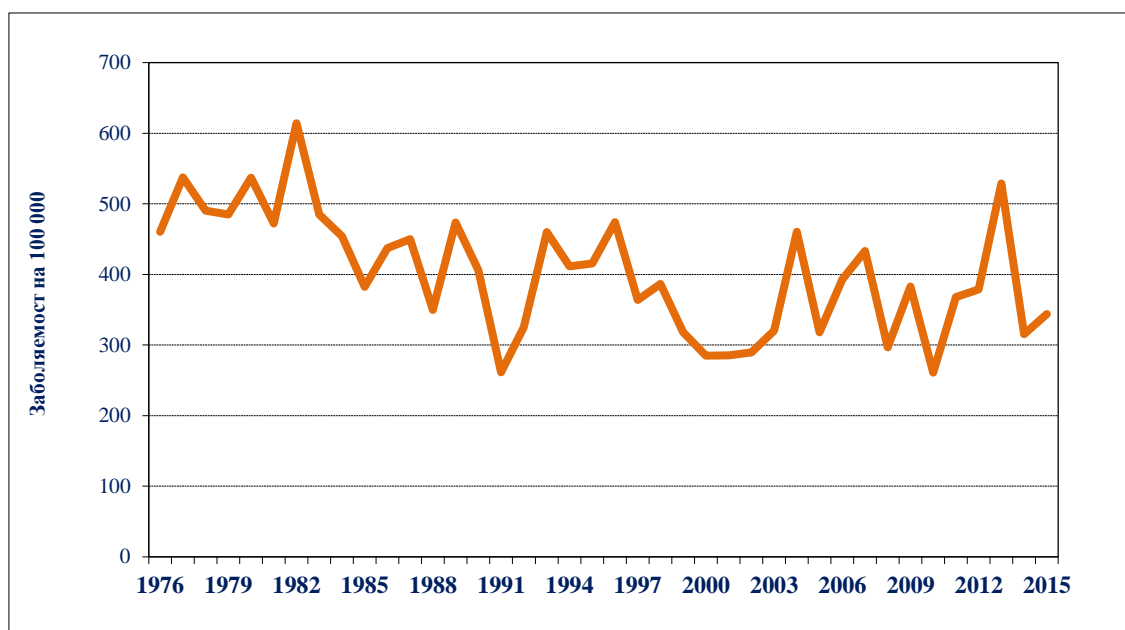
Източник: РЗИ

Таблица 15. Разпределение на учениците, правили опити да пушат, по пол и възрастови групи (%)

Опити за пушене		Момчета			Момичета			Общо		
		10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Да		13.6	52.4	35.7	13.7	61.1	40.9	13.7	57.0	38.4
Не		86.3	47.6	64.3	86.3	38.9	59.1	86.3	43.0	61.6

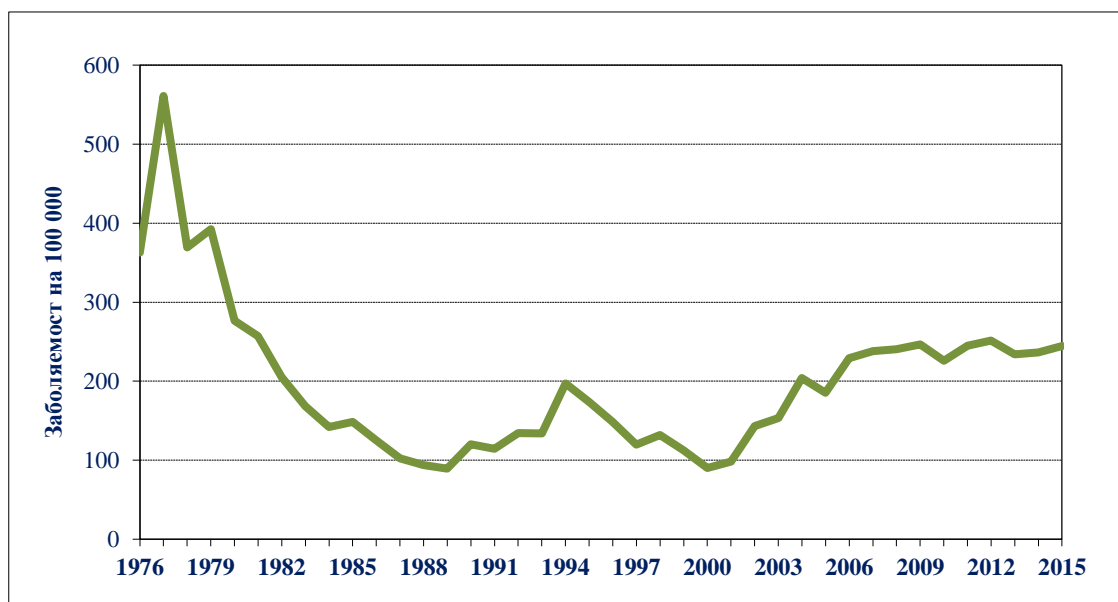
II. Фигури

Фиг. 1. Заболяемост от варицела в България 1976 - 2015 г.



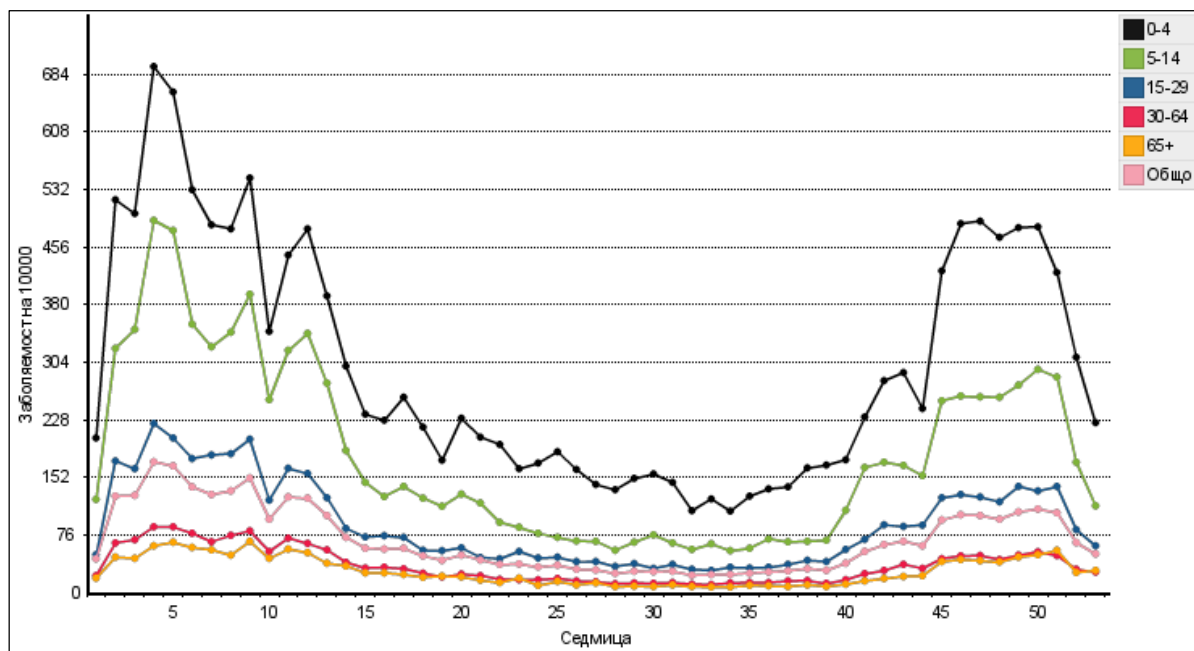
Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2015 г.

Фиг. 2. Заболяемост от гастроентерити и ентероколити в България 1976 - 2015 г.



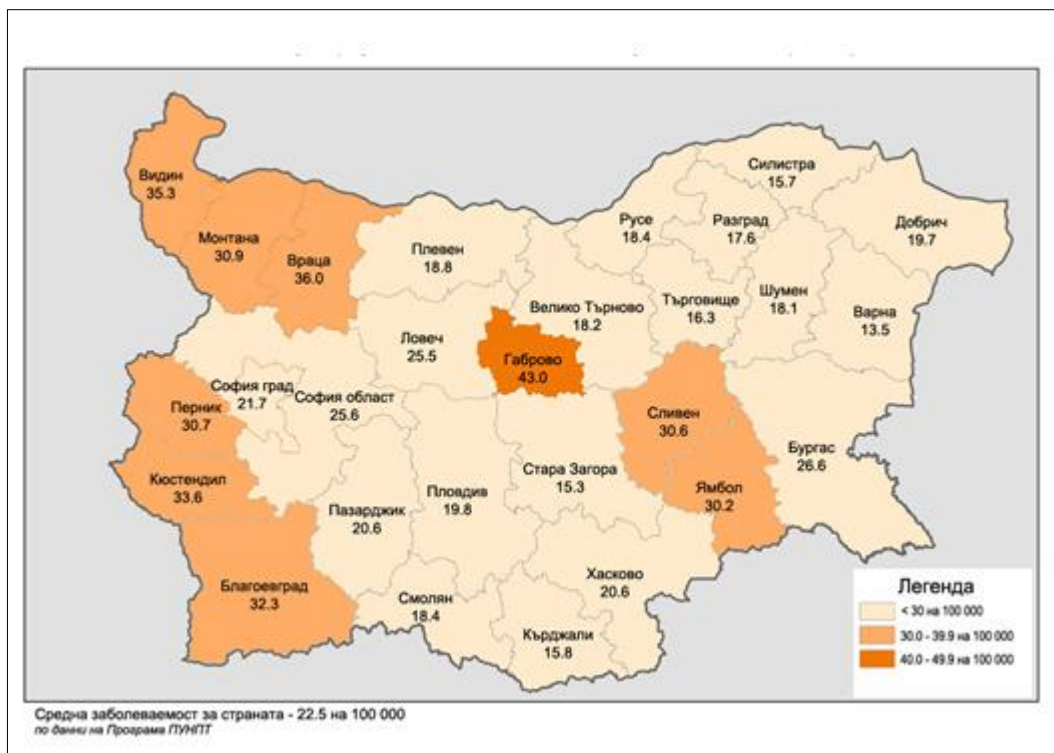
Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2015 г.

Фиг. 3. Седмична заболяемост от грип и ОРЗ по възрастови групи в България през 2015 г.



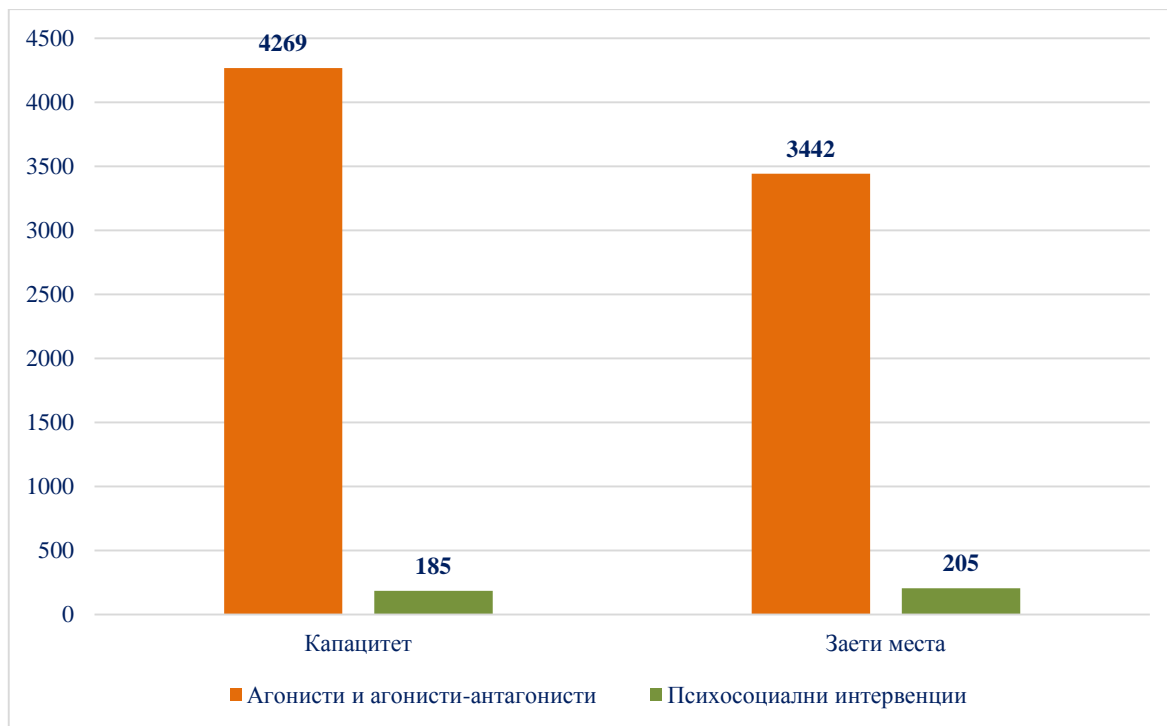
Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2015 г.

Фигура 4. Заболяемост от туберкулоза по области през 2015 г.

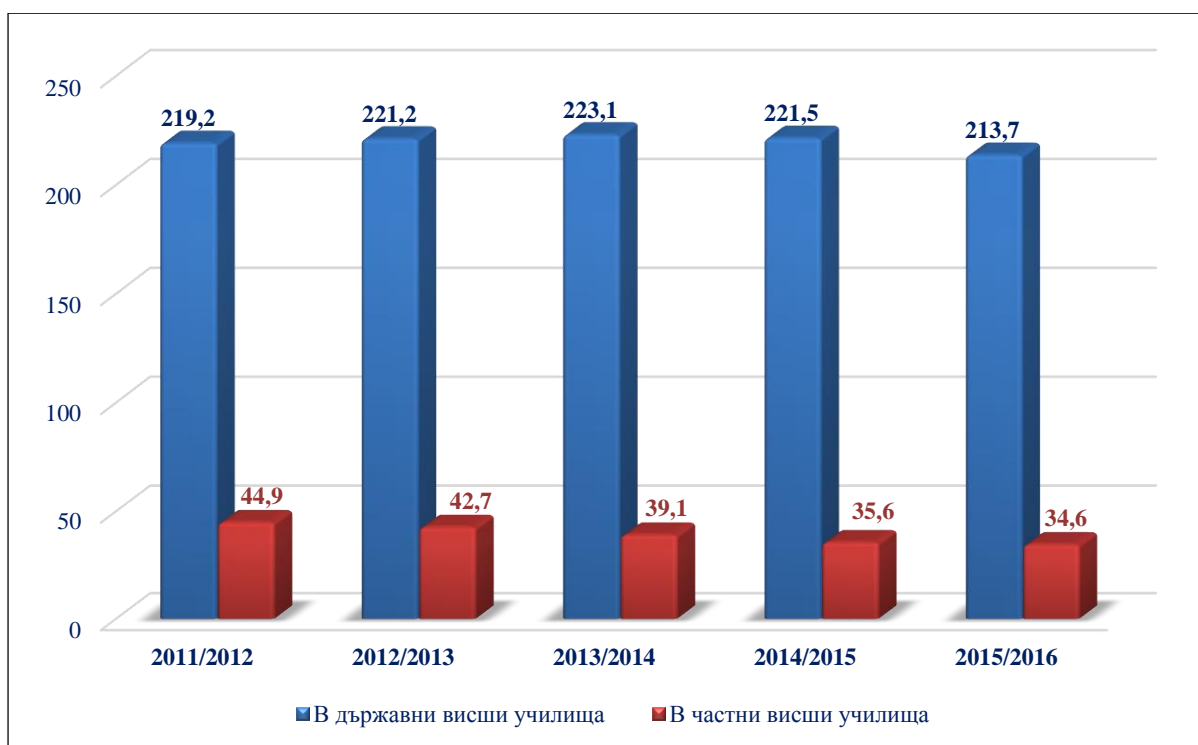


Източник: МЗ, , Отдел "Специализирани донорски програми", Дирекция „МДПП“

Фигура 5. Брой пациенти в програмите за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти и в програмите за психосоциална рехабилитация на лица със зависимост през 2015г.



Фигура 6. Обучение на студенти-магистри в държавни и частни училища, в хиляди



Източник: НСИ

III. Списък на актовете в областта на здравеопазването обнародвани в Държавен вестник през 2015 г.

ОБНАРОДВАНИ НОРМАТИВНИ АКТОВЕ В ДЪРЖАВЕН ВЕСТНИК ЗА ПЕРИОДА 1 ЯНУАРИ 2015 Г. – 31 ДЕКЕМВРИ 2015 Г.

I. Закони

1. Закон за изменение и допълнение на Закона за медицинските изделия;
2. Закон за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване;
3. Закон за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения;
4. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2016 г.;
5. Закон за изменение и допълнение на Закона за защита от вредното въздействие на химичните вещества и смеси.

II. Постановления

1. Постановление № 442 от 2014 г. за одобряване на вътрешнокомпенсирани промени на утвърдените разходи по области на политики/бюджетни програми по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2014 г.;
2. Постановление № 452 на Министерския съвет от 2014 г. за одобряване на допълнителни средства по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2014 г.;
3. Постановление № 3 на Министерския съвет от 2015 г. за допълнение на Правилника за устройството и дейността на Военномедицинската академия, приет с Постановление № 168 на Министерския съвет от 2009 г.;
4. Постановление № 57 на Министерския съвет от 2015 г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване;
5. Постановление № 67 на Министерския съвет от 2015 г. за приемане на Устройствен правилник на Министерството на здравеопазването и на Устройствен правилник на Изпълнителна агенция "Медицински одит";
6. Постановление № 70 на Министерския съвет от 2015 г. за изменение и допълнение на Правилника за устройството и дейността на многопрофилните транспортни болници към Министерството на транспорта;
7. Постановление № 115 на Министерския съвет от 2015 г. за изменение и допълнение на 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;
8. Постановление № 142 на Министерския съвет от 2015 г. за одобряване на допълнителни плащания по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2015 г. във връзка с предоставяне на средства от Револвиращия инвестиционен фонд по проект "Реформа в здравния сектор – заем БУЛ 4565";
9. Постановление № 146 на Министерския съвет от 2015 г. за създаване на Централен орган за възлагане на обществени поръчки в сектор "Здравеопазване";
10. Постановление № 148 на Министерския съвет от 2015 г. за изменение и допълнение на Устройствения правилник на Изпълнителната агенция по лекарствата;
11. Постановление № 151 на Министерския съвет от 2015 г. за създаване на Съвет "Партньорство за здраве";
12. Постановление № 153 на Министерския съвет от 2015 г. за изменение на Постановление № 256 на Министерския съвет от 2009 г. за приемане на Устройствен правилник на Министерството на здравеопазването;

13. Постановление № 173 от 2015 г. за одобряване на допълнителни разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2015 г.;

14. Постановление № 176 от 2015 г. за закриване на Дома за медико-социални грижи за деца – Ветрен, община Септември, и на Дома за медико-социални грижи за деца – Разград;

15. Постановление № 197 от 2015 г. за приемане на Правилник за функциите, задачите и устройството на Националния център по наркомании;

16. Постановление № 201 от 2015 г. за изменение на Постановление № 256 на Министерския съвет от 2009 г. за приемане на Устройствен правилник на Министерството на здравеопазването;

17. Постановление № 208 от 2015 г. за закриване на домове за медико-социални грижи за деца;

18. Постановление № 237 от 2015 г. за изменение и допълнение на Правилника за устройството, дейността и структурата на Медицинския институт на Министерството на вътрешните работи.

19. Постановление № 243 от 2015 г. за структурни промени в системата на здравеопазването;

20. Постановление № 246 от 2015 г. за изменение и допълнение на Наредбата за реда за класифициране на растенията и веществата като наркотични;

21. Постановление № 325 от 2015 г. за приемане на Тарифа за таксите, които се събират по Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите;

22. Постановление № 323 от 2015 г. за изменение и допълнение на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти;

23. Постановление № 329 от 2015 г. за закриване на Дома за медико-социални грижи за деца – Шумен;

24. Постановление № 349 от 2015 г. за одобряване на вътрешнокомпенсирани промени на утвърдените разходи по области на политики/бюджетни програми по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2015 г.

III. Правилници:

1. Правилник за изменение и допълнение на Устройствения правилник на регионалните здравни инспекции (обн., ДВ, бр. 2 от 2015 г.);

2. Правилник за изменение и допълнение на Устройствения правилник на регионалните здравни инспекции (обн., ДВ, бр. 47 от 2015 г.).

3. Правилник за устройството и дейността на Националния център по обществено здраве и анализи;

4. Правилник за изменение на Устройствения правилник на регионалните здравни инспекции (обн., ДВ, бр. 63 от 2015 г.).

IV. Наредби:

1. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 29 от 2007 г. за възстановяване на разходите и за относителния дял на средствата за труд за дейности по трансплантация, финансирани от Министерството на здравеопазването;

2. Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването;

3. Наредба № 2 от 2015 г. за максимално допустимите количества на остатъци от пестициди във или върху храни;

4. Наредба № 3 от 2015 г. за утвърждаване на общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия, пластично-възстановителна и естетична хирургия и лицево-челюстна хирургия;

5. Наредба № 4 от 2015 г. за изискванията към използване на добавки в храните;
6. Наредба № 5 от 2015 г. за определяне на максимално допустимите количества на някои замърсители в храните;
7. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 12 от 2011 г. за условията и реда за заплащане на лечение на български граждани в чужбина по реда на чл. 82, ал. 1, т. 8 от Закона за здравето;
8. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 15 от 2005 г. за установяване на владенето на български език и професионалната терминология на български език от чужденците за упражняване на медицинска професия в Република;
9. Наредба за отменяне на Наредба № Из-1935 от 2006 г. за организацията, функциите и дейността на заведенията за отрезвяване;
10. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 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;
11. Наредба за изменение на Наредба № 38 от 2004 г. за определяне на списъка на заболяванията, за чието домашно лечение Националната здравноосигурителна каса заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично;
12. Наредба № РД-07-4 от 2015 г. за подобряване на условията на труд на бременни работнички и на работнички родилки или кърмачки;
13. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 2003 г. за защита на работещите от рискове, свързани с експозиция на канцерогени и мутагени при работа;
14. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 13 от 2003 г. за защита на работещите от рискове, свързани с експозиция на химични агенти при работа;
15. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 6 от 2006 г. за условията и реда за даване на разрешения за работа на лица, ненавършили 18 години;
16. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 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;
17. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 29 от 2007 г. за възстановяване на разходите и за относителния дял на средствата за труд за дейности по трансплантация, финансирани от Министерството на здравеопазването;
18. Наредба № 6 от 2015 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“;
19. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 28 от 2008 г. за устройството, реда и организацията на работата на аптеките и номенклатурата на лекарствените продукти;
20. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването;
21. Наредба № 7 от 2015 г. за критериите за определяне на заболяванията, за чието домашно лечение Националната здравноосигурителна каса заплаща напълно или частично лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели;
22. Наредба № 8 от 19 ноември 2015 г. за признаване на организациите за защита правата на пациентите за представителни организации;

23. Наредба № 9 от 1 декември 2015 г. за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии;
24. Наредба № 10 от 2015 г. за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупвани от Националната здравноосигурителна каса;
25. Наредба № 11 от 2015 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса;
26. Наредба за допълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.