



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

МИНИСТЕРСТВО
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ГОДИШЕН ДОКЛАД НА МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО



СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ
през 2009 г.
И ИЗПЪЛНЕНИЕ НА
НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

София, 2010

ПРОЕКТ

**ГОДИШЕН ДОКЛАД
НА
МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ
през 2009 г.
И ИЗПЪЛНЕНИЕ НА
НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ**

София, 2010

**ЕКСПЕРТНА РАБОТНА ГРУПА, СЪГЛАСНО ЗАПОВЕД
№ РД 09-566/ 03.09.2010 Г.**

НА МИНИСТЪР ПРОФ. АННА - МАРИЯ БОРИСОВА:

ПРЕДСЕДАТЕЛ: ДОЦ. Д-Р СТЕФКА ПЕТРОВА, ДМ – ДИРЕКТОР НА НЦООЗ

СЕКРЕТАР: Д-Р РАДОСВЕТА ФИЛИПОВА – МЗ

ЧЛЕНОВЕ:

ДОЦ. Д-Р ТАТЯНА ИВАНОВА, ДМ

ДОЦ. Д-Р ПЛАМЕН ДИМИТРОВ, ДМ - НЦООЗ

ДОЦ. Д-Р ЖАНА ГОЛЕМАНОВА, ДМ – НЦООЗ

ДОЦ. Д-Р НАТАШКА ДАНОВА, ДМ - НЦООЗ

Д-Р ХРИСТО ХИНКОВ – НЦООЗ

Д-Р СНЕЖАНА АЛТЪНКОВА - МЗ

Д-Р ЕМИЛИЯ ТАШЕВА – МЗ

СТЕЛА ЗДРАВКОВА – МЗ

ДОЦ. Д-Р СТОЯН АЛЕКСАНДРОВ –МЗ

Д-Р МАША ГАВРИЛОВА – МЗ

Д-Р ДИМИТЪР ДИМИТРОВ – МЗ

Д-Р АНГЕЛ КУНЧЕВ – МЗ

Д-Р ЕЛВИРА ФОТЕВА – МЗ

ДОЦ. ХРИСТИЯН ГРИВА, ДМ – ДИРЕКТОР НА НЦЗИ

ПРОФ. ХРИСТО ТАСКОВ, ДМН – ДИРЕКТОР НА НЦЗПЗ

ПРОФ. РАДОСТИНА ГЕОРГИЕВА, ДМН – ДИРЕКТОР НА НЦРРЗ

Д-Р ЦВЕТА РАЙЧЕВА – ДИРЕКТОР НА НЦН

Д-Р ПОЛЕТ ЕМИЛОВ - НЗОК

**ДОЦ. Д-Р ЗЛАТИЦА ПЕТРОВА, ДМ – ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР НА ИА «
МЕДИЦИНСКИ ОДИТ»**

ДОЦ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ, ДМ – МФ КЪМ МУ -СОФИЯ

Докладът е съставен с любезното съдействие и предоставена информация по отделните раздели от сътрудници на НЦООЗ: гл.експерт д-р Милка Ганова, дм; доц. д-р Веселка Дулева, дм; доц.д-р Тери Врабчева, дм; доц. д-р Галина Гопина, дм; доц. д-р Теменужка Антова, дм; доц. д-р Коста Василев, дм; проф. д-р Стоянка Узунова, дмн; доц. д-р Катя Вангелова, дм, доц. д-р Стефанка Шпангерберг, дм; гл.експерт Виктория Зарябова.

Принос към доклада и неговото оформяне имат и ас. Рени Петкова, главен експерт Боряна Мекушина и други сътрудници на НЦООЗ.

БЛАГОДАРНОСТ

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

СЪДЪРЖАНИЕ

ПЪРВИ РАЗДЕЛ: ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА ГРАЖДАНИТЕ НА Р БЪЛГАРИЯ И ОПРЕДЕЛЯЩИ ГО ФАКТОРИ	9
1. ДИНАМИКА НА ОСНОВНИТЕ ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ	9
1.1. Население, раждаемост, смъртност	9
1.2. Заболеваемост и болестност	13
1.3. Здраве на децата	21
1.4. Трайна неработоспособност	23
2. ОСНОВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО	26
2.1. Социално-икономически детерминанти	26
2.1.1. Доходи и разходи на населението	26
2.1.2. Заетост на населението	28
2.1.3. Образование	31
2.1.4. Бедност и здраве	31
3. НАЧИН НА ЖИВОТ И ЗДРАВЕ - РИСКОВИ ФАКТОРИ	33
3.1. Тютюнопушене	33
3.2. Хранене	35
3.3. Злоупотреба с алкохол	40
3.4. Употреба на наркотични вещества	41
3.5. Физическа активност	43
3.6. Рисково сексуално поведение	44
3.7. Артериална хипертония	46
3.8. Повишено серумно ниво на холестерола	47
4. ФАКТОРИ НА ОКОЛНАТА И ТРУДОВАТА СРЕДА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕТО	49
4.1. Трудова среда и здраве на работещото население	49
4.2. Околна среда и здраве	55
4.2.1. Атмосферен въздух	55
4.2.2. Питейни води	56
4.2.3. Шум	58
4.2.5. Нейонизиращи лъчения	60
4.2.6. Йонизиращи лъчения	62
ВТОРИ РАЗДЕЛ: ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	63
1. ОБЩЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ – ЗАЩИТА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО, ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ	63
1.1. Здравен контрол	63
1.1.1. Здравен контрол върху продукти стоки и дейности, имащи значение за здравето на населението	63
✓ Здравно-техническа експертиза	63
✓ Компоненти на околната среда	68
1.1.2. Здравен контрол за защита от въздействието на йонизиращи лъчения	78
1.1.3. Надзор на заразните заболявания – Международни здравни правила	85
1.2. Промоция на здравето и профилактика на болестите	85
2. ИНДИВИДУАЛНИ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ	107
2.1. Извънболнична медицинска и дентална помощ (първична и специализирана)	107
2.1.1. Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)	108
2.1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)	110
2.1.3. Извънболнична помощ по дентална медицина (ИПДМ)	112
2.1.4. Медико-диагностични, специализирани и високоспециализирани дейности	112
2.2. Болнична медицинска помощ	113
2.3. Спешна медицинска помощ	121
2.5. Финансиране на здравната система	125
2.6. Човешки ресурси, медицинско образование	131
ТРЕТИ РАЗДЕЛ: ИЗПЪЛНЕНИЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ ЗА 2009 Г.	137
1. ИЗРАБОТВАНЕ НА ОЦЕНКА ПО ПОСТИГНАТОТО ИЗПЪЛНЕНИЕ НА СТРАТЕГИЯТА 2008-2013 И НА СЪОТВЕТСТВИЕТО НА ЗАЛОЖЕНИТЕ ЗАДАЧИ, ДЕЙНОСТИ И ИНДИКАТОРИ С ПРОГРАМАТА НА ПРАВИТЕЛСТВОТО	137
1.1. Оценка на изпълнението на целите чрез метода Делфи	137
1.2. Постигнати резултати до момента в изпълнението на Стратегията и плана за действие	141
1.2.1. Стратегическа цел № 1: ОСИГУРЯВАНЕ УСЛОВИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ	141

1.2.2. Стратегическа цел № 2: ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГАРАНТИРАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ С ПОВИШЕНО КАЧЕСТВО И ОСИГУРЕН ДОСТЪП ДО ТЯХ	145
1.2.3. Стратегическа цел №3: ПОДОБРЯВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	146
1.2.4. Стратегическа цел № 4: ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ И ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ.....	148
1.2.5. Стратегическа цел № 5: ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СЪОТВЕТСТВАЩИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА НАСЕЛЕНИЕТО	148
1.2.6. Стратегическа цел № 6: РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.....	149
1.2.7. Стратегическа цел № 7: СЪЗДАВАНЕ НА ИНТЕГРИРАНА СИСТЕМА ЗА ЕЛЕКТРОНЕН ОБМЕН НА ДАННИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	150
1.2.8. Стратегическа цел № 8: ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ.....	150
1.2.9. Стратегическа цел № 9: ЕФЕКТИВНО ЧЛЕНСТВО В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ.....	150
1.3. Обобщение и изводи	156
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	157
ПРИЛОЖЕНИЯ	168

СЪКРАЩЕНИЯ

БВП	Брутен вътрешен продукт
БОК	Болести на органите на кръвообращението
БП	Болнична помощ
ВСД	Високоспециализирани дейности
ГМО	Генетично модифицирани организми
ГМХ	Генетично модифицирани храни
ДДЛРГ	Дома за деца, лишени от родителска грижа
ДЗК	Държавен здравен контрол
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ЕИП	Европейско икономическо пространство
ЕК	Европейска комисия
ЕМП	Електромагнитни полета
ЕПИБУЛ	Епидемиологични проучвания и изследвания в Р. България
ЕС	Европейски съюз
ЗБНЗОК	Закон за бюджета на здравноосигурителната каса
ЗБУТ	Закон за безопасни условия на труд
ЗЗ	Закон за здравето
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗЗОЛ	Задължително здравноосигурени лица
ЗН	Злокачествени новообразувания
ИЙЛ	Източници на йонизиращи лъчения
ИПДМ	Извънболнична помощ по дентална медицина
КАВ	Качество на атмосферния въздух
КП	Клинична пътека
КТ	Компютърен томограф
ЛЗ	Лечебно заведение
ЛЗБП	Лечебно заведение за болнична помощ
ЛКК	Лекарска консултативна комисия
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МДЛ	Медико-диагностична лаборатория
МЗ	Министерство на здравеопазването
МЗП	Международни здравни правила
МОМН	Министерство на образованието, младежта и науката
МОСВ	Министерство на околната среда и водите
МРРБ	Министерство на регионалното развитие и благоустройството
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
МЦ	Медицински център
НЕЛК	Национална експертна лекарска комисия
НЗК	Национална здравна карта
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НЗС	Национална здравна стратегия
НЙЛ	Нейонизиращи лъчения
НОИ	Национален осигурителен институт
НПО	Неправителствени организации
НРЛ	Национална референтна лаборатория
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт
НСОПЛБ	Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България
НЦЗИ	Национален център по здравна информация
НЦООЗ	Национален център по опазване на общественото здраве
НЦРРЗ	Национален център по радиобиология и радиационна защита
НЦЗПБ	Национален център по заразни и паразитни болести
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ОРЗ	Остри респираторни заболявания
ПДК	Пределно допустима концентрация
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
ПМ	Пунктове за мониторинг
РИОКОЗ	Регионална инспекция за опазване и контрол на общественото здраве
РИОСВ	Регионални инспекции по околната среда и водите

РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
РС	Регулативни стандарти
РЦЗ	Регионални центрове по здравеопазване
РФ	Рискови фактори
СБАЛ	Специализирана болница за активно лечение
СЗО	Световна здравна организация
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
СИНДИ	Национална интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести
СМП	Спешна медицинска помощ
СО	Спешно отделение
СПО	Спешно приемно отделение
ССЗ	Сърдечносъдови заболявания
СТМ	Служби по трудова медицина
ТЕЛК	Трудово експертна лекарска комисия
ТЗ	Трудови злополуки
ТМО	Трудово медицинско обслужване
ТП	Териториални подразделения
УТ	Условия на труд
ФСМП	Филиал за спешна медицинска помощ
ЦСМП	Центрове за спешна медицинска помощ
EFSA	Европейски орган по безопасност на храните
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

ВЪВЕДЕНИЕ

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

През последните години системата на здравеопазване в България претърпя значителна трансформация. Част от промените имат положителен знак, като приемането на редица закони, въвеждането на нов здравноосигурителен модел, създаването на НЗОК, разширяването на правата на пациентите и други. Но за съжаление все още не е постигнато значително и видимо подобрене на качеството на здравно обслужване на населението, което да отговаря на очакванията на обществото. Не случайно един от лозунгите на 59-тата сесия на Европейския регионален комитет на СЗО (14-17 септември 2009, Москва) беше „*Invest in health to improve wealth*” - инвестиция в здравето на нацията гарантира човешкото развитие, социалното благополучие и благоденствие. В случая визираме инвестиране в кадри, квалификация, въвеждане на добрата европейска и световна практика в нашата ежедневна работа. В тази светлина ще разгледаме постиженията през 2009 и проблемите, с които трябва да се справим за да вървим успешно напред.

Настоящият годишен доклад има за цел да изясни какво е здравното състояние на нацията през 2009г., как се е повлияло от извършените действия и кои са факторите, които допринасят за неговата промяна в положителен или отрицателен аспект, какъв е напредъкът по изпълнението на Националната здравна стратегия.

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

Докладът е разделен на 3 части, третиращи различни аспекти на здравето на нацията, функционирането на здравната система и изпълнението на Националната здравна стратегия.

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

Първият раздел предлага преглед на здравното състояние на нацията въз основа на съществуващата статистическа информация, представени са тенденциите в основните демографски и здравни показатели, анализирани са социалните детерминанти на здравето, като е отделено специално място на начина на живот и рисковите за здравето фактори, като тютюнопушене, хранене, злоупотреба с алкохол, ниска физическа активност, наличието на артериална хипертония и др., които определят нивото на здраве на населението. Специално внимание е отделено на факторите на околната и трудова среда и тяхното влияние върху здравето на гражданите.

Вторият раздел е посветен на анализа на функционирането на здравната система, като е отделено специално място на предоставяните обществени здравни и индивидуални медицински услуги. Анализирано е състоянието на защитата на здравето на населението и дейностите по държавния здравен контрол, промоцията на здравето и профилактиката на болестите, отразени в изпълнението на националните здравни програми. Особеното място, което е отделено на здравния контрол и проведените действия през 2009 г. се определя от важното място на обществените здравни услуги, засягащи цялото население. Постигнатото в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите е разгледано от позицията на тяхното огромно влияние върху здравето на населението и необходимостта от по-нататъшното им развитие и

повишаването на индивидуалната отговорност на всеки гражданин на страната към собственото здраве.

Отделено е необходимото място и на индивидуалните медицински услуги, предоставяни от извънболничната, болничната, спешната медицинска помощ и денталната помощ, тяхната достъпност, качество и ефективност.

Финансирането на здравната система е разгледано в контекста на публичните разходи за здравеопазване и приоритетното финансиране на програми, свързани с лечението и профилактиката на национално значими заболявания. Специално внимание е отделено на основните проблеми в системата на финансиране на здравеопазването и някои от възможните начини за преодоляването им.

Разглежда се и въпроса за човешките ресурси в здравеопазването и техните проблеми по отношение на количество, структура и бъдещо развитие.

Третият раздел е фокусиран върху задълбочения анализ на изпълнението на Националната здравна стратегия. За изработването на оценката по постигнатото изпълнение и съответствието на заложените задачи в Стратегията с Програмата на Правителството, е приложен метода на експертизата (Делфи), основан на получаването и обработката на експертните оценки на специалисти с голям опит, квалификация и (желателно) интуиция. Анализирани са и постигнатите през 2009 г. резултати по изпълнението на стратегическите цели и заложените задачи в Плана за действие към стратегията.

Заключението представя в синтезиран вид основните установени факти, проблемите, които съществуват по отношение на общественото здраве, факторите, които го определят, извършените от различните институции дейности (МЗ, други министерства, лечебни и здравни заведения) за осигуряване на здравето на гражданите. Посочени са и редица проблеми, които са установени по хода на проведенния анализ и са посочени възможностите за тяхното решаване.

Като цяло докладът очертава песимистична картина за състоянието на общественото здраве. Слабият интерес към въпросите на промоцията на здравето и профилактиката на болестите, недостатъчното финансиране на профилактичните дейности, неправилните подходи при финансирането на болничната помощ, неритмичното и непълно изпълнение на стратегическите цели, заложен в НЗС и други нерешени проблеми определят нивото на здравето на нацията през 2009 г.

Установеното състояние на общественото здраве, анализа на обема и нивото на оказаните услуги, извършените дейности по изпълнението на Националната здравна стратегия, позволяват да се очертаят и насоките за подобряване на здравето на гражданите.

ПЪРВИ РАЗДЕЛ: ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА ГРАЖДАНИТЕ НА Р БЪЛГАРИЯ И ОПРЕДЕЛЯЩИ ГО ФАКТОРИ

1. ДИНАМИКА НА ОСНОВНИТЕ ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ

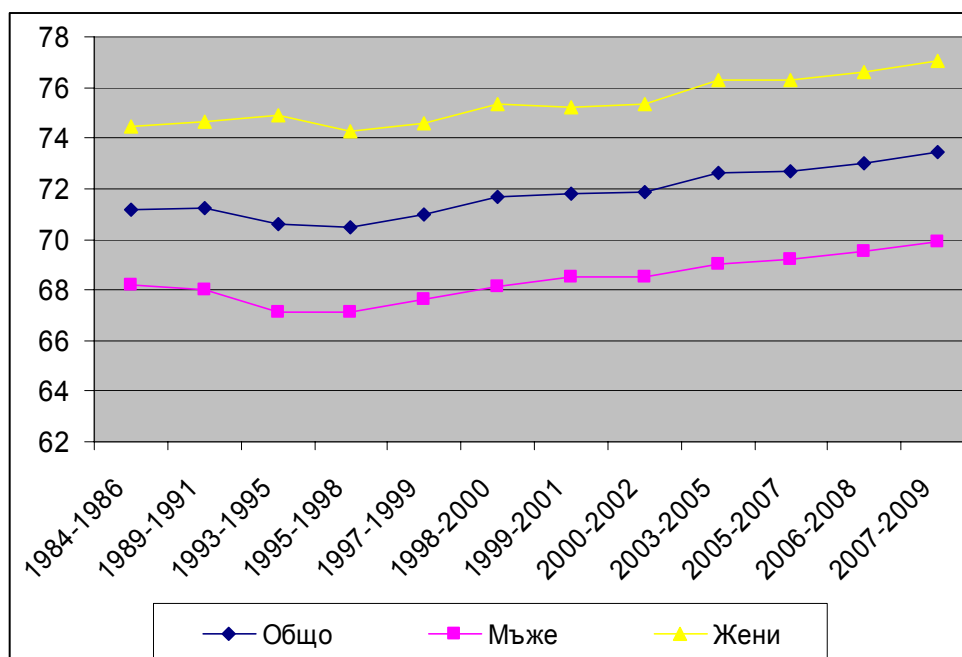
1.1. Население, раждаемост, смъртност

Населението в България към 31.12.2009 г. е 7 563 710 души и в сравнение с предходната година е намаляло с 42 841 (0.56%). Делът на жените (51.62%) е незначително по-висок от този на мъжете, като се запазва тенденцията за нарастване на съотношението жени/мъже след 45-годишна възраст. Запазва се относителният дял на лицата над 65 г. - 17.53% (20.15% при жените и 14.73% при мъжете) и е почти равен на средния за ЕС - 16.93% (2008 г.)¹. Като цяло демографските процеси в нашата страна се характеризират с трайна тенденция за намаляване на броя на населението и неговото застаряване.

В резултат на застаряването на населението нараства и средната възраст за страната. През 2009 г. тя е 41.8 г. (41.7 г. за 2008 г.), като в селата е по-висока от тази в градовете - 45.5 г. и 40.3 г. за 2009 г. (съответно 45.4 и 40.1 години за 2008 г.). Броят на *икономически активното население* е 4 806 000 души (63.2%). В сравнение с 2007 г. то е намаляло с 11 хил. души.

През периода 2007-2009 г. *средната продължителност на живота* у нас нараства от 73.00 години на 73.43 години, като показателят при мъжете е по-нисък от този при жените - съответно 69.90 и 77.08 години (Фиг. 1). През последните петнадесет години се наблюдава тенденция за увеличение на този показател и при двата пола. Очакваната продължителност на живота в България е с 6.00 години по-ниска от тази в Европейския съюз (79.43 години, 2008 г.)². Само в някои европейски страни за 2008 г. показателят е по-нисък от този в България (72.53 г. в Латвия и 72.05 г. в Литва).

Фиг. 1. Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди

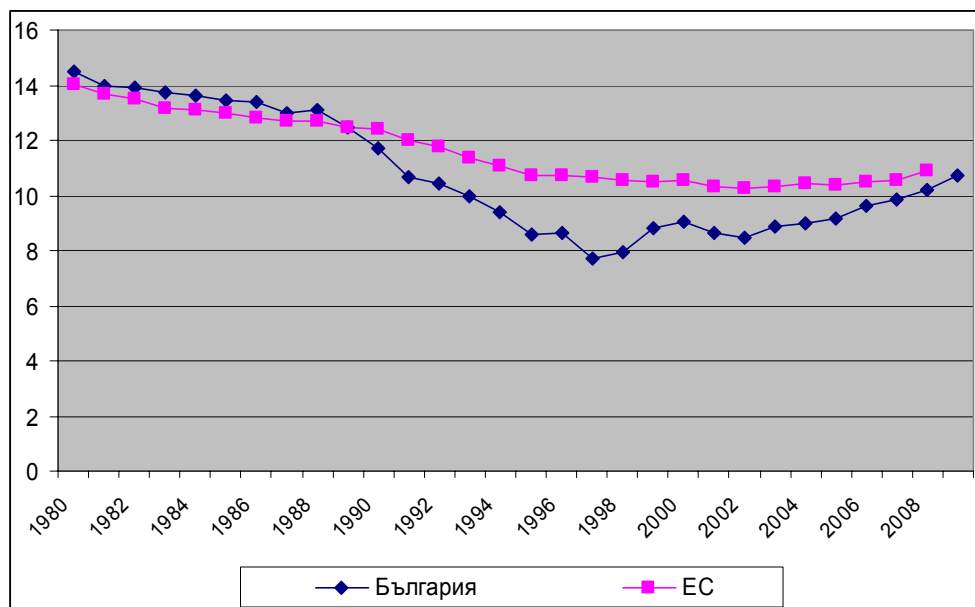


¹ НСИ, Health For All Data Base, WHO/EURO

² НСИ, Health For All Data Base, WHO/EURO

Раждаемостта през последните години бележи незначителна тенденция към нарастване (Фиг. 2), като през 2009 г. е 10.7‰ и спрямо предходната година е увеличена с 0.5‰. Увеличаване на раждаемостта се регистрира както в градовете, така и в селата (съответно 11.2‰ и 9.3‰). Тоталният коефициент на плодовитост през 2009 г. е 1.57 деца при 1.48 деца за 2008 г. (ЕС – 1.54) и това е най-високата му стойност след 1992 г.

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



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

Раждаемостта в България е колкото средната в ЕС – 10.76‰ (2008 г.) (Фиг.2) и се доближава до нивото в повечето европейски страни. По-високо е нивото на раждаемост в Чехия (11.46‰, 2008г.), Естония (11.98‰, 2008г.), Великобритания (12.7‰, 2007 г.), Франция (12.7‰, 2007 г.), Ирландия (16.98‰, 2008) и др.

През последните две десетилетия нивото на *смъртността* в България се характеризира с нарастване. От 2008 г. се отбелязва лек спад на показателя от 14.8‰ през 2007 г., 14.5‰ през 2008 г. до 14.2‰ през 2009 г. (ЕС – 9.64‰, 2008 г.). Смъртността продължава да бъде по-висока при мъжете (15.5‰), отколкото при жените (13.1‰) и е близо два пъти по-висока в селата (20.1‰) отколкото в градовете (11.9‰). Преждевременната смъртност остава на нивото от 2007 г. – 24.1% (24.4% за 2009 г.).

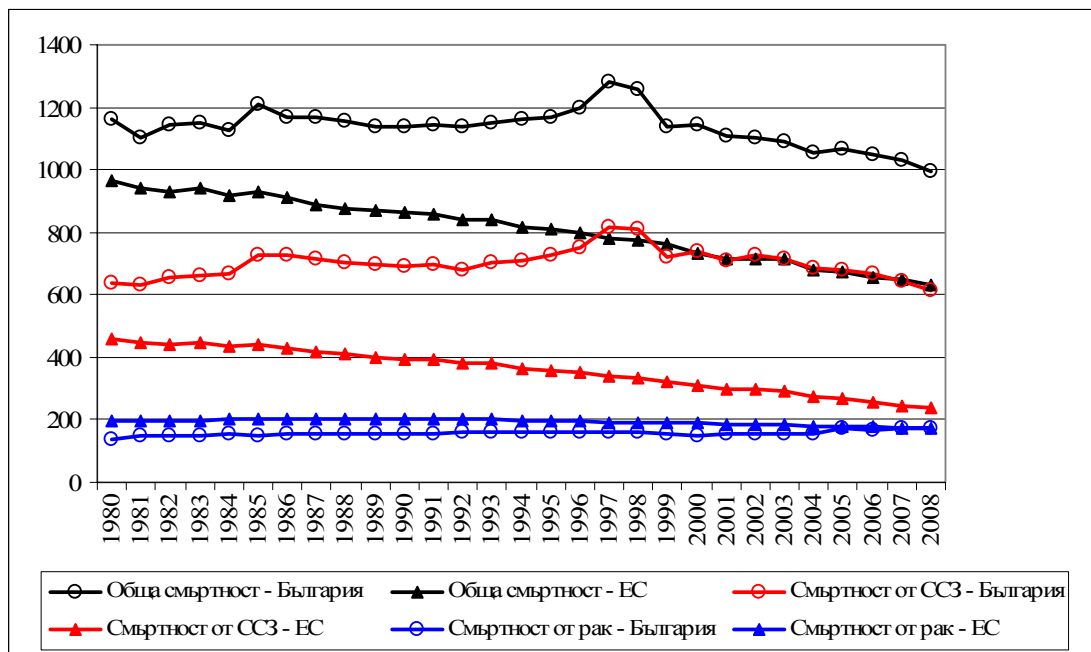
Следва да се отбележи, че България е с един от най-високите стандартизирани показатели за смъртност (995.39 ‰, 2008 г.) сред страните от ЕС. В повечето европейски страни стандартизираният показател за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (629.99‰ за 2008 г.).

През последните години се наблюдава тенденция към намаляване на смъртността от болести на органите на кръвообращението (БОК), но стандартизираният показател за България (611.28‰, 2008 г.) остава изключително висок в сравнение с този за ЕС - 245.79‰, 2007 г. (Фиг.3). В структурата на този клас болести с най-висок дял са представени мозъчносъдовата и исхемична болест на сърцето (съответно 29.8% и 18.7% за 2009 г.).

В структурата на умираанията поради злокачествени новообразувания (ЗН) през 2009 г. водещи са заболяванията на ларинкса, трахеята, бронхите и белия дроб (21.5%), следват тези на дебелото черво (9.1%), стомаха (7.9%) и млечната жлеза при жените

(7.3%). Смъртността от ЗН в България е по-ниска от средната за ЕС (174.20‰, 2007 г.), но показва тенденция за увеличаване.

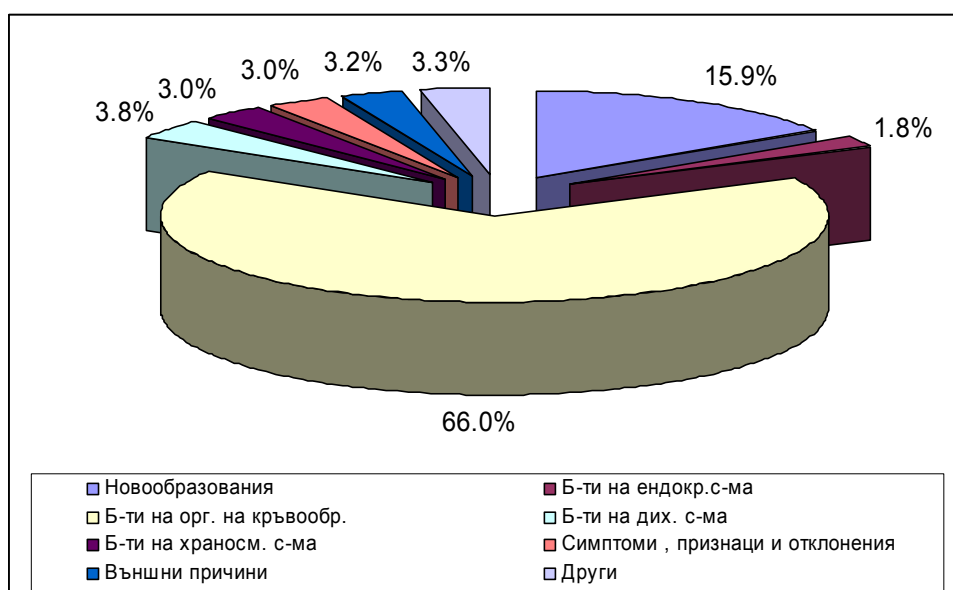
Фиг. 3. Стандартизирани показатели за обща смъртност и смъртност от някои заболявания в България и ЕС (на 100 000 население)



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

В смъртността по причини, водещи са болестите на органите на кръвообращението (66.0%) и новообразуванията (15.9%) (Фиг. 4).

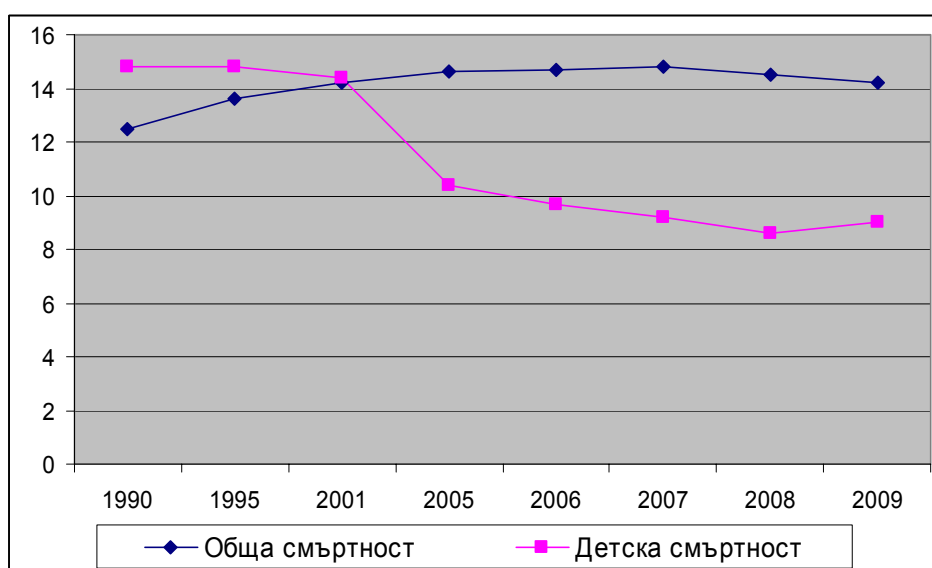
Фиг. 4. Структура на умираанията по причини в България през 2009 г.



Източник: НЦЗИ, 2010

Положителна тенденция към снижаване се наблюдава по отношение нивото на *детската смъртност*. Показателят намалява през последните години и през 2008 г. достига 8.6‰ и това е най-ниската стойност в цялата история на демографската статистика в България. През 2009 г. се регистрира леко повишаване на показателя до 9.0‰ (Фиг. 5). В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 12.9‰ и 7.7‰). Детската смъртност е индикатор, отразяващ качеството на медицинската помощ, но преди всичко е свързан с жизнения стандарт и здравната култура на населението. Вероятно, наблюдаваната благоприятна динамика в България през последното десетилетие е израз на позитивна промяна в посочените по-горе фактори, но е трудно да се прогнозира бъдещата динамика на показателя предвид настоящата икономическа криза и установеното леко покачване през 2009 г.

Фиг. 5. Показатели за обща и детска смъртност (на 1000 души и 1000 живородени)



Източник: НЦЗИ, 2010

Перинаталната детска смъртност се задържа висока (11.3 на 1000 родени деца през 2009 г. при 10.5 за 2008 г.) - 5.8‰ за страните от ЕС (2008 г.).

Неблагоприятни са данните и за *мъртворождаемостта* (7.55‰ за 2009 г. при 4.17‰ за ЕС, 2007 г.). Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст поради факта, че не се откриват своевременно патологични състояния, причиняващи вътреутробна смърт на плода.

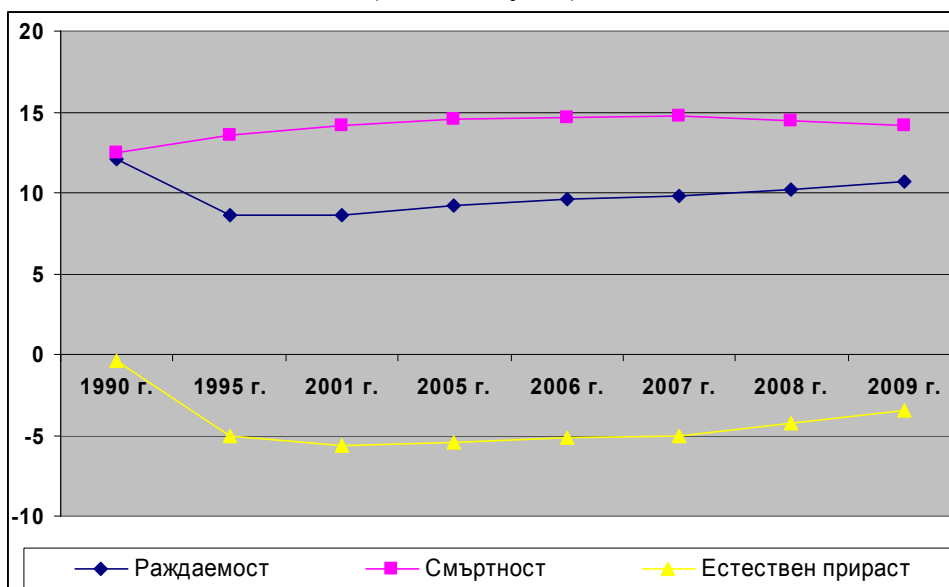
През 2009 г. *ранната неонатална детска смъртност* достига 3.78 на 1000 живородени при 3.3‰ за 2008 г. (ЕС-2.17, 2007 г.). Значение за нивото на този показател има обхватът на бременните под медицинско наблюдение до 3-ти лунарен месец (по данни на НЦЗИ 67.3% за 2008 и 2009 г.), което е все още недостатъчно. Очевидно както извънболничната, така и болничната акушеро-гинекологична помощ не са в състояние да доловят своевременно патологичните отклонения.

Недоносеността се намира в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ, освен това е фактор със съществен принос в перинаталната смъртност. През 2009 г. дялът на живородените недоносени е 7.9% и е незначително увеличен спрямо предходната година (7.7%). Ражданията на недоносени деца са значително по-чести сред социално слабите слоеве на населението и при млади майки (под 20 и особено под 15 години).

През 2009 г. за първи път след много години спорове се възприеха критериите за „раждане“ и „аборт“, препоръчвани от СЗО. Лекото покачване на перинаталната, ранната неонатална смъртност както и на недоносеността, би могло да се обясни и с това обстоятелство. Недоносеността се повишава вероятно и поради нарастване на успехите на асистираната репродукция. Ранната неонатална смъртност би следвало да се дължи по-скоро на инциденти по време на раждането/тежка асфиксия и др. или на тежки вродени аномалии/ което означава, че следва да се работи още в насока усъвършенстване на пренатална диагностика и качеството на родилния процес.

Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят *отрицателния естествен прираст* на населението през последния десетгодишен период (Фиг. 6). През 2009 г. коефициентът на естествен прираст е -3.5 ‰, като в селата той е значително по-висок от този в градовете (съответно -10.8‰ и -0.7‰). В Европа (освен нашата страна) с отрицателен естествен прираст на населението са Естония, Румъния, Германия, Унгария, Литва, Латвия и др. Останалите страни имат положителен естествен прираст, като най-висок е в Ирландия (9.8‰, 2007 г.).

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



Източник: НСИ, 2010

1.2. Заболеваемост и болестност

Един от основните проблеми, породени от застаряването на населението у нас, е нарастването на патологията, свързана с напредналата възраст. Официалните статистически данни за хоспитализираната заболеваемост за периода 2005-2009 г.³ показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰₀₀₀₀) на 1 958 897 (25 825.5‰₀₀₀₀) общо, както и по възрастови групи. Честотата за хоспитализираните лица на възраст от 0 до 17 години е 25 526.1 на 100 000 души от населението, по-ниска е тя при хоспитализираните на възраст 18-64 години (21 189.7‰₀₀₀₀). Най-висока е честотата на хоспитализациите при лицата на 65 и повече години (43 590.9‰₀₀₀₀). Сред причините за хоспитализация водещи са болестите на органите на кръвообращението (15%), факторите, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните заведения (13.6%) и

³ НЦЗИ

болестите на дихателната система (12.6%), които обуславят общо 41.2% от хоспитализациите. Въведените клинични пътеки оказват определено влияние върху нивото и структурата на хоспитализираната заболеваемост, поради което някои от показателите следва да се разглеждат условно.

По данни на НЦЗИ, през 2009 г. нарастват болестността и заболеваемостта от злокачествени новообразувания (съответно 3 453.8 и 438.3‰). Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1 163.9‰) и рак на женските полови органи (1 027.1‰), а на заболеваемостта - от рак на храносмилателните органи (106.9‰), рак на млечната жлеза при жените (94.7‰) и рак на женските полови органи (86.5‰).

Броят на психично болните под наблюдение на психиатричните заведения намалява (2 270.3‰) и това са предимно лица с умствена изостаналост; шизофрения; депресивен епизод, рецидивиращо депресивно разстройство (по данни на НЦЗИ).

Броят на суицидните действия през 2009 г. в страната са 2712 (1618 на жени и 1094 на мъже), в т.ч. 2039 суицидни опити (1440 на жени и 599 на мъже) и 673 действия със смъртен изход (178 на жени и 495 на мъже). Съотношението между смъртните случаи в резултат от суицидни действия и неуспешните суицидни опити е 1:3 (Табл. 26 в Приложението). Това съотношение не кореспондира с данните от световната статистика, където на едно самоубийство се падат от 6 до 10 опита. Най-вероятно официалните статистически данни са непълни, тъй като голям брой неосъществени опити за самоубийства не се регистрират или се регистрират под други рубрики.

Най-възрастният човек, извършил суицидно действие през 2009 г., е бил на 92 години, а най-младият - на 9 години. Средната възраст на хората, извършили самоубийствени действия, е 41.57 години (на жените – 38.3, на мъжете 46.4). Средната възраст на хората, направили неуспешен опит, е 36.98 г., а на сложилите край на живота си – 55.49 години (Табл. 27 в Приложението). Най-много опити през 2009 г. са осъществени във възрастовата група между 18-29 г. (Табл. 28 в Приложението).

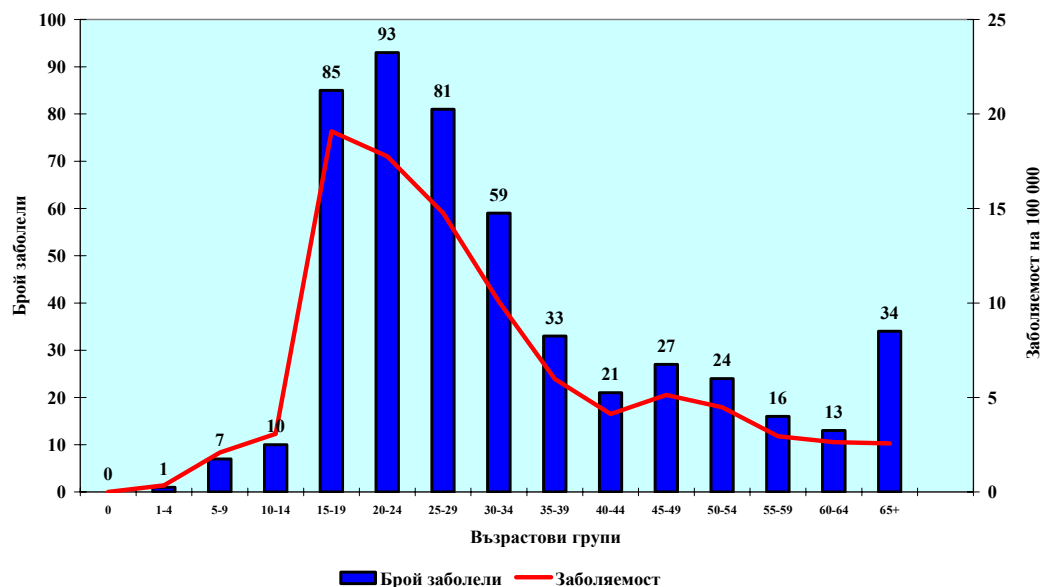
Най-чести причини за суицидното действие са конфликти със съпруг/съпруга - 19.62%, психотични причини - 19.46% и конфликти с родители - 14.19% (Табл.29 в Приложението). Най-често опити за самоубийство са правени чрез самоотравяне с медикаменти - 1639. (Табл.30 в Приложението).

Най-много опити правят жените във възрастта от 15 до 24 г., а най-много осъществени самоубийства има при мъжете от 55 до 64 г. Общо жените имат повече опити за самоубийства докато мъжете имат повече реализирани самоубийства (Табл.31 в Приложението).

Редица заразни болести са ликвидирани или сведени до единични случаи: дифтерия, полиомиелит, малария, кореман тиф и др. Намалява болестността и заболеваемостта от туберкулоза (съответно 109.4 и 33.6‰). Незначително се увеличава заболеваемостта от сифилис от 5.8‰(2008 г.) на 5.9‰, както и заболеваемостта от гонорея, микроспория и трихофития (по данни на НЦЗИ).

В резултат на устойчиво високия имунизационен обхват на новородените с ваксина против хепатит В (наред с другите последователно провеждани комплексни превантивни мерки) е постигнато рязко снижаване на заболеваемостта от вирусен хепатит В при децата до 14 години – Фиг. 7 (Табл. 24 в Приложението).

Фиг. 7. Брой заболели и заболеваемост от остър хепатит по възрастови групи в България през 2009 г.



През 2009 г. в България са регистрирани общо 63 474 случая на остри заразни болести (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН, паразитни болести и полово предавани инфекции), (заболеваемост 834,46‰), с 5 558 случая повече в сравнение с 2008 г., когато са регистрирани 57 916 случая (заболеваемост 758,04‰) – Таблица 1. И през 2009 г. най-висок относителен дял в структурата на инфекциозната заболеваемост заемат дихателните инфекции без масова имунопрофилактика - варицела (45,87%) и скарлатина (7,78%) и ентероколитите (29,55%) – Таблица 2.

През 2009 г. са регистрирани 97 смъртни случая (смъртност 1,28‰), които са с 9 повече в сравнение с 2008 г. (88 случая, смъртност 1,15‰). Леталитетът (0,15%) се запазва на същото ниво както през 2008 г. - Таблица 1. И през 2009 г. основна причина за летален изход при острите заразни болести са невроинфекциите – 53,61% (52) от всички починали са по причина менингит и менингоенцефалит.

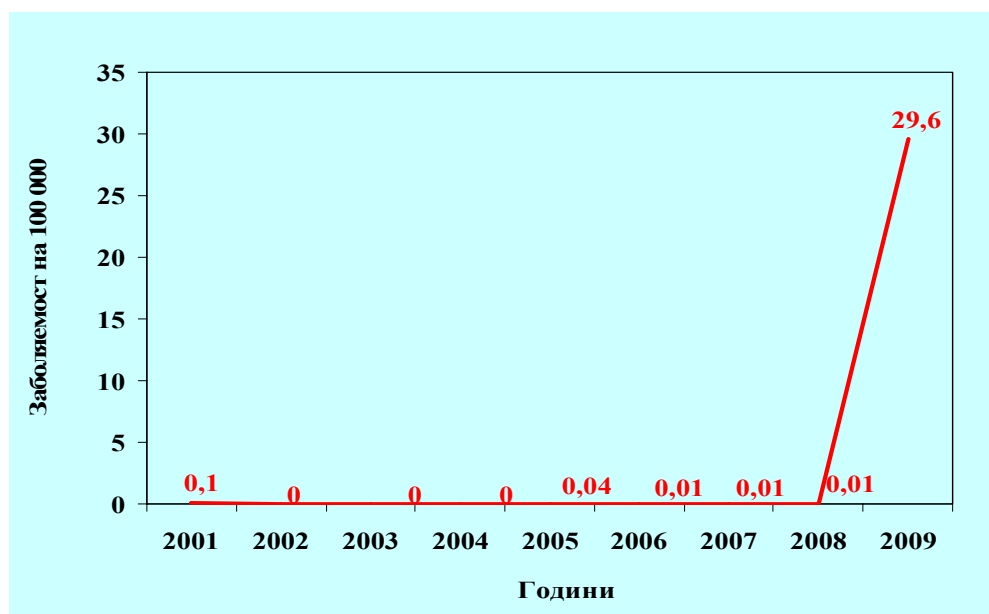
Табл. 1. Заболеваемост, смъртност и леталитет от остри инфекциозни болести* в България през 2000-2009 г.

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

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

Епидемичната обстановка в страната през 2009 г. се характеризира със започналата през месец април и продължаваща и през 2010 г. епидемия от морбили. След седемгодишен период без регистрирани местни случаи, в средата на месец април 2009 г. е съобщен първият семеен взрив сред ромска общност в Североизточна България, като за кратко време започва епидемично разпространение на заболяването (Фиг. 8). Към 31.12.2009 г. в страната са регистрирани 2 249 случая (заболеваемост 29,57‰). Броят на умрелите е 7 (0,09‰), а леталитетът е 0,31%. Имунизационният статус е известен при 62,83% (1413) от регистрираните случаи. От тях 24,81% (558 случая) не са имунизирани, 29,57% (665 случая) са с данни за един прием ваксина и 8,45% (190 случая) са със завършена имунизация с два приема ваксина.

Фиг. 8. Заболеваемост от морбили в България, 2001 – 2009 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболеваемост

Възникването и разпространението на грипна пандемия, причинена от новия грипен вирус А(Н1N1) 2009, доведе до необичайно висока заболеваемост от грип и ОРЗ в страната още в началото на сезон 2009/2010. Грипната епидемия започна през втората половина на октомври и продължи 4 седмици. Тя беше по-краткотрайна, но със сравнително висок интензитет (Фиг. 9). Най-висока заболеваемост беше регистрирана при малките деца от 0 до 4 години, следвани от възрастовата група на 5-19 г., с достигнати максимални стойности през 45 седмица (02.11-08.11) съответно 802,77 и 657,00 на 10 000.

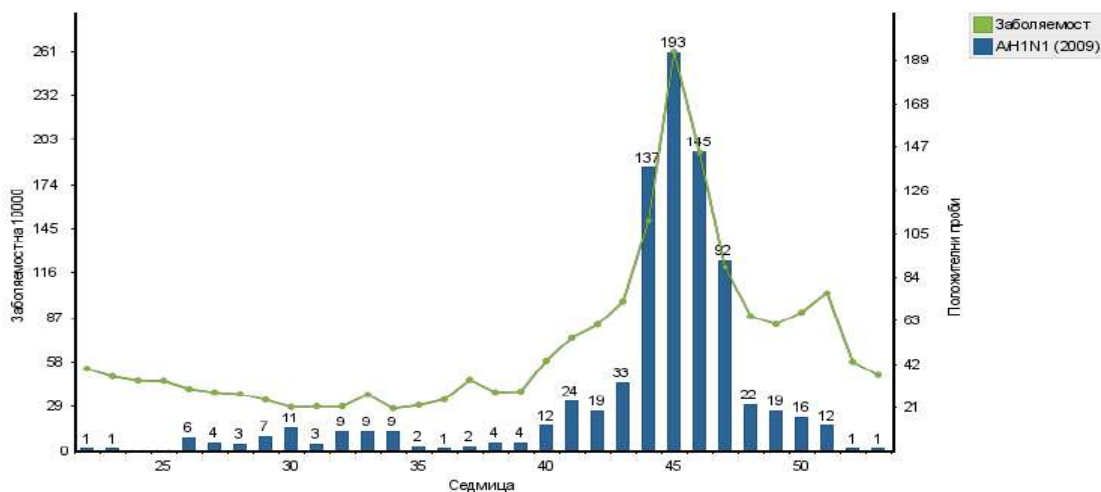
Фиг. 9. Заболеваемост от грип и ОРЗ през 2009 г.



Източник: Информационна система за сентинелен надзор на грип и ОРЗ в България

От началото на грипната пандемия до 31 декември 2009 г. в НРЛ „Грип и ОРЗ“ с Real Time RT-PCR са изследвани общо 2 387 проби на болни и контактни на новия грипен вирус лица. Доказани са общо 790 положителни резултата за пандемичен (H1N1) 2009 вирус (33,1% от всички изследвани) – т.е. данните показват широко разпространение на вируса в страната и доказват категорично етиологичната му роля в заболеваемост от грип у нас. Корелацията между регистрираната заболеваемост и броя на положителните проби за пандемичен (H1N1) 2009 вирус е показана на (Фиг. 10)

Фиг. 10. Интегриран епидемиологичен и вирусологичен надзор на грип и ОРЗ през 2009 г.



Източник: Информационна система за сентинелен надзор на грип и ОРЗ в България

Официалните данни на Министерството на здравеопазването показват, че към 31.12.2009 г. в България са регистрирани общо 1109 ХИВ-позитивни лица. Броят на новорегистрираните през 2009 г. е 171 лица, от които 133 (78%) са мъже и 38 (22%) жени. Годишният брой на новорегистрираните случаи на ХИВ е нараснал повече от три пъти от 50 през 2004 г. на 171 през 2009 г. (Фиг. 11.) Общият брой на случаите, които са заболели от СПИН е общо 260, от които 30 са с поставена диагноза през 2009 г. Данните показват, че при 33% от случаите диагностицирани със СПИН през 2009 г., диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

Фиг. 11. Регистрирани случаи на ХИВ



Източник: МЗ

Анализът на данните показва, че 64% от новорегистрираните случаи през 2009 г., са открити благодарение на дейността на Кабинетите за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС) и неправителствените организации, които работят сред най-уязвимите групи.

През отчетния период са регистрирани ХИВ-позитивни лица в много широки възрастови граници от 16 до 66 години, като от няколко години се наблюдава тревожно понижаване на долната граница. Повече от половината от случаите са сред млади хора във възрастовата граница 15-29 г. (52%) . По път на инфектиране през 2009 г. се очертават следните уязвими групи: 43% от новорегистрираните са лица инжекционно употребяващи наркотици, а 15 % са мъже, които са съобщили, че са имали сексуални контакти с мъже. При 37% основният път на предаване е при хетеросексуални контакти и 1% са деца, родени от майки, заразени с ХИВ.

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

Заболеваемостта от туберкулоза у нас (новооткритите случаи) през последните 2 години е под 40 на 100 000 души от населението, като се наблюдава тенденция на снижаване. В сравнение, обаче, с тази в страните от ЕС (средно 16.7 на 100 000

население), тя е около 2 пъти по-висока. Регистрираната заболяемост от туберкулоза за 2009 г. е 33.6 на 100 000 население

През 2009 г. са регистрирани и съобщени общо 2 911 случая на туберкулоза в страната. В сравнение с 2008 г. (3 150 регистрирани случаи) се наблюдава понижение на общия брой случаи с 8%. Считаме, че тенденцията за намаляване на заболяемостта през последните две години се дължи на дейностите по изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата, насочени към активен скрининг сред най-уязвимите групи, активно издирване на контактните лица на болните от туберкулоза и предоставяне на специфична химиопрофилактика за лечението на латентната туберкулозна инфекция⁴.

Броят на регистрираните случаи на туберкулоза, както и заболяемостта, варират значително по региони, като в някои региони в Северозападна и Централна България заболяемостта е повече от два пъти над средната за страната (Фиг.12).

Фиг. 12. Заболяемост от туберкулоза в България през 2009 г.



Съотношението между мъже и жени сред общия брой регистрирани случаи на туберкулоза (всички форми) и през последните няколко години се запазва 2:1. През 2009 г. броят на регистрираните пациенти мъже е 65%. Разпределението по възраст показва, че най-засегнати са възрастовите групи са 45-54 години (529 случая или 18%) и над 65 години (580 случая или 20%).

Относителният дял на новите болни регистрирани през 2009 г. (2 526) представлява 87% от всички случаи, което е 11% намаление в сравнение с дела на новите болни регистрирани през 2008 г., а относителният дял на рецидивите (189 случая или 6.5%) се увеличава. Това доказва необходимостта от изпълнението на специфични дейности за подобряване на прякото наблюдавано лечение в продължителната фаза в амбулаторни условия. През 2009 г. регистрираните нови болни с белодробна туберкулоза са общо 1 778 случая, от тях с положителен резултат от микроскопско и/или културелно изследване са общо 1 146 случая или 64%⁵.

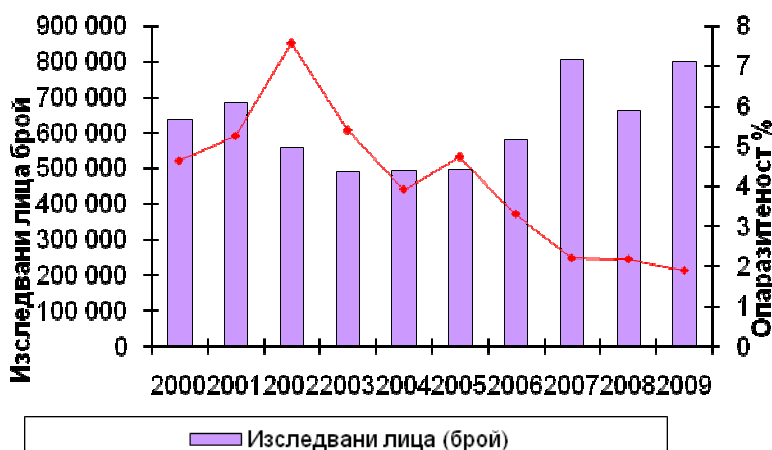
⁴ Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България (2007-2011)

⁵ Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България (2007-2011)

Регистрираните случаи с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза през 2009 г., са общо 43 (5%). От тях нови случаи без предшестващо лечение за туберкулоза – 12 (1,7%) и случаи с предшестващо лечение за туберкулоза 31 (24 %). Наблюдава увеличаване на броя на случаите с MDR-TB в сравнение с 2008 г. в резултат на подобряване на качеството на микробиологичната диагностика на туберкулозата и повишаване на относителния дял на случаите на културелно потвърдената белодробна туберкулоза, на които се предоставя изследване за лекарствена чувствителност. Тя е сериозен здравен и социален проблем, защото води до по-дълго инвалидизиране на пациентите и е съпроводена с повишена смъртност, изисква сериозни финансови средства и продължително лечение с повече лекарства, които дават повече нежелани реакции.

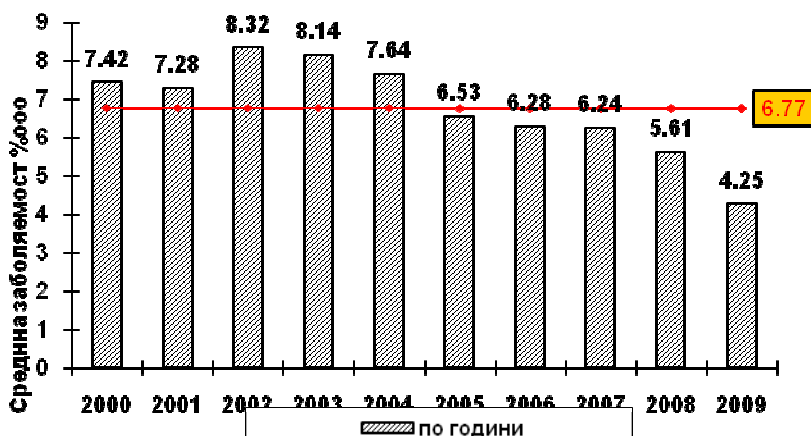
Паразитозите запазват медико-социалното си значение, поради тенденцията към нарастване или задържане на високи стойности на заболяемостта, значително превишаваща показателите за другите Европейски страни. За нашата страна водещи са паразитозоозите. През 2009 г. общият брой на изследваните за паразитози лица е 799 545, като са диагностицирани общо 15 102 - 1,89%.

Фиг. 13. Изследвани лица за паразитози и обща средна опаразитеност на населението (2000-2009 г.)



Официално са регистрирани 368 лица с ехинококоза, от които 323 са с първично заболяване, средна заболяемост - 4,25 ‰ при 0,2 ‰ за ЕС.

Фиг. 14. Заболеваемост от ехинококоза сред населението в България (2000 – 2009г.)



Съобщени са общо 1072 лица, които са консумирали опаразитени с трихинелни ларви месни продукти (167 лица през 2008). Заболяването е потвърдено при общо 443 лица (67 през 2008 г.), като 224 от тях са с изявена клинична картина и 219 - с асимптомна форма заболяемостта от трихинелоза за 2009 г. възлиза на 5.82 на 100 000 население (0.88‰ за 2008 г.).

Наблюдава се спад на честотата на геохелминтозите - аскаридоза 0,15%, трихоцефалоза – 0.02%, както и на някои контактни паразитози – ентеробиоза - 0,79%. От 1988 г. ежегодно в страната се регистрират местни случаи на висцерална лайшманиоза. За 2009 г. броят на заболелите е 6.

Внасяните паразитози създават определен епидемиологичен и клиничен риск. Установени са различни паразитози (малария, бластоцистоза, амебиоза, анкилостомидоза, ламблиоза, хименолепидоза, *larva migrans cutanea*) при 5,42% от изследваните лица. Диагностицирана е тропическа малария при 8 лица като 2 от случаите са с летален изход.

1.3. Здраве на децата

Оценката на здравното състояние на децата и учениците от организираните колективи се изготвя ежегодно въз основа на данни, получени в МЗ от РИОКОЗ в съответствие с изискванията на Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, Наредба № 3 от 2000 г. за здравните кабинети в детските заведения и училищата.

На базата на постъпилите унифицирани таблици, предоставени от медицинските специалисти от детските заведения и училищата в РИОКОЗ, данните за 2009 г са обобщени от специалистите в РИОКОЗ, предоставени на МЗ за изграждане на обобщена картина за физическото и здравно състояние на децата и учениците в страната. Независимо че представените данни от профилактичните прегледи през 2009 г. не са изчерпателни, те дават ориентируваща информация за физическото и здравното състояние на децата и учениците.

Профилактичен преглед е проведен на 189 916 деца (90.9 %), от общо 208 850 деца, посещаващи детско заведение и 578 442 ученици (82.5 %), от общо 700 830 ученика, което е с 1.9 % повече от предходната учебна година.

Резултатите от антропометричните измервания по време на проведените през 2009 г. профилактични прегледи показват, че с нормално физическо развитие (ръст и телесно тегло в рамките на интервала за нормални стойности съгласно действащите български стандарти) са над 89% от децата, посещаващи детски заведения и над 83% от учениците.

Различията в броя на децата, на които е измерен ръста и телесната маса, показва, че талоните за проведени профилактични прегледи се попълват неправилно, което поражда съмнение при интерпретирането на данните.

Нормите за физическата дееспособност са покрили 78 % от децата и 87.7% от учениците.

Данните за физическото развитие /антропометрични показатели и физическа дееспособност/ не показват съществени различия, сравнени с предходни години.

Тревожен е фактът, че 2% (14 097) от учениците са напълно освободени от часовете по физическо възпитание. Наблюдава се и значително намаление на броя на учениците, посещаващи групи по лечебна физкултура в училищата, в сравнение с предходни години.

На 90.9 % от децата са проведени профилактични прегледи, регистрирани са общо 18 817 заболявания, или 99 от 1 000 прегледани деца са с отклонения в здравното състояние. Наблюдава се тенденция за увеличаване броя на децата с отклонение в здравното състояние, в сравнение с 2008г.

На табл. 2 са представени водещите заболявания при децата и учениците. С най-голям относителен дял са заболяванията на дихателната система при децата, с тенденция за увеличаване, в сравнение с предходни години.

Табл. 2. Регистрирани заболявания при профилактичните прегледи на деца и ученици през годината /на 1000 прегледани/

Групи	деца 1-7 години	ученици
Хр.заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации	14.3	2.6
пневмония	10.1	
астма	9.5	7.4
заболявания на окото	8.5	14.6
затлъстяване	7.9	18.4
гръбначни изкривявания	-	6.0
епилепсия	-	3.1

Наблюдава се значително увеличение на заболеваемостта при децата на възраст 1-3г ./150‰), в сравнение с 2007 и 2008г., което най-вероятно е следствие на некоректно подадена информация, при която се отчита острата заболеваемост като профилактичен преглед.

По данни от профилактичните прегледи - 89 от 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравното състояние.

Водещо място в структурата на моментната болестност при учениците заемат затлъстяването (18.4‰) и болестите на окото (14.6‰). В сравнение с предишните години се отчита тенденция за намаляване случаите със затлъстяване (0.5‰), най-вероятно следствие и на действащата през годината Наредба №37 на МЗ за здравословно хранене на учениците, съдействаща за постигане на здравословен модел на хранене и правилен избор на храни в училище, докато честотата на заболяванията на очите се запазва на същите нива.

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 на спортната база в училищата и училищната среда като цяло.

Проблемите със зрението на учениците се задълбочават поради неспазване на здравните норми при работа и игри на компютър в домашни условия, както и продължителния престой пред телевизионния екран.

Наличните данни за регистрираните заболявания при профилактичните прегледи дават възможност да се анализира здравословното състояние на учениците от първите, седмите и десетите класове.

Най-висок е обхватът с профилактични прегледи на първокласниците (87.3%), а най-висока заболеваемост е отчетена при седмокласниците - 146 случая на 1000 прегледани.

Обобщените данни за страната показват, че 3 543 деца (1.9%), посещаващи детско заведение и 15 749, т.е. 2.8% от учениците са със заболяване, което налага диспансеризация. Най-голям е броят на диспансеризираните с болести на дихателната система с алергична етиология, епилепсия, намалено зрение и слепота и с инсулинозависим диабет.

1.4. Трайна неработоспособност

Съгласно данните от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦЗИ⁶, базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК броят на лицата над 16-годишна възраст, първично инвалидизирани през 2009 г. е 69 078 души и е значително по-висок от този през 2008 г. (63 087 души) или увеличението е с 1 пункт (от 9.7‰ на 10.7‰). Повишаването е основно за сметка на лицата, на които се признава пожизнен срок на инвалидност, които се увеличават от 21 355 през 2008 г. на 23 491 през 2009 г. 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. По тази причина в динамика се наблюдава увеличаване на броя на пожизнените инвалиди и то основно за сметка на тези със срок на инвалидност три години. В същото време следва да се отчете, че броят на освидетелстваните и преосвидетелствани инвалиди е значителен – достига през 2009 г. 182 915 души, поравно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (40.1%), следвани от възрастта 60 и повече години (32,3%).

Относителният дял на инвалидизираните лица със загубена работоспособност 50-70% е най-голям (36.3%), следвани от лицата с 71-90% загубена работоспособност (34.7%), над 90% загубена работоспособност (21.6%) и до 50% загубена работоспособност (7.3%).

Най-честата причина за инвалидизиране са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 39.3% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (17.1%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (8.9%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.4%) и др. Тази структура, с много малки колебания се запазва през последните 10 години.

При децата до 16-годишна възраст, през 2009 година са признати за инвалиди 3 578 деца (3106 за 2008 г.) или 3.3‰ (2.8‰ за 2008 г.). Най-голям е делът на децата с 50 до 90% загубена възможност за социална адаптация – 72.9%. Най-честата причина за инвалидизиране при децата са болестите на дихателната система - 20.49%, вродените аномалии – 18.31%, болестите на нервната система (17.13%) и психичните и поведенческите разстройства (16.35%). Тази тенденция се запазва в годините.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Като цяло демографските процеси в нашата страна се характеризират с трайна тенденция за намаляване на броя на населението и неговото застаряване. Отчита се и неблагоприятна тенденция по отношение на *работната сила* - абсолютният брой намалява при значително увеличаване на относителния дял на застаряващите работещи.
- През периода 2006-2009 г. се отбелязва леко нарастване на *средната продължителност на живота*, но тя остава с 6 години по-ниска от тази в ЕС.
- *Раждаемостта* бележи лека тенденция към увеличаване и се изравнява със средната в ЕС. Продължава установената след 1992 г. тенденция за повишаване стойността на *тоталния коефициент на плодовитост*, който вече е дори по-висок от този в ЕС.

⁶ НЦЗИ. Инвалидност в Р.България през периода 2001-2009 г., София, 2010

- Нарастващото през последните две десетилетия ниво на *смъртност* бележи слабо понижение през 2008 г. и през 2009 г., но въпреки това България продължава да е страната с един от най-високите показатели за смъртност в ЕС и *най-нисък естествен прираст* (- 3.5%).
- В структурата на смъртността по причини традиционно продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията като сред тях с най-висок дял са представени мозъчно-съдовата и исхемичната болест на сърцето (съответно 29.8% и 18.7%). Сравнението с другите европейски страни показва, че въпреки намаленото ниво на смъртността от болести на органите на кръвообращението, стандартизираният показател остава значително по-висок от този в ЕС, а при злокачествени новообразувания - се отчита и неговото увеличаване.
- След период на няколкогодишно намаляване на стойността на показателя за детска смъртност, през 2009 г. се отчита повишаване на нивото на *детската* и на *ранната неонатална смъртност*, както и високо ниво на *перинаталната смъртност*. Показателите за детска смъртност продължават да са два - три пъти по-високи от тези в страните на ЕС. Това са изключително тревожни факти.
- Неблагоприятни в сравнение с ЕС са данните и за *мъртворождаемостта* - 7.55%. Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст поради факта, че не се откриват своевременно патологични състояния, причиняващи вътреутробна смърт на плода.
- През 2009 г. делът на живородените недоносени е 7.9% и е незначително увеличен спрямо предходната година (7.7%). Ражданията на недоносени деца са значително по-чести сред социално слабите слоеве на населението и при млади майки (под 20 и особено под 15 години).
- Официалната статистика в страната предоставя информация за регистрираните заболявания: заразни, психични, предавани по полов път, туберкулоза, злокачествени новообразувания, както и водещите до временна, трайна неработоспособност и хоспитализации. От 2000 г. не се публикуват данни за регистрираната заболяемост по обращаемостта поради промяната в първичната регистрационна документация и начина на отчитане след въвеждането на системата на НЗОК. Отсъствието на такава информация значително затруднява провеждането на анализ нивото, структурата и тенденциите в разпространението на социално-значимите заболявания.
- По отношение на онкологичните заболявания (за които има изчерпателни данни) може да се отчете, че през 2009 г. нарастват болестността и заболяемостта от злокачествени новообразувания (съответно 3 453.8 и 438.3‰). Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1 163.9‰) и рак на женските полови органи (1 027.1‰), а на заболяемостта - от рак на храносмилателните органи (106.9‰), рак на млечната жлеза при жените (94.7‰) и рак на женските полови органи (86.5‰).
- Броят на суицидните действия през 2009 г. в страната е 2712 (1618 на жени и 1094 на мъже), в т.ч. 2039 суицидни опити (1440 на жени и 599 на мъже) и 673 действия със смъртен изход (178 на жени и 495 на мъже). Съотношението между смъртните случаи в резултат от суицидни действия и неуспешните суицидни опити е 1:3

- Редица заразни болести са ликвидирани или сведени до единични случаи: дифтерия, полиомиелит, малария, коремен тиф и др. В същото време след седемгодишен период без регистрирани местни случаи, в средата на месец април 2009 г. е съобщен първият семеен взрив от морбили сред ромска общност като за кратко време започва епидемично разпространение на заболяването.
- Положителен факт е продължаващото намаляване на нивото на болестността и заболеваемостта от туберкулоза (съответно 109.4 и 33.6‰).
- Незначително се увеличава заболеваемостта от сифилис от 5.8‰ (2008 г.) на 5.9‰, както и заболеваемостта от гонорея, микроспория и трихофития.
- В резултат на устойчиво високия имунизационен обхват на новородените с ваксина против хепатит В (наред с другите последователно провеждани комплексни превантивни мерки) е постигнато рязко снижаване на заболеваемостта от вирусен хепатит В при децата до 14 години, което е определен успех.
- Сред причините за хоспитализация водещи са три класа болести: на органите на кръвообращението, факторите, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните заведения и болести на дихателната система. Те обуславят общо 41.2% от хоспитализациите. Тази структура се запазва традиционно през последните години.
- Резултатите от антропометричните измервания по време на проведените през 2009 г. профилактични прегледи показват, че с нормално физическо развитие съгласно действащите български стандарти са над 89% от децата, посещаващи детски заведения и над 83% от учениците. Не се наблюдават съществени различия в данните за физическото развитие на децата и учениците, сравнени с предходните години.
- Заболяванията на дихателната система са водещи при децата във възрастта от 1 до 7 г. С хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации са 14,3 ‰, с пневмония – 10,1‰ и с астма 9,5 ‰. Водещи в структурата на моментната болестност при учениците са затлъстяването (18.4 на 1 000 прегледани ученика), болестите на окото – 14.6 ‰, астма – 7.4 ‰ и гръбначните изкривявания - 6 ‰. Не се наблюдават съществени разлики в сравнение с предходните години и се запазва тенденцията на утвърждаване на затлъстяването, заболяванията на окото и гръбначните изкривявания като основен проблем във ученическата възраст.
- Броят на освидетелстваните и преосвидетелствани инвалиди е значителен - 182 915 души (2009 г.), поравно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (40.1%), следвани от възрастта 60 и повече години (32,3%).
- Най-честата причина за инвалидизиране са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 39.3% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица, следвани от новообразуванията (17.1%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (8.9%). Тази структура, с много малки колебания, се запазва през последните 10 години.
- През 2009 г. се увеличава се честотата на инвалидизираните деца до 16-годишна възраст (от 2.8‰ за 2008 г. до 3.3‰). Тенденцията за най-честите причини за инвалидизиране при децата (болестите на дихателната система - 20.49%, вродените аномалии – 18.31%, болестите на нервната система -17.13% и психичните и поведенческите разстройства -16.35% се запазва в годините.

2. ОСНОВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО

Социалните детерминанти на здравето обединяват икономическите и социални условия на живот и труд и се определят предимно като „обществени рискови фактори”, а не толкова като „рискови фактори на отделния индивид”. Сложното взаимодействие между тези фактори определя здравето на индивида и нацията като цяло, а посоката на влияние им може да бъде както позитивна, така и негативна.

Социално-икономическите, културните условия, условията на околната среда, както и социалната и обществена среда имат съществено въздействие върху индивидуалния начин на живот и съответно върху индивидуалните фактори на риска за здраве (фиг.15).

Фиг. 15. Детерминанти на здравето



Източник: СЗО

2.1. Социално-икономически детерминанти

2.1.1. Доходи и разходи на населението

Въпреки финансово-икономическа криза, доходите на населението през 2009 г. нарастват (фиг. 16) и се запазва регистрираната и в предходните години структура на доходите. Работната заплата формира над 50% от доходите на домакинствата - за 2009 г. 52.2% и продължава да бъде най-значителният източник на приход. Вторият източник на доходи са пенсиите, които през 2009 г. формират 27.6% от приходите. Необходимо е да се отбележи, че относителният дял на доходите от този източник се е повишил с 4% в сравнение с предходната година.

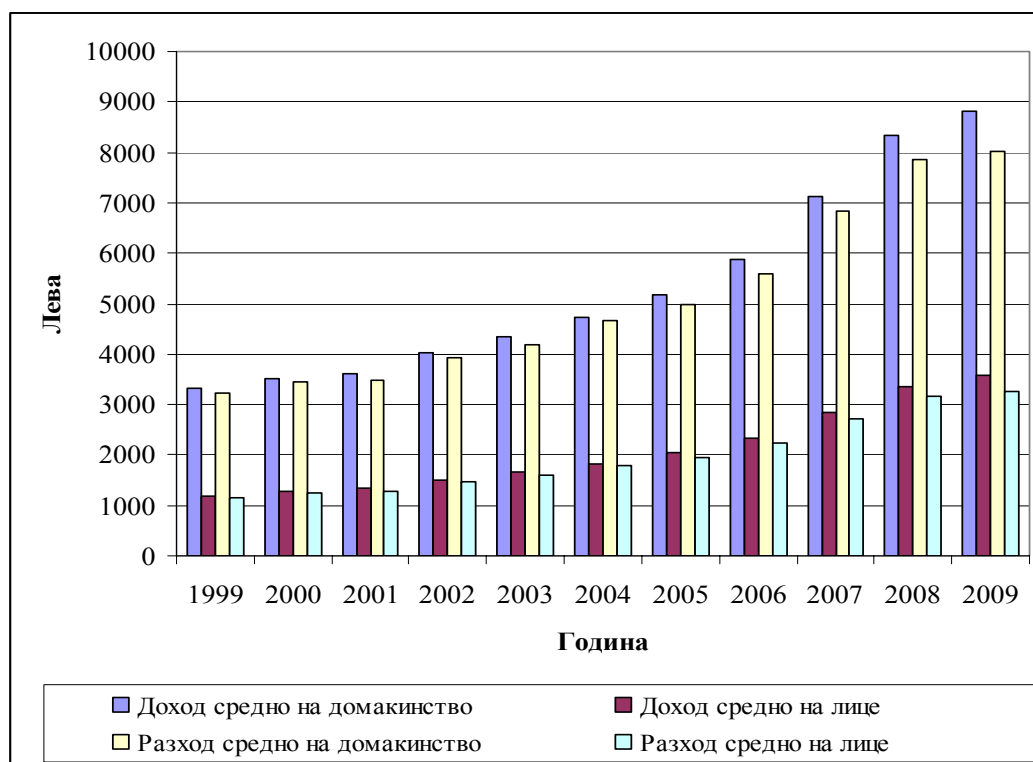
Доходите на домакинствата от предприемачество и собственост в България остават традиционно ниски. За 2009 г. те са едва 5.4% от доходите на домакинствата и бележат спад от 14% за последните 10 години. Тези данни сочат, че населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст⁷.

По данни на НСИ се отбелязва стабилна позитивна тенденция в структурата на разходите на домакинствата. Например, продължава да намалява дялът на разходите за храна – от 37.8% през 1999 г. на 34.6% за 2009 г. Въпреки това, обаче, той се запазва

⁷ По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

относително висок. Запазен е делът на разходите за данъци (3.3%) от предходната 2008 г., като това се отдава на запазване новото на данъчното облагане. Разходите, свързани с образованието, свободното време и отдиха нарастват и през 2009 г. техният дял достига 4.0% от всички разходи. Домакинствата са заплатили 0.9% в повече за жилища, вода, електроенергия и горива (поради незначителното увеличение на цените на тока и водата).

Фиг. 16. Средногодишни доходи и разходи (в лева)



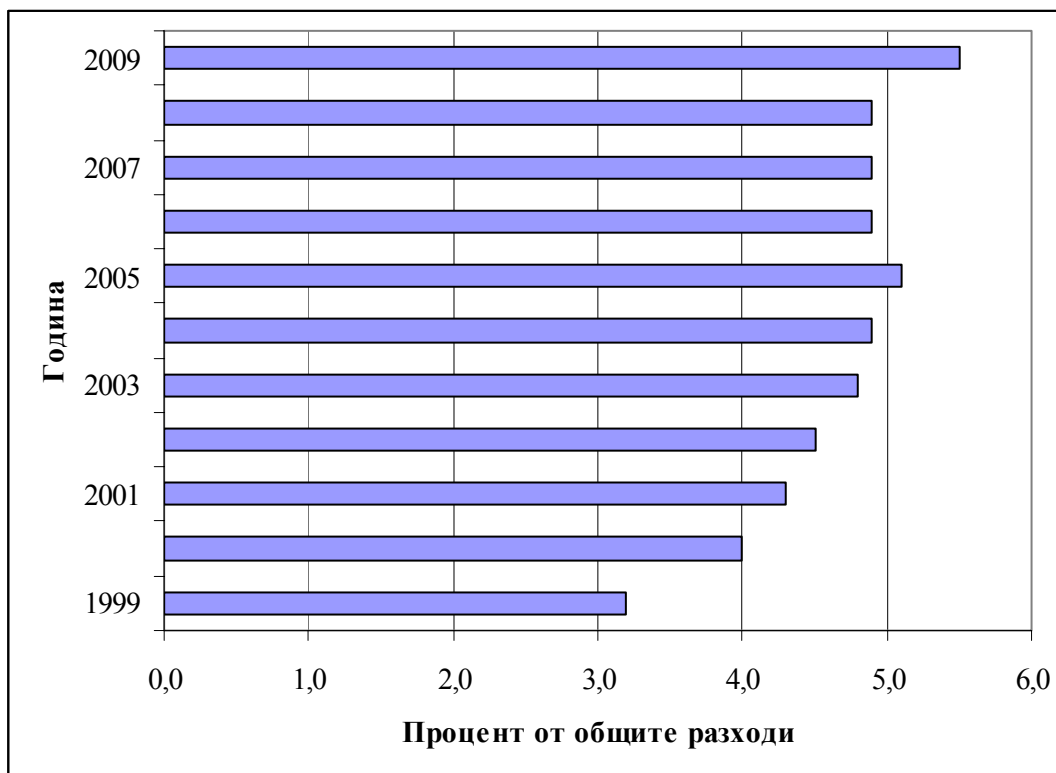
По данни на НСИ⁸

Важен показател за социално равенство е еднаквостта в заплащането на двата пола. Трябва да се отбележи положителната тенденция, наблюдавана в страната през последните години. По данни на НСИ през 2002 г. разликата в заплащането по пол е била 17.8%, а през 2007 г. (последната година, за която НСИ публикува данни) тя е намаляла със 7.1 пункта.

Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата. Така през 1999 г. те са разходвали 3.2% за здравеопазване, а през 2009 - 5.3% (фиг. 17). Едногодишният ръст за периода 2008-2009 г. от 0.6% би могъл да се обясни с повишаване на здравноосигурителните вноски. Средният разход за здравеопазване на едно българско домакинство през 2009 г възлиза на 177 лв.

⁸ По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

Фиг. 17. Относителен дял на среден разход на домакинствата за здравеопазване за периода 1999 – 2009 г.



По данни на НСИ⁹

Подобряването на икономическото състояние на населението и повишаването на здравната култура се отразяват и в промяната на потребление на основни хранителни продукти.

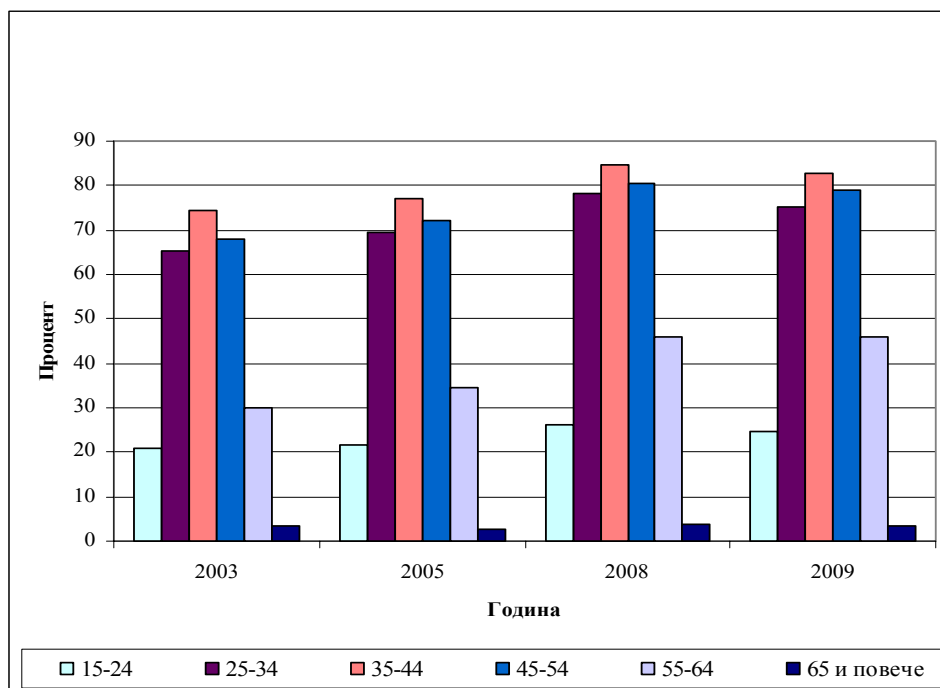
За периода 1999-2009 г. е намаляла консумацията на хляб и на захар, захарни и шоколадови изделия съответно с 1.6 и 1.3 пъти. За сметка на това българинът е започнал да се храни по-здравословно, като значително по-често е консумирал месо, риба, пресни плодове и зеленчуци. Единствено неблагоприятна тенденция се наблюдава в консумацията на прясно мляко, която е намаляла с 10% в сравнение с предходната година.

2.1.2. Заетост на населението

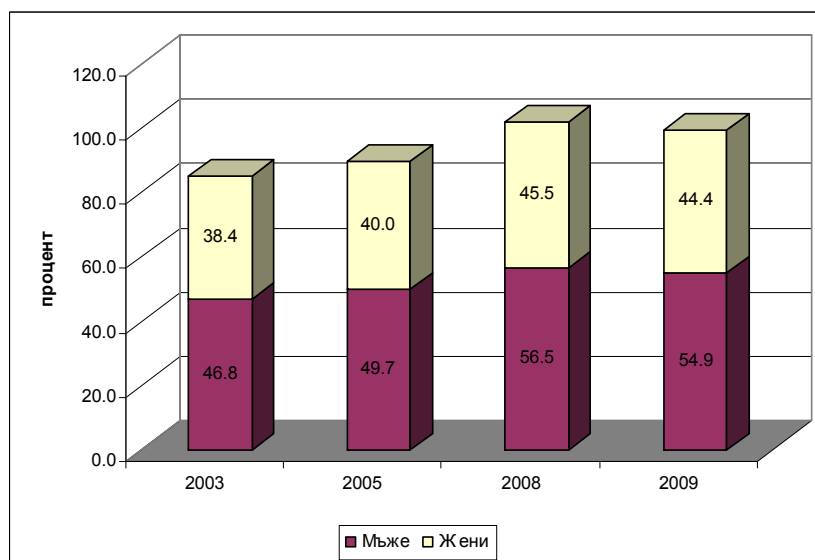
Безработицата е един от най-важните фактори, пораждащи бедност. Нивото на бедност сред безработните през 2009 г. е 44%, докато при заетите е едва 5.7%. Имайки предвид структурата на приходите на българските домакинства, при които основният доход идва от трудови възнаграждения, нивото на трудовата заетост в страната оказва съществено влияние върху приходите на домакинствата, а от там и на здравните показатели. Трудовата заетост се свързва с постоянен доход, създава чувство на социална идентичност, спомага за структуриране на деня и намаляване на стреса поради несигурност. От своя страна, безработицата води до материални лишения и бедност, до намаляване на доходите, до лишаване от предимствата, които преди това са били предоставени от работодателя, както и до рисково за здравето поведение. Липсата на работа е свързана с физически и психични проблеми, които включват депресия, безпокойство и повишен процент на самоубийства.

⁹ По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

Фиг. 18а. Коэффициент на заетост на населението на възраст 15 и повече години по възрастови групи (в %)



Фиг. 19б. Коэффициент на заетост на населението на възраст 15 и повече години по пол (в %)



По данни на НСИ¹⁰

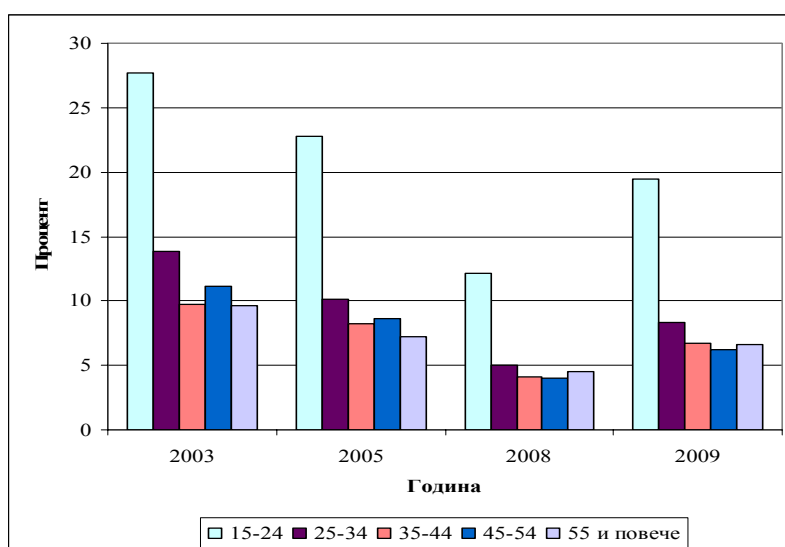
Независимо от регистрираното забавяне на икономическата активност през 2009 г. броят на средно зетите по трудово-правни и служебни взаимоотношения нараства от 2 273 482 за 2008 г. на 2 370 262 души за 2009 г. Средната заетост на населението бележи за 12 месеца ръст от 4.26%. В общественения сектор са били наети 627 345 лица, а останалите – в частния.

¹⁰ По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=26>

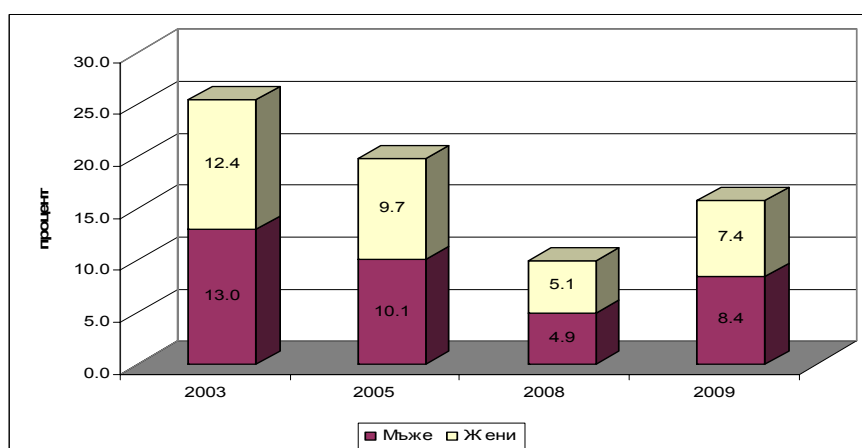
На фиг. 18 е представен коефициентът на заетост на населението на възраст 15 и повече навършени години. Въз основа на представените данни могат да се отчетат редица съществени позитивни тенденции. На първо място, коефициентът на заетост нараства както за мъже и жени, така и за повечето възрастови групи. Запазва се висок относителен дял на незаемите по трудово-правни и служебни взаимоотношения във възрастта до 24 г. От 2005 г. се наблюдава съществена динамика в нарастването на заетостта на лицата над 55-годишна възраст, като за сравнение за периода 2003-2009 г. ръстът е 16 пункта. От стратегическа гледна точка и предвид негативните демографски тенденции, свързани и с намаляване на работната сила през последните години, удължаването на трудовия живот се превръща в приоритет на политиката на заетостта, който съвпада с една от целите на пенсионната реформа.

До 2009 г. вкл. коефициентът на безработица в страната показва трайна тенденция към намаляване (Фиг.19а и 19б).

Фиг. 20а. Коефициент на безработицата на лица на възраст 15 и повече години по възрастови групи (в %)



Фиг. 21б. Коефициент на безработицата на лица на възраст 15 и повече години по пол (в %)



По данни на НСИ¹¹ (данните са отчетени в края на всяка една от представените години)

¹¹ По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=26>

Неблагоприятните икономически условия през 2009 г. не са оказали сериозно влияние върху броя на безработните - те са едва 6.9%, но за период от една година, този процент е нараснал с 1.2 пункта и се е върнал на нива от 2007 г. По данни на НСИ през 2009 г. без работа в активна трудова възраст са по-често мъжете и лица от двата пола във възрастовите групи 15-24 и 25-34 години.

Основните политики в областта на труда и социалното дело са насочени към продължително безработните лица до 29 и над 50 годишна възраст, към безработните с намалена работоспособност, с нисък образователен ценз, без специалност и професия.

Съществен проблем са продължително безработните или т.нар. „обезкуражени лица” които за 2009 г. са 184.2 хил. души на възраст 15-64 години. Продължителната безработица обезсърчава лицата, останали за дълъг период без работа и намалява цялостната икономическа активност на населението. Това води до намаляване ефективността на използване на потенциалния трудов ресурс.

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

2.1.3. Образование

Образованието е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация. Сред безработните процентът на рано напусналите образователната система през последните три години той се движи около 14.7%¹².

Образователната система в България е институционално добре интегрирана. Системата на просветата включва детски градини, училища и обслужващи звена в училищната мрежа. Образованието е задължително за децата между 7 и 16 години. От учебната 2003/2004 г. става задължителна и предучилищната подготовка.

По данни на НСИ¹³ за 2009 г., нетният коефициент на записване в началното образование е 93.4%. В сравнение с предишни години все по-малко деца в селата завършват средно образование и разликата в достъпа до образование на градските и селските деца става все по-отчетлива. Посещаемостта на учебните заведения също е свързана както с доходите в семейството, така и с отдалечеността на училището от населеното място на детето. Колкото по-отдалечени в географски смисъл са училищата (вероятността от отдалеченост нараства с увеличение на етапа на образование), толкова по-вероятно е непосещаването и отпадането на учениците от училище.

Нараства делът на учащите се от 19 до 24 год., като това се свързва с повишеното обучение в университетите и висшите специализирани училища. Само за периода 2008-2009 г. процентът на обучаващите се в тези заведения на възраст до 24 год. е нараснал с 3 пункта.

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

2.1.4. Бедност и здраве

Както вече беше отбелязано, социално-икономическите условия оказват съществено въздействие върху здравето. Ниските доходи обикновено се свързват с

¹² <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=26>

¹³ По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=23>

материални лишения, с лоши условия на живот и хранене, с недостатъчни възможности за придобиване на добро образование и съответно по-добро трудово възнаграждение, с високо ниво на стрес и др. Ниските доходи имат негативно влияние върху здравето.

С Постановление № 265 на МС от 31.01.2008 се определя линията на бедността за страната за 2009 г., която възлиза на 194 лв.¹⁴

Нивото на относителна бедност в България (процентът на бедните) през последните години варира между 14 и 16% и е близко е до нивото в страните от ЕС. По данни на НСИ¹⁵ през 2009 г. относителната бедност за страната е възлизала на 14.7%. През последната (2009 г.) равнището на бедността при различните възрастови групи е от 21.4% за деца от 0 – 15 години, 13.4% за възрастовата група 16 – 64 г. и 14.9% за лицата над 64 г. През същата година 44% от безработните и 15.5% от пенсионерите са попаднали в групата на бедните.

През първите години на прехода Gini коефициентът¹⁶ бележи ръст и достига през 1995 г. до 0.384. Тогава се отбелязва и най-значителното неравенство в доходите на домакинствата. В последващите години, с подобряване на икономическите показатели за страната и повишаване на доходите, е регистриран спад. След 2005 г. този показател се движи в стойности от 0.241 до 0.263, характеризиращи намаляването на неравенството в доходите. През 2009 г. Gini коефициентът е 0.262 и е почти равен по стойност на този за 2008 г., което е индикатор все още за отсъствието на подоходно обусловено социално разслояване по време на икономическата криза.

Въпреки неблагоприятните икономически обстоятелства, за 2009 г. не се наблюдава съществена динамика в общото равнище на бедност в страната. Негативна тенденция се отбелязва при най-уязвимата възрастовата група – децата от 0 до 15 г. където ръстът е от 3 пункта за едногодишен период. Това вероятно се дължи на високата раждаемост в семейства с нисък доход, на повишаване броят на децата, отглеждани само от един родител, както и на по-ниските трудови възнаграждения на родителите.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

Въпреки финансово-икономическа криза, доходите на населението през 2009 г. все още нарастват и се запазва регистрираната и в предходните години структура на доходите, като населението продължава да разчита предимно на доходи от наемен труд, прослужено време и възраст.

- Независимо от регистрираното забавяне на икономическата активност през 2009 г. броят на средно заетите по трудово-правни и служебни взаимоотношения нараства и средната заетост на населението бележи за 12 месеца ръст от 4.26%.
- Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата от 3.2% през 1999 г. до 5.3% през 2009 г. Едногодишният ръст за периода 2008-2009 г. от 0.6% би могъл да се обясни с повишаване на здравноосигурителните вноски. Средният разход за здравеопазване на едно българско домакинство през 2009 г. възлиза на 177 лв.
- През 2009 г. безработните са 6.9%, но за период от една година, този процент е нараснал с 1.2 пункта и се е върнал на нива от 2007 г.
- Въпреки неблагоприятните икономически обстоятелства, за 2009 г. не се наблюдава съществена динамика в общото равнище на бедност в страната.

¹⁴ Тя е монетарен показател за идентифициране на бедните в обществото. Линията на бедността се използва като показател, гарантиращ границата за задоволяването на т. нар. "минимални жизненни потребности" - паричната равностойност на фактически реализиран разход за потребление на хранителни стоки, които обезпечават препоръчителните норми за дневен калориен прием от 2700 килокалории.

¹⁵ По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

¹⁶ Gini коефициентът се изчислява с индивидуалните данни за нетен еквивалентен общ доход на домакинствата и отчита неравенството в доходите им.

Негативна тенденция се отбелязва при най-уязвимата възрастовата група – децата от 0 до 15 г., където ръстът е от 3 пункта за едногодишен период. Това вероятно се дължи на високата раждаемост в семейства с нисък доход, на повишаване броят на децата, отглеждани само от един родител, както и на по-ниските трудови възнаграждения на родителите

3. НАЧИН НА ЖИВОТ И ЗДРАВЕ - РИСКОВИ ФАКТОРИ

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

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

3.1. Тютюнопушене

Контролът върху тютюнопушенето е една от ключовите стратегии на Световната здравна организация (СЗО) и Европейския съюз (ЕС) в областта на общественото здраве, като основните приоритети обхваща: превенцията и методите за отказ от тютюнопушене, специално сред младите хора и работещото население; контролът върху тютюневите изделия чрез налагане на възрастови ограничения за продажбата им, въвеждането на ограничения или пълна забрана спрямо пряката реклама и пушенето на обществени места, етикетирание, ограничаване на незаконната търговия, данъчната политика в полза на повишаване на цените на тютюневите изделия, развиване на алтернативното земеделие и др. Основание за изработването на първия международен договор за обществено здраве в света – Рамковата конвенция за контрол на тютюна на СЗО, както и политиката за контрол на тютюна на ЕС е високият относителен дял на тютюнопушенето в общото бреме на болестите – 12.3%. Тютюнопушенето е предотвратим рисков фактор за здравето и всяко усилие за неговото ограничаване е принос за общественото здраве.

Национално представително изследване през 2007 г. сред лица на възраст 25-64 г. от градовете и селата, показва, че редовно пушат 46.6% от мъжете и 32.7% от жените¹⁷. На този фон е показателен факта, че едва 13,3% от пушачите у нас проявяват силна загриженост на здравето си, т.е. на практика предоставянето на информация за вредата

¹⁷Национално изследване на факторите на риска за здравето, свързани с начина на живот сред населението на възраст 25-64 г, том I, кн. 3 (1), април. 1, 2009

тютюнопушенето и правовите забрани в тази насока не са се превърнали във фактор, който да промени тяхното поведение. Безспорен факт е, че намаляването на честотата на тютюнопушенето зависи на първо място от промяна на поведението. Затова е необходимо и мерките, насочени към здравословна промяна на поведението, да се прилагат устойчиво в течение на достатъчно дълъг период от време и да отговарят на потребностите на различни групи от населението.

От 2007 г. насам не е правено национално представително изследване по същата методика относно степента на тютюнопушене в България. Има данни за България, обаче, от други две европейски изследвания. Според едното от тях¹⁸ българските пушачи са 38-39% от популацията и България е на второ място в Европейската общност по тютюнопушене след Гърция. Българите са 6 пъти с по-голяма вероятност изложени на пасивно тютюнопушене у дома, в сравнение с финландците и шведите.

По данни на друго европейско изследване, проведено у нас¹⁹, Европейско здравно интервю - 2008 г., относителният дял на редовните ежедневни пушачи обхваща 40.5% от мъжете и 18.9% от жените у нас (Табл.4).

Табл. 2. Основни показатели за тютюнопушенето по пол и възрастови групи (%)

Възрастови групи	Ежедневно пушещи		Пушат понякога		Непушачи	
	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени
Общо	40.5	18.9	9.8	9.3	49.7	71.8
15 – 24	27.7	17.9	13.0	13.1	59.3	69.0
25 – 44	54.8	32.7	9.7	12.9	35.5	54.3
45 – 64	46.3	17.7	10.5	9.9	43.2	72.4
65 +	12.0	2.2	6.0	1.2	82.0	96.6

Изводите по отношение на получените резултати, в сравнение с резултатите от 2007 г. разкриват, че равнището на тютюнопушенето при мъжете и жените е по-ниско, особено при жените.

Доказателство за ограниченото тютюнопушене у нас са количествата потребление на цигари от едно лице средно на домакинство за един месец. Ако през 2005 г. средно на лице от домакинство месечно потреблението е било 77,2 броя цигари, то през 2009 г. по същите показатели потреблението е снижено на 64.9 броя цигари²⁰.

Голям проблем е тютюнопушенето сред младите хора. Проучване в рамките на Глобално изследване на младежта и тютюна (GYTS) през 2008 г.²¹ сред ученици на възраст 13-15 г. установява, че редовни пушачи са 24,4% от момчетата и 31,6% от момичетата. Първата си цигара в 21.2% от случаите децата са запалили преди да навършат 10 години, като този показател е с 2.4% по-голям в сравнение с 2002 г. Друго проучване през 2007 г. в рамките на ESPAD сред 16-годишни момчета и момичета показва, че настоящи пушачи са 36% от момчетата и 44% от момичетата, като 50% от тях са запалили първата си цигара на възраст под 13 години²².

За съжаление, въпреки мерките за превенция и контрол на тютюнопушенето, не могат да бъдат отчетени устойчиви признаци за неговото намаляване и за установяване на трайна тенденция в тази насока особено сред младите хора на възраст 15-18 г. в нито една от страните на Европейския регион. Все пак, в сравнение с 2002 г. по данни на GYTS, редовните пушачи у нас при 13-15 г. намаляват с 4, 9 пункта. Постигането на

¹⁸ Flash Eurobarometer, "Survey on tobacco. Analytical Report", March 2009.

¹⁹ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22&a1=556&a2=558#cont>

²⁰ По данни на НСИ.

²¹ Манолова А., Разпространение на тютюнопушенето в училищна възраст – сравнителен анализ на резултатите от Глобално проучване на тютюнопушенето при младите хора, България, 2002 и 2008 г., БСОЗ, кн.2, 2009

²² The 2007 ESPAD Report, Substance Use Among Students in 35 European Countries, Stockholm, 2009

устойчиви положителни резултати в контрола на тютюнопушенето зависи на първо място от това доколко е успешно формирането на мотивация за промяна на поведението. Това може да се очаква на основата на осъзнаване на собствената уязвимост към тютюнопушенето като рисков фактор и за степента на неговото въздействие върху собственото здраве, което е свързано и с предоставянето на възможно най-пълна информация за ползите, произтичащи от промяна на поведението в положителна насока

3.2. Хранене

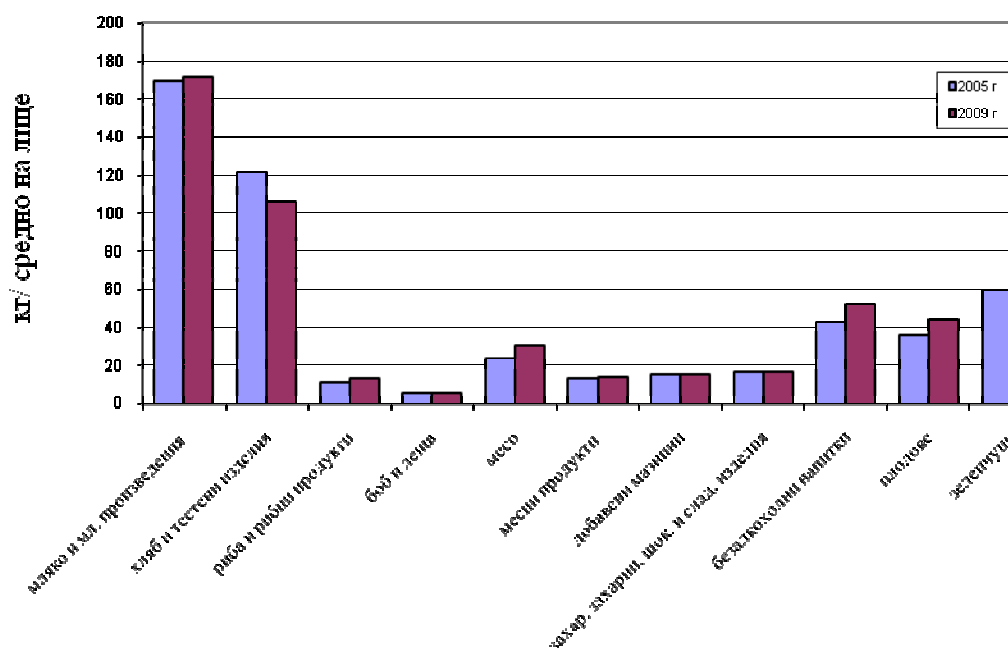
Хранителният модел и хранителният статус представляват ключови детерминанти на здравето и един от фокусите на превантивната стратегия за редуция на риска от хронични неинфекциозни заболявания. През последните години, както в Европейския съюз, така и в България се повишава относителния дял на лица със свръхтегло, затлъстяване, сърдечносъдови заболявания, хипертония, рак, диабет тип 2.

Анализът на хранителния модел на базата на бюджетите на домакинствата²³ с представяне на данните средно на лице за година (per capita) за периода 2005 – 2009 г. показва тенденциите в хранителната консумация на населението в България. За посочения период се запазва ниска консумацията, среднодневно на лице, на *мляко и млечни произведения* – от 170 г през 2005 г. на 172 г през 2009 г., като се наблюдава тенденция за намаляване потреблението на прясно мляко. Запазва се съществуващата и в предишни години тенденция за известно увеличаване консумацията на кисело мляко и млечни продукти. Трайно се запазва тенденцията за намаляване потреблението на *хляб и тестени изделия*, като през 2005 г. консумацията е 121.2 кг средно на лице годишно, а през 2009 г. – 105.9 кг средно на лице. Запазва се ниско потреблението на *риба и рибни продукти*, като се наблюдава тенденция за малко повишаване консумацията на риба от 11.5 г среднодневно на лице през 2005 г., на 13.3 г средно на ден/лице през 2009 г., но тя е значително по-ниска от препоръчваната консумация на риба най-малко веднъж седмично, което означава 30-40 г средно дневно. Запазва се ниска консумацията на бобови храни като потреблението на *боб и леща*, средно на лице през 2005 г. е 5.9 кг (15.8 г средно на ден/лице) а през 2009 г. – 5.8 кг. (15.8 г средно на ден/лице). Наблюдава се тенденция за повишаване потреблението на *месо и месни продукти* – през 2005 г. средната консумация на месо е 24.2 кг на лице за година, а на месни продукти – 13.4 кг, а през 2009 г. нараства съответно до 30.7 кг месо или с 21.2%, а консумацията на месни продукти достига 14.3 кг (увеличение за 5-годишния период с 6.9%) . Потреблението на *добавени мазнини* за периода 2005 – 2009 г. се запазва – 15.6-15.7 кг средно годишно на лице, като се наблюдава тенденция за намаляване дела на свинската мас за сметка на леко увеличаване на консумацията на растителни масла. Наблюдава се и тенденция за леко увеличение в потреблението на *захар, захарни, шоколадови и сладкарски изделия* – от 16.7 кг средно на лице през 2005 г. на 16.9 кг средно на лице през 2009 г., като се наблюдава повишаване на консумацията на сладкарски изделия за сметка запазване на тенденция за намаляване потреблението на захар. Наблюдава се значително повишаване (17.6%) в потреблението на *безалкохолни напитки* средно на лице – от 43.0 кг през 2005 г. на 52.2 кг през 2009 г. Средният дневен прием на *плодове и зеленчуци* за лице се запазва нисък и е под препоръчаните нива от 500 г на ден, въпреки че се наблюдава тенденция за леко повишение в консумацията на пресни и замразени плодове и зеленчуци – потреблението на плодове средно на лице през 2005 г. е 36.2 кг (99.2 г среднодневно на лице), а през 2009 г. – 44.3 кг (121.4 г среднодневно на лице, увеличение с 18.3%), а потреблението на зеленчуци се повишава с 12.4% - от 59.9 кг (164.1 г среднодневно на лице) през 2005 г., до 68.4 кг (187.4 г среднодневно на лице) през 2009 г.

²³ НСИ, 2009

Запазват се някои неблагоприятни тенденции и характеристики на храненето на населението, наблюдавани през последните години: нисък прием на мляко и млечни продукти, повишената консумацията на червени меса и месни продукти, което се свързва с повишен прием на наситени мастни киселини, запазва се високо потреблението на добавени мазнини, традиционно ниска консумация на риба, висока консумация на захар чрез повишен прием на захарни и сладкарски изделия и безалкохолни напитки, прием на плодове и зеленчуци под препоръчваните здравословни нива, намаляване приема на растителни влакнини поради увеличената консумация на рафинирани продукти, както и намаляване приема на пълнозърнести зърнени храни и бобови храни.

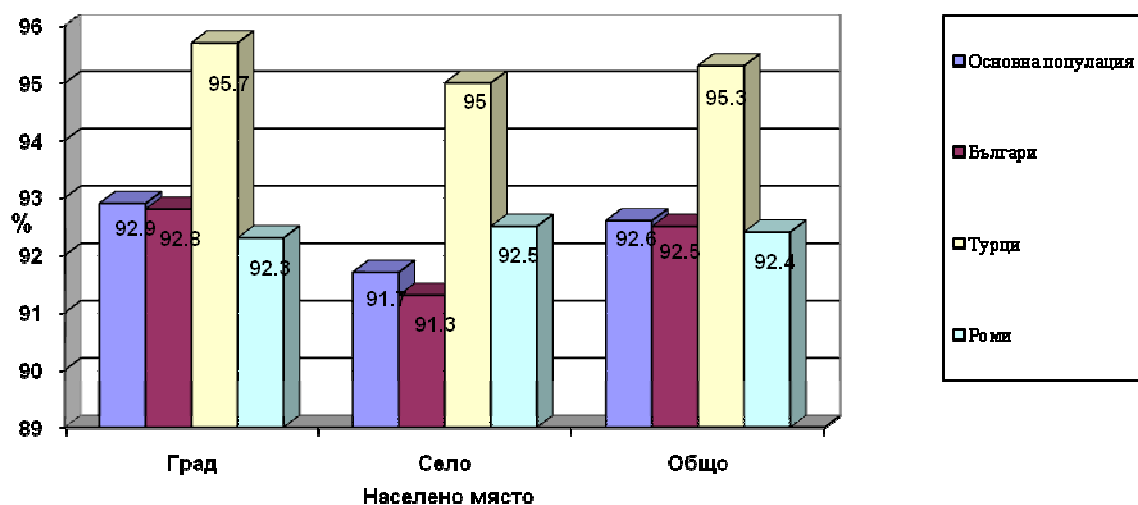
Фиг. 22. Потребление на основни хранителни продукти от домакинствата в България (г/ден/лице) за 2005 и 2009 г.



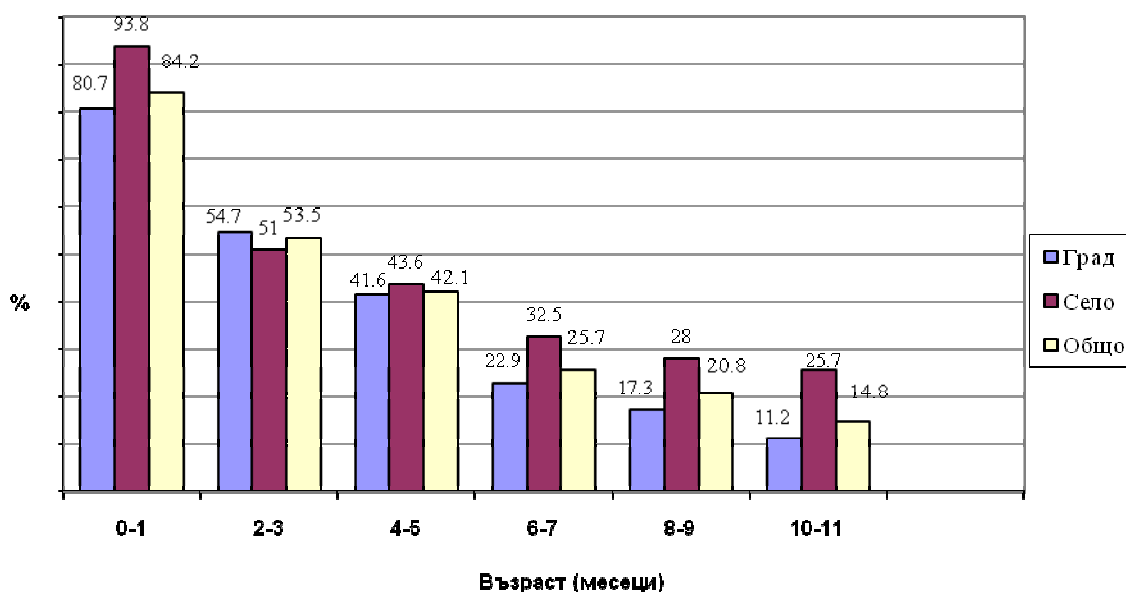
При проведено трансверзално и ретроспективно проучване през 2007 г. за оценка храненето и хранителния статус на децата до 5 години в България²⁴ при представителна извадка за страната от 2127 деца и техните майки се установяват проблеми в храненето на кърмачетата: късно начало - само 4,6% деца са с начало на кърмене до 1 час след раждането (Фиг.21), малка продължителност на кърмене, ниска честота на изключителното кърмене - само 4,2% до 2 месеца (Фиг. 22) и ранно захранване (50% деца са захранени до 2-месечна възраст, 80% до 6-месечна възраст). Захранващите храни са с ниска хранителната плътност на желязо, калций и цинк. При некърмените деца от 6 до 12 месеца съществува риск за дефицитен прием на есенциални мастни киселини, неадекватен прием на желязо и висок прием на натрий.

²⁴ <http://ncphp.government.bg/files/unicef.swf>

Фиг. 23. Относителен дял на деца от 0 месеца до 5 годишна възраст, диференцирани по местоживееие и етническа принадлежност, кърмени през неонаталния период

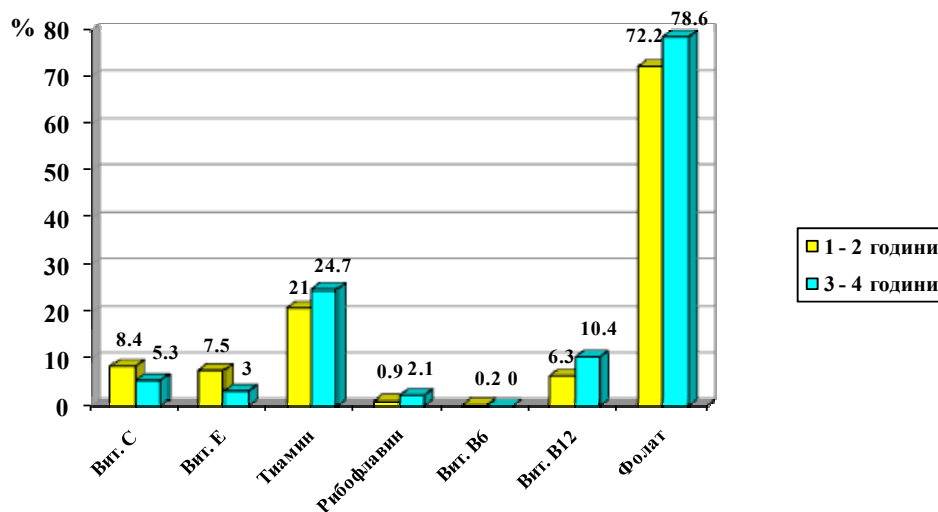


Фиг. 24. Относителен дял на кърмени деца от 0 до 12 месеца, диференцирани по възраст и местоживееие



Храненето на децата от 1 до 5 години се характеризира с риск за дефицит на тиамин, витамин В12, фолат (фиг. 23) и желязо и висок прием на натрий, а при децата на 3-4 години и с висок прием на мазнини, недостиг на въглехидрати и риск за неадекватен прием на калций. Консумацията на хранителни продукти при децата на 3-4 години се характеризира с недостачен прием за мляко и млечни продукти, риба и пълнозърнести храни и с висок прием на безалкохолни газирани напитки, съдържащи захар.

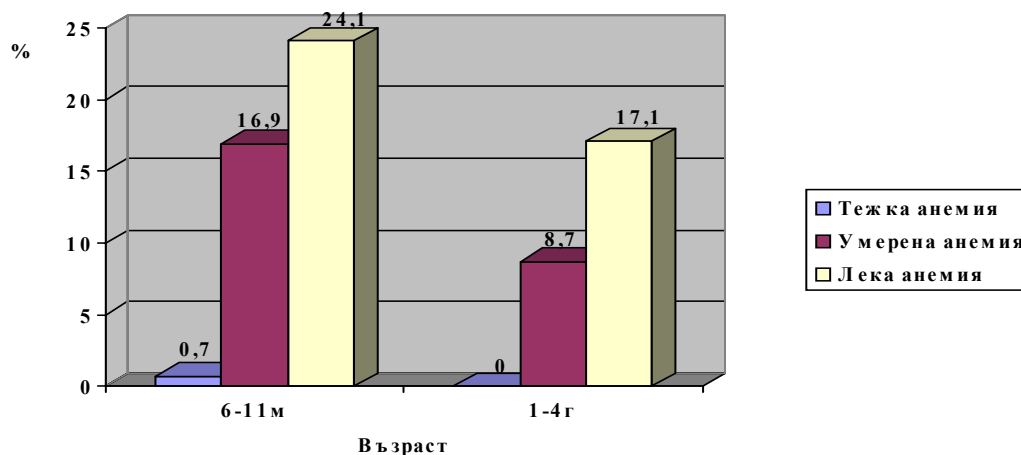
Фиг. 25. Относителен дял на деца на възраст от 1 до 5 години с прием на витамини под среднодневните хранителни потребности



Оценката на хранителния статус установи, че кърмачетата от 0 до 6 месеца са с риск за изоставане в растежа (12% са с нисък ръст), като при кърмачетата от мъжки пол от същата група се установи и риск за поднормено тегло (7,8%). Децата и от двата пола от 1 до 5 години са рискова група за наднормено тегло (9,5%). Рискови фактори за изоставане в растежа на децата до 5-годишна възраст са по-ниската степен на образование на майката, ниските доходи на домакинството, несемейния статус на майката и тютюнопушене по време на бременността, а върху наднорменото тегло влияят ниските доходи на домакинството и несемейния статус на майката.

Разпространението на анемия при децата от 6 месеца до 5 години е в интервал 29,1% - 44% (Фиг.24), като при децата от ромски произход честотата на анемия е най-висока (тежка степен на значение за общественото здраве). Анемията при майките на изследваните деца е 24,7% и е със средна степен на значение за общественото здраве. Рискови фактори за анемия при майките са ниският среден доход на домакинството при селско местоживееие, възраст под 20 години, обилни менструални кръвоизливи през последните два месеца и по-ниската честота на прием на черен дроб с храната.

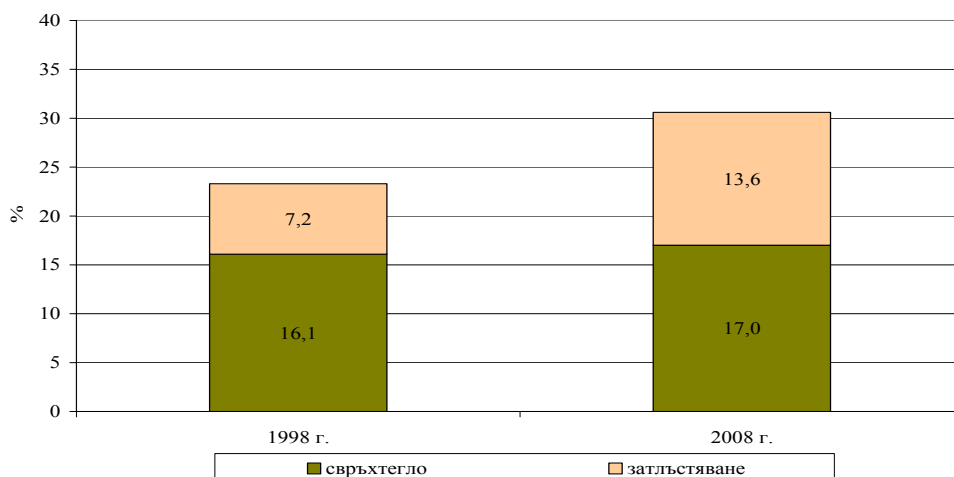
Фиг. 26. Относителен дял на деца от 6 месеца до 5 години, диференцирани по възраст и тежест на анемия



Основните проблеми в храненето при лица над 1-годишна възраст, диференцирани по възраст и пол, на база данните от проведените представителни за страната проучвания (1997-2008 г.), проведени от НЦООЗ, показват, че средният енергиен прием е по-висок от потребностите. Изключение се наблюдава при децата до 14 г. и младите жени (18-30 г.), при които се наблюдава и по-висока честота на поднормено тегло. Среднодневният белтъчен прием е в рамките на препоръчаните нива, относителният енергиен дял на прием на общи мазнини и наситени мастни киселини, рисков фактори за висок холестерол, повишен LDL-холестерол и ССЗ, са с тенденция за покачване. Висок е и приемът на полиненаситени мастни киселини, което също крие здравни рискове във връзка с лесното им окисление и вредното действие на липидните пероксиди. Рискови по отношение на ниския прием на витамини и минерали са групите на децата, младите жени, бременните жени, старите хора и лицата с ниски доходи. При всички популационни групи над 1-годишна възраст е нисък средният дневен прием на фолиева киселина, витамини В₂, В₁, В₆, витамин С през зимата и пролетта, както и на минералите калций, желязо, цинк и магнезий. Наблюдава се тенденция за покачване на относителния дял на лицата със свръхтегло и затлъстяване, като със затлъстяване през 2004 г. са 21.3% при мъжете и 16.7% при жените. Национално изследване през 2007 г. установи, че 45.9% от изследваните мъже и 30.7% от жените са със свръхтегло, а съответно 24.6% и 24.4% – със затлъстяване²⁵. Изследването в рамките на регионите, включени в програмата СИНДИ през 2007 г. върху 10 500 мъже и жени в активна възраст показва, че със свръхтегло са 45.9% от мъжете и 30.7% от жените, а със затлъстяване съответно 24.6 и 24.4%.

При проведено национално представително проучване, проведено през 2008 год., при деца на възраст 7-8 години²⁶ се установиха неблагоприятни тенденции за увеличаване разпространението на затлъстяването при децата у нас. Данните от националното представително проучване на храненето и хранителния статус на учениците в България, проведено през 1998 г. показва, че при децата на 7-8 годишна възраст с наднормено тегло са 23.3%, като 7.2% от тях са със затлъстяване, докато при проведеното през 2008 г. изследване при същата възрастова група наднорменото тегло се е увеличило и се наблюдава при 30.6% от изследваните деца, като 13.6% от тях са със затлъстяване (Фиг.25.).

Фиг. 27. Честота на разпространение на наднормено тегло (свръхтегло и затлъстяване) при ученици на 7-8 години, 1998 г. и 2008 г.



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

²⁶ <http://ncphp.government.bg/bg/reports/dokl-projects.html>

Резултатите от проучването идентифицират основните рискови фактори за свръхтегло и затлъстяване при децата - нездравословният модел на хранене, и ниската физическа активност, липсата на училищна и семейна среда, която да създава условия и да стимулира здравословно хранене и физическа активност.

Нарастващият относителен дял на деца и възрастни със свръхтегло и затлъстяване представлява сериозен здравен проблем, който заедно с други рискови фактори и нездравословен модел на хранене и ниска физическа активност и значително допринася за увеличаване на честотата и тежестта на хроничните заболявания като коронарната болест на сърцето, хипертонията, мозъчния инсулт, редица ракови заболявания, затлъстяването, диабет тип 2, и др.

3.3. Злоупотреба с алкохол

Алкохолът, освен предизвикването на зависимост, се явява причина и за около 60 различни видове заболявания и болестни състояния, вкл. травми, психически и поведенчески разстройства, стомашно-чревни заболявания, злокачествени новообразувания, сърдечно-съдови заболявания, имунологични нарушения, болести на белите дробове, на опорно-двигателната система, нарушения на репродукцията и др. Злоупотребата с алкохол ежегодно се явява причина за 115 000 смъртни случая сред хората до 70 г. възраст в ЕС. Този рисков фактор обуславя 12% от случаите на преждевременна смърт и инвалидност сред мъжете и 2% сред жените. Това прави този рисков фактор трети по значимост сред 26-те рискови за здравето фактори в ЕС, като пред него по значение се намират само тютюнопушенето и високото артериално налягане. Злоупотребата с алкохол, като рисков за здравето фактор, съставлява около 9% от общото бреме на болестите²⁷.

В структурата на причините за смъртните случаи, поради злоупотреба с алкохол, се включват пътно-транспортните произшествия, нещастните случаи, убийствата и самоубийствата, цирозата на черния дроб, онкологичните заболявания, психоневрологичните разстройства и др. Ежегодните разходи за лечение на заболяванията, предизвикани от злоупотреба с алкохол в страните от ЕС, съставляват 17 милиарда евро, а загубата на производствен потенциал се оценява на 36 милиарда евро²⁸.

При изследване по поръчка на Министерството на здравеопазването, реализирано от екип на НЦООЗ²⁹ и НСИ³⁰ е било установено, че ежедневно употребяващите алкохол мъже са 39.5%, а жените - 7.3%. Злоупотреба с алкохол е била установена при 21.5% от мъжете и 7.0% от жените в активна възраст. В селата злоупотребата с алкохол е по-честа при мъжете, а в градовете - при жените. Често е комбиниран риск на злоупотребата с алкохол с високо артериално налягане, наднормено телесно тегло, и ниска физическа активност, тютюнопушене и др.

Изследване в рамките на проекта ESPAD³¹ показва, че първият опит за консумация на алкохол (бира) в 63.0% от случаите е бил на възраст под 13 години. За пияно състояние (до степен на интоксикаране) през живота си съобщават 53.0% от изследваните. За напиване през последните 30 дни съобщават 21.0% от момчетата и 18.0% от момичетата.

Според данните, получени от Европейското здравно интервю-2008³² относителният дял на лицата употребяващи ежедневно алкохол съставлява 6.1% от

²⁷ Anderson, P., B. Baumberg– Alcohol in Europe, http://europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

²⁸ Anderson, P., B. Baumberg– Alcohol in Europe, http://europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

²⁹ Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009

³⁰ НСИ, Преброяване на населението, Т 6, Извадкови изследвания, кн.4, Здравно състояние на населението, Статистика, 2002, с 28-29

³¹ The 2007 ESPAD Report, Substance Use Among Students in 35 European Countries, Stockholm, 2009

³² <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22&a1=556&a2=558#cont>

населението, като делът на ежедневно пиещите мъже е 10.4%, а на жените - 2.1% (таблица 5).

Табл. 3. Употреба на алкохол през дванадесетте месеца предхождащи изследването по пол (%)

Честота на употреба на алкохол	Общо	Мъже	Жени
Никога	30.5	16.9	42.9
Месечно или по-рядко	32.6	28.4	36.4
2 до 4 пъти месечно	17.5	23.7	11.7
2 до 3 пъти седмично	8.6	13.1	4.5
4 до 6 пъти седмично	4.8	7.5	2.2
Всеки ден	6.1	10.4	2.1

В рамките на същото изследване е установено, че немалка част от населението консумира 6 и повече питиета по един повод, съответно 2.4% ежеседмично, а 0.5% ежедневно или почти всеки ден (Табл. 6).

Табл. 4. Консумация на 6 и повече питиета по един повод по пол (%)

Честота на консумация	Общо	Мъже	Жени
Никога	62.1	56.1	76.8
Не всеки месец	27.8	32.0	17.6
Ежемесечно	7.2	8.4	4.3
Ежеседмично	2.4	2.8	1.4
Ежедневно или почти всеки ден	0.5	0.7	0.0

В края на 2008 г. българските потребители на алкохолни напитки са 69,6% (83,1% от всички мъже и 56,9% от всички жени). Пиещите 6 и повече алкохолни напитки са 37,9% от българските граждани (43,9% от всички мъже и 23,3% от всички жени). Най-общо, в сравнение с 2007 г. българските граждани консумират алкохол повече, като процентът на пиещите жени е сравнително висок. Потвърждава се тенденцията за увеличаване употребата на алкохол и сред младите хора у нас.

По данни на НСИ лицата с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на злоупотреба с алкохола, наблюдавани от психиатричните диспансери, са 205.5‰³³.

Оценката на цялостната ситуация, свързана със злоупотребата на алкохол у нас, обосновава необходимостта от разработване на национална програма за превенция на алкохолната злоупотреба.

3.4. Употреба на наркотични вещества

През последните години в България се наблюдава определено развитие в основните показатели, свързани с употребата на наркотици, което като процес съответства на общите тенденции в Европейския съюз. По данни от Националния фокусен център за наркотици и наркомании от 2008 г. около 430 000-475 000 български

³³ „Здравеопазване”, публикация на Националния статистически институт и Националния център за здравна информация към Министерството на здравеопазването, 2008, 63, 164, с. 165

граждани от 15 до 64 години имат минимум една употреба на наркотик през живота си³⁴. Наблюдават се следните тенденции, свързани с наркотичните вещества:

- **Нараства употребата на наркотични вещества сред младите хора** и най-вече сред учениците. Младите хора на възраст между 15 и 34 г. представляват около 70-85 % от всички лица във възрастовия диапазон 15-64 г., които поне веднъж в живота си са употребили някакъв наркотик. 35.2 % от студентите и всеки трети български ученик от 9-ти до 12-ти клас поне веднъж в живота си е пробвал наркотични вещества³⁵. В сравнение с 2003 г., през 2007 г. употребата на марихуана сред учениците (по показателя "употреба поне веднъж в живота") е нараснала от 27,1 на 30,3%³⁶.

- Проблемната употреба на наркотици в България се свързва най-вече с хероин. По-голямата част от проблемно употребяващите хероин използват инжекционната форма на прием. Броят на проблемно употребяващите хероин в България е между 20 000 и 30 000 лица³⁷, като през последните години остава сравнително постоянен, дори с тенденция към намаляване. За сметка на това се наблюдава тенденция на нарастване броя на проблемно употребяващите синтетични стимуланти. При употребата на кокаин се наблюдава тенденция на леко увеличение. Продължава да нараства интензивната форма на употреба на марихуана.

- Запазва се тревожната тенденция в България да се откриват нови ХИВ - позитивни сред употребяващите интравенозно наркотици. Новорегистрираните лица през 2009 г. са били 74.

- Според данни от мониторинговата система за търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици в България през всяка от последните 10 години между 92 % и 98 % от всички потърсили лечение във връзка с наркоманен проблем в специализираните центрове са употребявали хероин и/или други опиати. Съотношението мъже / жени се е запазвало винаги приблизително 4:1. Общата средна възраст на потърсилите лечение се е повишила от 23 до над 25 години. Общата средна възраст на първата употреба на основното проблемно вещество е под 20 г., като над половината декларират, че са започнали употребата на възраст до 19 г. включително. Между една четвърт и една трета са използвали поне веднъж в живота си употребявани игли и/или спринцовки. Увеличава се делът на пациентите със стаж в употребата на основното проблемно вещество повече от 5 години³⁸.

- Може да се каже, че се очаква увеличение на употребата на метамфетамини през следващите години в България, както е и в Европа като цяло.

- На основата на наличните данни могат да се направят някои основни изводи относно състоянието и тенденциите, свързани с употребата на наркотици в България.

По отношение на разпространение на употребата:

³⁴ „Нагласи и поведение на населението между 15 и 64 години в България по отношение на употребата на медикаменти, алкохол, тютюн и други психоактивни вещества”, национално представително проучване в съответствие със стандартите на EMCDDA, Национален фокусен център за наркотици и наркомании и Институт за маркетинг и социални изследвания MBMD, финансирано през Националната стратегия за борба с наркотиците, декември 2008 г. – януари 2009 г., обхванати 5139 лица на възраст между 15 и 64 г. от всички 28 области в страната.

³⁵ “Университетските студенти и психоактивните вещества ’06”, национално представително проучване сред студентите в България, Национален Фокусен център за наркотици и наркомании и Агенция Факт Маркетинг, май - юни 2006 г., анкетирани 3220 студенти от 24 университети в 7 български града.

³⁶ Националното представително социологическо проучване “Употреба на алкохол и други наркотици в българските училища (9-12 клас)”, екип от НЦН и НЦООЗ по методиката на ESPAD, м. май 2007 г., общ брой анкетирани - 6367 ученици от над 320 паралелки в общообразователни и специализирани училища в 159 населени места в България.

³⁷ Тази оценка се базира на използването на метода Множител с използване данни от лечението (Multiplier Method Using Treatment Data).

³⁸ Мониторингова информационна система за търсенето на лечение във връзка с употреба на наркотици, Национален фокусен център за наркотици и наркомании

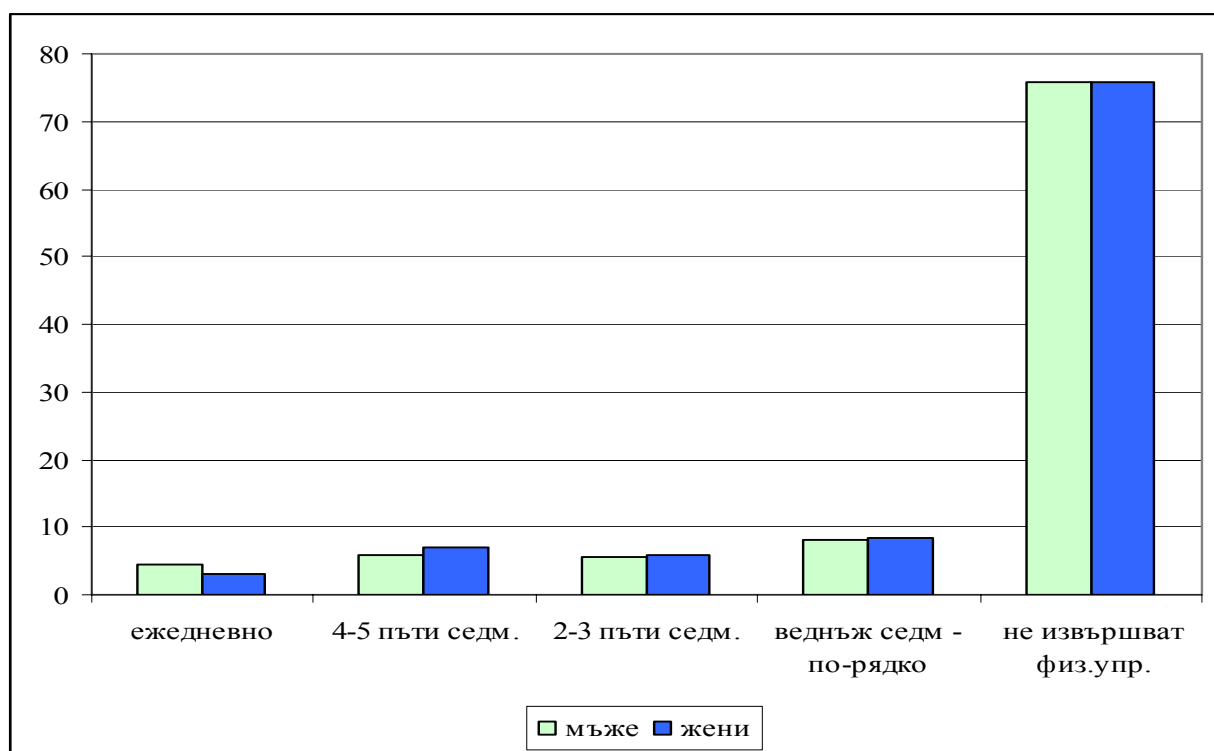
3.5. Физическа активност

Ниската физическа активност е рисков фактор за голям брой хронични неинфекциозни болести, които имат висока социална значимост – исхемична болест на сърцето, мозъчен инсулт, хипертонична болест, неинсулино зависим захарен диабет тип 2, остеопороза, затлъстяване, някои видове рак и др., като относителният дял в бремето на болестите се равнява на 3.5%. Но при наличие на комбиниран риск с нездравословно хранене този показател увеличава своето значение до 9.7%³⁹.

Ниската физическа активност, като рисков за здравето фактор, има значително разпространение сред населението в страните от ЕС и обуславя 5-10% от общата смъртност. По оценъчни данни на експертна група от СЗО, нивото на физическа активност при 2/3 от населението над 15-годишна възраст в страните от ЕС е под препоръчителното⁴⁰.

По данни от национално изследване на НЦООЗ⁴¹, при 80 на сто от изследваните лица в активна възраст е било установено ниско ниво на физическа активност в рамките на свободното им време (Фиг. 26).

Фиг. 28. Честота на практикуване на физически упражнения през свободното време сред анкетираните по пол (%)



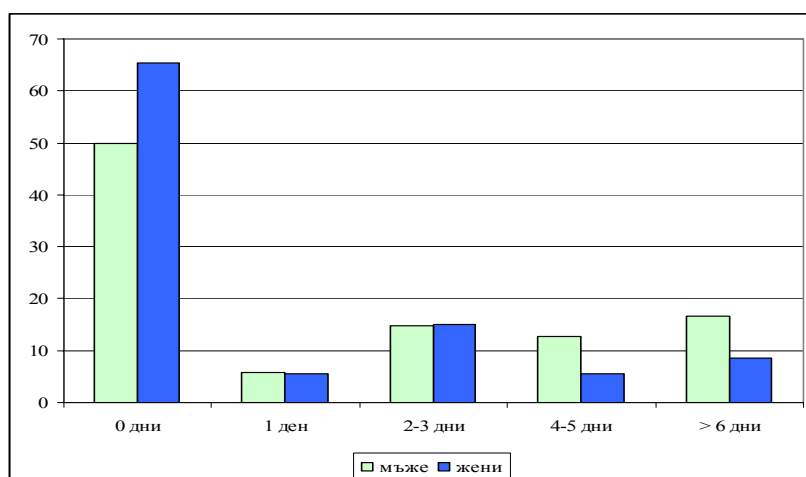
Над половината анкетирани не са имали физически усилия през седмицата, които да отговарят на критериите за енергично физическо натоварване, по-често в градовете. Показателят е значително по-висок при жените - 65.3%, в сравнение с мъжете 50.0% (Фиг.27).

³⁹ WHO-Physical activity and health in Europe: evidence for action/edited by N. Cavill, S. Kahlmeier and F. Racioppi, 2006

⁴⁰ WHO-Physical activity and health in Europe: evidence for action/edited by N. Cavill, S. Kahlmeier and F. Racioppi, 2006

⁴¹ Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009

Фиг. 29. Честота на енергичните физически натоварвания през седмицата по пол (%)



Паралелно с това, ниската физическа активност е била съпроводена в значителен брой от случаите с повишено артериално налягане, високо ниво на холестерол и наднормено телесно тегло. Изследването установява също наличието на значителен дефицит на информация за нуждите на населението относно протективната роля на физическата активност.

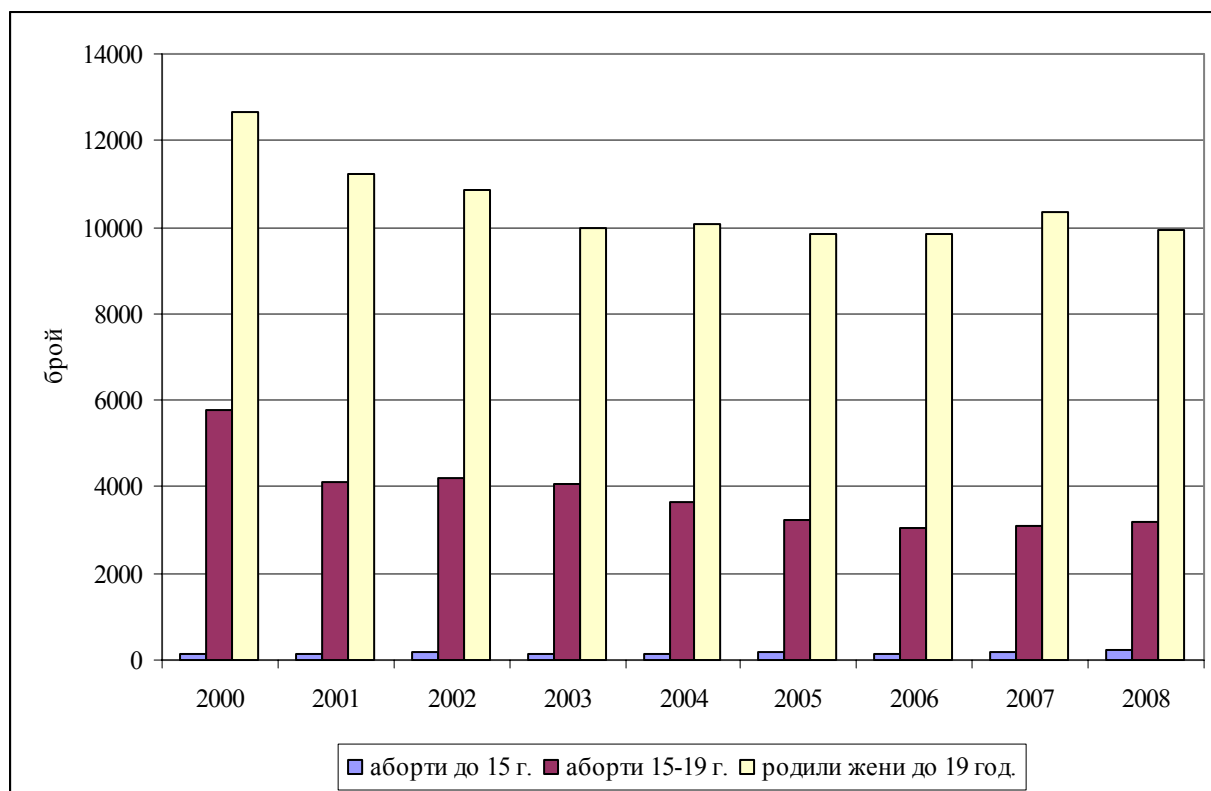
Междусекторното сътрудничество трябва да има решаващо значение за преодоляване на проблема ниска физическа активност. Това изисква активизиране на обществени структури, които осъществяват своите функции извън рамките на общественото здравеопазване – образование, транспорт, околна среда, градско планиране, бизнес структури, спорт и туризъм и др. Подобен тип координирани междусекторни действия са необходими, защото традиционните инструменти за приобщаване на населението към физически активен начин на живот (информация и консултация в рамките на извънболничната и болничната медицинска дейност, масова социална реклама и др.) се оказват недостатъчни. Това, което липсва на практика, са съгласувани действия на изброените сектори, които да осигурят промяна на заобикалящата среда адекватно на изискванията за физически активен начин на живот.

От особена важност също е да бъде развит потенциала, който притежава мотивационното консултиране на пациентите при ниска физическа активност. Медицинските специалисти трябва да разполагат с капацитет, който да им позволява да консултират своите пациенти относно подбора на подходящата за тях форма на физическа активност, както и за нивото на нейната интензивност, честота и др.

3.6. Рисково сексуално поведение

Рисковото сексуално поведение в юношеска възраст и последствията от него водят до неблагоприятия резултат в репродуктивното здраве и до високи разходи в сферата на здравеопазването, свързани с необходимостта от лечение на стерилитет и асистирана репродукция. Високата честота на аборти и бременности сред младите хора поддържа нивата от 2007 г. и продължава да бъде висока (Фиг. 28). Тази неблагоприятна тенденция може да се обясни от една страна с отсъствието на системно сексуално и репродуктивно здравно образование на младите хора в училище, а от друга – с липсата на достъп на 15-24 годишните до услуги и съвременни контрацептиви, предоставени от държавата на намалени цени.

Фиг. 30. Аборти и бременност сред млади жени



През 2009 г. се наблюдава положителна промяна в рисковото сексуално поведение на младите хора. Нараства употребата на презервативи при първи полов акт, както и при полов акт със случаен партньор.⁴² Намалява процентът на младите хора във възрастовата група 15-24 години, които са правили секс на възраст под 15 години (от 9,9% през 2006 на 8,3% през 2009 г.⁴³), както и процентът млади хора, които през последната година са правили секс с повече от един сексуален партньор (25,2% през 2006 г. срещу 20,9% през 2009 г.⁴⁴)

Изследванията на знанията, нагласите и поведенията в сферата на сексуалността в младежка възраст показват бавна, но устойчива тенденция на нарастване на знанията на младите хора във възрастта 15-24 г. по отношение на основните факти и заблуди, свързани с ХИВ. През 2004 г. коректни отговори на всичките 5 въпроса от сборния индикатор на UNGASS (Специализирана асамблея на ООН за ХИВ/СПИН) са дали 16,2 % от младите хора на възраст 15-24 години⁴⁵. Този процент нараства на 19,2 % през 2006⁴⁶ и на 22,9% през 2009 г.⁴⁷.

⁴² Национално представително изследване на знания, нагласи и поведение на младите хора по отношение на сексуалното и репродуктивно здраве, Програма «Превенция и контрол на СПИН, МЗ 2009 (под печат)

⁴³ Национален доклад за напредък в изпълнението на декларацията за ангажираност по проблемите на ХИВ/СПИН, Национален комитет по профилактика на СПИН и ППБ към МС, 2010
http://data.unaids.org/pub/Report/2010/bulgaria_2010_country_progress_report_en.pdf

⁴⁴ Национален доклад за напредък в изпълнението на декларацията за ангажираност по проблемите на ХИВ/СПИН, Национален комитет по профилактика на СПИН и ППБ към МС, 2010
http://data.unaids.org/pub/Report/2010/bulgaria_2010_country_progress_report_en.pdf

⁴⁵ Национално представително проучване „Репродуктивно здраве и сексуално здравно образование на младите хора на възраст 13-24 г.“ – UNFPA, 2004

⁴⁶ Национален доклад за напредък в изпълнението на декларацията за ангажираност по проблемите на ХИВ/СПИН, Национален комитет по профилактика на СПИН и ППБ към МС, 2010
http://data.unaids.org/pub/Report/2010/bulgaria_2010_country_progress_report_en.pdf

⁴⁷ Национален доклад за напредък в изпълнението на декларацията за ангажираност по проблемите на ХИВ/СПИН, Национален комитет по профилактика на СПИН и ППБ към МС, 2010
http://data.unaids.org/pub/Report/2010/bulgaria_2010_country_progress_report_en.pdf

Нараства и делът на младите хора на възраст 15-24 г., които имат повече от един сексуален партньор през последните 12 месеца и са използвали презерватив при последния си полов акт, от 59.6% през 2006 на 68,8% през 2009 г.⁴⁸

Като цяло може да се направи извод, че системните усилия на Националната програма по СПИН и сексуално-предавани инфекции и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, допринасят за промяна на знанията и поведението на младите хора на възраст 15-24 г. по отношение на ХИВ. Необходимо е да се финализира и приеме Националната програма по сексуално и репродуктивно здраве, в рамките на която да се адресират контрацептивните модели на българското население и да се осигури достъп на младите хора на възраст 15-24 г. до подходящи услуги и безплатни, или на ниски цени контрацептиви.

Продължава да стои нерешен въпроса за включване и на други ведомства и преди всичко на Министерството на образованието, младежта и науката в националния отговор по отношение на здравето на учениците. Независимо, че процентът училища, които са предоставяли сексуално здравно образование с фокус върху превенцията на ХИВ/СПИН, базирано на изграждане на умения за живот, през учебна година 2008/09 е нараснал на 16,5%, което е почти три пъти повече в сравнение с учебната 2006/07 г (5,8%)⁴⁹, съвременното здравно образование продължава да се изучава като свободно избираема подготовка и, поради което и процентът достигнати ученици в посочените училища е много малък.

3.7. Артериална хипертония

Хипертонията, в сравнение с всички други рискови фактори, е с най-висок относителен дял в бремето на болестите – 12.8%. Тя е водеща причина за умиранията в България и по-конкретно за преждевременната смъртност, свързана със случаите на мозъчни инсулти, сърдечни инфаркти и периферносъдова болест, за тяхното „подмладяване”. Причините за високото разпространение на повишеното артериално налягане сред населението у нас се корени във високата честота на четири взаимосвързани с хипертонията рискови фактори, които са предотвратими по своя характер - наднормено телесно тегло, повишена употреба на готварска сол, редовна алкохолна консумация (злоупотреба с алкохол), ниска физическа активност. Това би трябвало да бъдат и 4-те основни насоки на интервенционните мерки в областта на превенцията и контрола на високото артериално налягане на популационно ниво.

Изследване на МЗ през 1985-86 г. сред лица на възраст 20-84 години е установило наличие на високо артериално налягане ($\geq 160/95$ ммHg) при 13.5% от мъжете и 15.0% от жените⁵⁰. През 1997-98 г. друго представително изследване установява честота на хипертонията ($\geq 140/90$ ммHg) при 43.0% от мъжете и 39.0% от жените на възраст 25-64г. Същото изследване, осъществено отново през 2007 г., установява хипертония ($\geq 140/90$ ммHg) при всеки 3-ти мъж и всяка 4-та жена в тази възраст⁵¹.

Според две национални представителни проучвания на НСИ, осъществени през 1996г. и 2001 г. , съответно 22.8% и 21.3% от анкетираните са съобшили, че боледуват от хипертония. Тези стойности показват трикратно нарастване на хипертонията спрямо

⁴⁸ Национален доклад за напредък в изпълнението на декларацията за ангажираност по проблемите на ХИВ/СПИН, Национален комитет по профилактика на СПИН и ППБ към МС, 2010
http://data.unaids.org/pub/Report/2010/bulgaria_2010_country_progress_report_en.pdf

⁴⁹ Национален доклад за напредък в изпълнението на декларацията за ангажираност по проблемите на ХИВ/СПИН, Национален комитет по профилактика на СПИН и ППБ към МС, 2010
http://data.unaids.org/pub/Report/2010/bulgaria_2010_country_progress_report_en.pdf

⁵⁰ Мерджанов Ч. Едно компрометиращо първенство, С, СУ, 1995

⁵¹ Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009

данните от 50-те години. Понастоящем всеки пети наш сънародник има проблеми със своето кръвно налягане⁵².

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

По данни от Европейско здравно интервю-2008⁵³ измерване на кръвното налягане от медицински специалист е било установено в рамките на една година при 80.7% от населението, което е добър резултат по отношение на контрола на налягането.

При тези изследвания често е установяван комбиниран риск на високото артериално налягане с други рискови фактори - наднормено телесно тегло, високо ниво на холестерол, тютюнопушене, ниска физическа активност и др.

3.8. Повишено серумно ниво на холестерола

Високото ниво на холестерол, като един от основните рискови фактори, съставлява 8.7% в общото бреме на болестите. Според експертни оценки на СЗО за 2002 г., високият серумен холестерол е бил причина за смъртта на 4.4 милиона души в Европейския регион, като 18% от смъртните случаи са били свързани с мозъчно-съдови инциденти, а 56% със сърдечни инфаркти.

Изследване, проведено у нас през 2007 г. сред лица на възраст 25-64 г. в рамките на програма СИНДИ, е установило повишени стойности на холестерол (>6.2 ммол/л) сред 19.5% от мъжете (21.5% през 1998 г.) и 20.0% от жените (20.9% през 1998 г.). Екстраполирането на тези резултати (вкл. лицата с умерено повишен холестерол) показва, че всеки втори мъж и жена у нас на възраст 25-64 г. са с холестерол в серума над 5.2 ммол/л., или общият брой е над 2 200 000 души. Никога не са изследвали холестерола си всеки втори мъж и всяка втора жена у нас.

С ниво на триглицеридите над 2.2 ммол/л са 17.9% от мъжете и 8.5% от жените. Много често е съчетанието на повишен холестерол с повишено артериално налягане, повишен индекс на телесна маса и тютюнопушене, като при над 60.0% от мъжете комбинацията е двуфакторна или трифакторна⁵⁴.

По данни от Европейско здравно интервю-2008 измерване на нивото на холестерола в рамките на една година е било установено при 45.1% от населението⁵⁵. Тези данни кореспондират с изследването в рамките на програма СИНДИ.

Стратегията за превенция и контрол на повишения холестерол трябва да включва активни мерки на популационно ниво за ограничаване приемането на наситени животински мазнини с храната, увеличаване употребата на пресни плодове и зеленчуци, редукция на наднорменото телесно тегло и повишаване на физическата активност.

⁵² Мерджанов, Ч. – Можем ли да живеем по-дълго?, София, 2007

⁵³ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22&a1=556&a2=559#cont>

⁵⁴ CINDI Health Monitor' 2007 - Изследване на факторите на риска за здравето на населението в зоните на програма СИНДИ, НЦООЗ, 2009

⁵⁵ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22&a1=556&a2=559#cont>

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Основните предотвратими рискови фактори, съставляват почти 60% от общото бреме на болестите, а поотделно в него те имат също значителен дял: високо артериално налягане - 12.8%, тютюнопушене – 12.3%, злоупотреба с алкохол – 10.1%, повишено ниво на холестерол в кръвта - 8.7%, наднормено телесно тегло – 7.8%, ниска физическа активност – 3.5%⁵⁶.
- Нараства броят на хората с опит в употребата на наркотични вещества (които поне веднъж в живота си са употребили някакво наркотично вещество), най-вече за сметка на употребилите канабис. Най-масово употребяваното наркотично вещество остава канабисът, и по-конкретно – марихуаната. Хероинът е веществото, което остава най-тясно свързано с проблемната употреба на наркотици. Като цяло нараства употребата на синтетичните стимуланти - амфетамини и вещества от типа на екстази, както и в по-малка степен - на кокаин. Все още със слаби темпове, но постепенно навлиза употребата на метамфетамини.
- Употребата и злоупотребата с наркотични вещества в България остава проблем свързан най-вече с младите хора, в т.ч. с учениците, двойно е увеличен дела на употребилите канабис и амфетамини между IX и XII клас. Запазва се тревожната тенденция в България да се откриват нови ХИВ - позитивни сред употребяващите интравенозно наркотици.
- Високата честота на изброените рискови фактори сред българското население обуславя в решаваща степен и високата заболяемост и смъртност от заболявания с голяма социална значимост - хипертонична болест, исхемична болест на сърцето (миокарден инфаркт), мозъчно-съдова болест (мозъчен инсулт), някои форми на онкологични заболявания и др. На практика тази група болести има основно значение в структурата на заболяемостта, както и сред причините за смърт. Лечението им ангажира преобладаващата част от всички медицински разходи. Като цяло те водят до значителна загуба на национален доход.
- Тази неблагоприятна ситуация е резултат както от наличието на значителен дефицит на знания, умения и мотивация сред населението за превенция и контрол на предотвратимите рискови фактори, което е особено характерно за уязвимите групи и лицата в неравностойно положение, така и от наличието на нездравословна по своя характер социално-икономическа и културна среда, което предопределя здравословния избор като невъзможен за значителна част от населението, особено за това, което е с ниско ниво на доходи и образование.
- За съжаление, изследванията на представителни извадки от населението в страната за ниво на рисковите фактори са недостатъчни и в много от случаите непълни по своя характер, като не отчитат разпространението на рисковите фактори сред различните социално-икономически групи, което представлява особено важна характеристика.
- За тази цел е необходимо у нас да бъде изградена стандартизирана система за мониторинг и оценка на рисковите фактори, свързани с начина на живот. Това ще даде възможност да бъде извършвана обективна оценка на действията за превенция и контрол на рисковите фактори, както и да бъде повишена ефективността на мерките за намаляване на тяхното въздействие върху здравето на населението.

⁵⁶ СЗО

4. ФАКТОРИ НА ОКОЛНАТА И ТРУДОВАТА СРЕДА, СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕТО

4.1. Трудова среда и здраве на работещото население

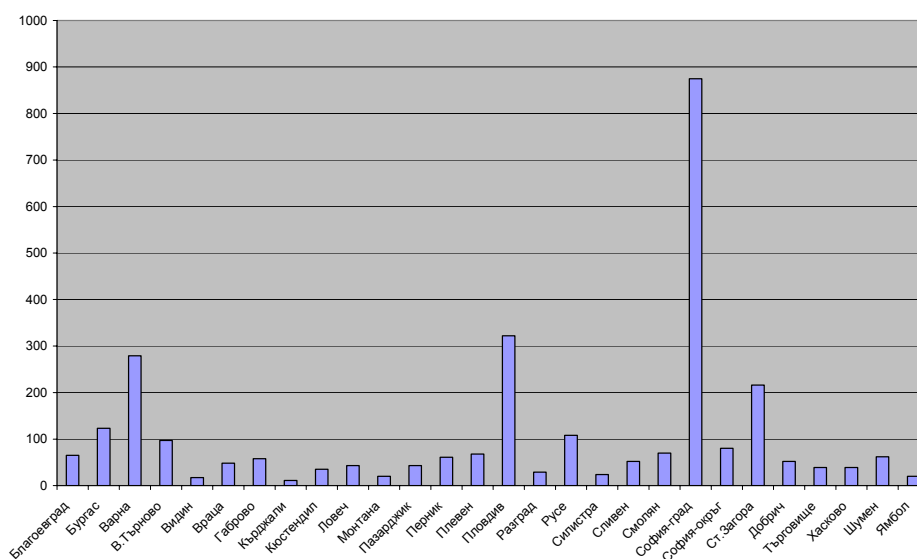
Условията на труд (УТ) у нас се различават от тези в страните от ЕС⁵⁷ по няколко важни характеристики, които в значителна степен обуславят нивото на най-важните индикатори за здравето на работещите – свързаните с труда увреждания и заболявания: по-висока заетост на работещите в традиционно рисковите икономически сектори, по-висок дял на работещите, изложени на рискове за здравето и безопасността на работното място (физични, химични, биологични, ергономични, психо-социални); по-висок дял на работещите в условия на стрес при работа (централизирана организация на труда, сменна работа, удължен работен ден и асоциални модели на работа, ниска автономност на работещите и др.); по-ниска информираност и обученост на работещите за рисковете за здравето и безопасността при работа, начините и средствата за намаляването им и много ниско ниво на участие на работещите в дейностите за здраве и безопасност при работа и други.

Нивото на трудовите злополуки (ТЗ) е един от най-важните показатели за качеството на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа. В последните години, наред с другите известни причини за ТЗ (технически и организационни), се отдава особено внимание на причините за ТЗ в обсега на трудово-медицинското обслужване на работещите (ТМО) от служби по трудова медицина (СТМ), напр. субективният фактор и поведението на работещите на работното място – нивото на културата за превенция, знанията за здраве и безопасност при работа, причините за рисково поведение на работещите, вкл. нивото на стреса при работа.

През 2009 г. са станали общо 3 087 ТЗ, от които 108 са със смъртен изход, а 26 – с изход инвалидизация. Загубените календарни дни са 185 757⁵⁸.

Разпределението на ТЗ (общ брой), смъртни и с изход инвалидизация по икономически дейности, показва, че през 2009 г., както и в предишните години, най-висок брой ТЗ са регистрирани в строителството /320/, а общият брой на ТЗ по Териториалните подразделения (ТП) на НОИ (Фиг. 29,30) е най-висок в София-град (875), Варна (279), Пловдив (322), Ст. Загора (216), Бургас (123), Русе (108), В. Търново (97), София – окръг (80).

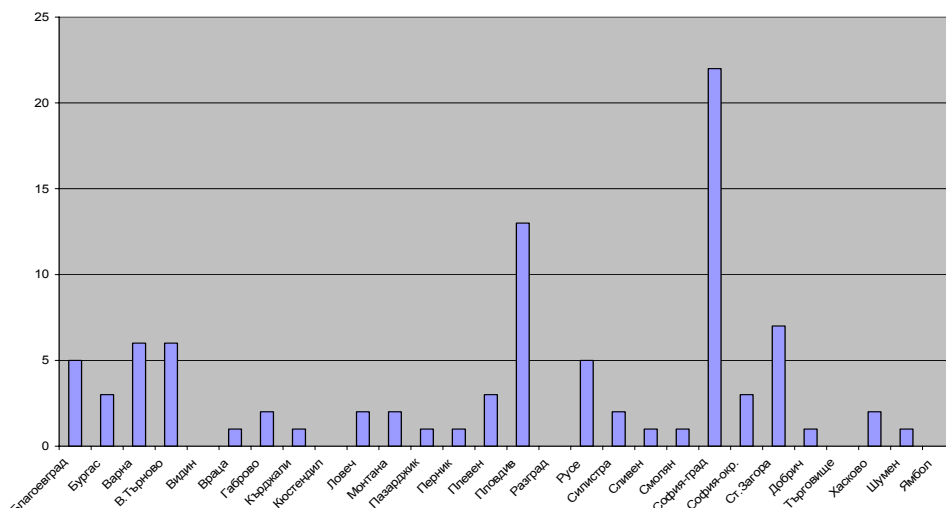
Фиг. 31. Общ брой трудови злополуки през 2009 г. по ТП на НОИ



⁵⁷ <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/index.htm>

⁵⁸ Информационна система за трудовите злополуки на Националния осигурителен институт, www.noi.bg

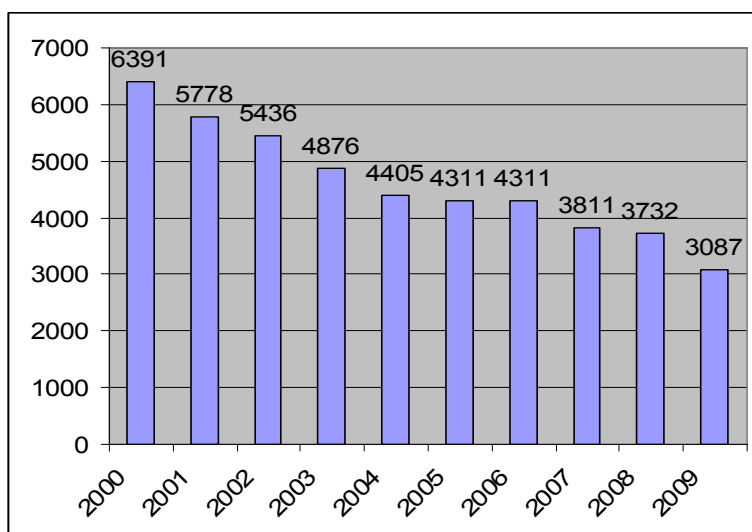
Фиг. 32. Общ брой смъртни ТЗ през 2009 г. по ТП на НОИ



Изт.: НОИ – регистър на трудовите злополуки

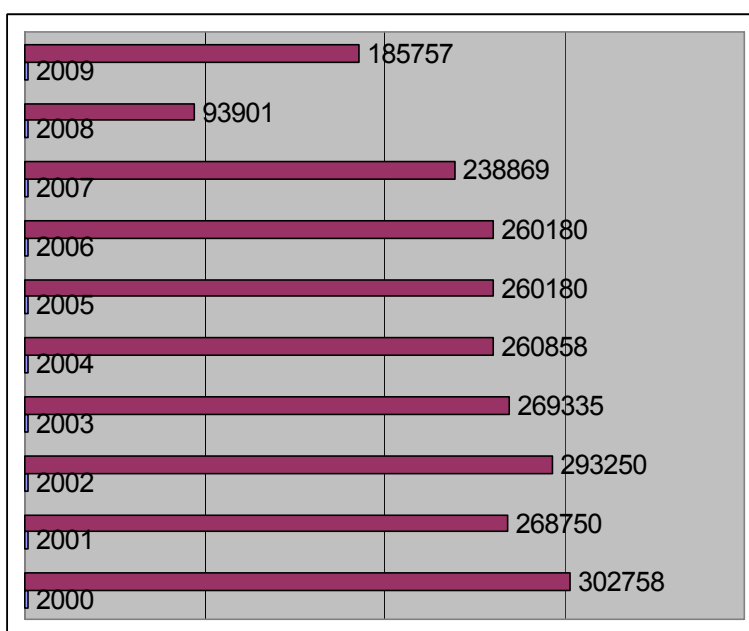
Сравнителният анализ на данните за ТЗ, които представляват сериозна тежест в социално и икономическо отношение показва, че след въвеждането на превантивните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа (ЗЗБУТ /1997 г). общият брой на ТЗ, както и броят на изгубените календарни дни, съществено намаляват (Фиг. 31 и Фиг. 32). Същевременно обаче, до 2008 г. включително се наблюдава тенденция за увеличаване на броя на смъртните ТЗ (Фиг. 33). За първи път през 2009 г. броя на смъртните ТЗ намалява рязко, което е в съответствие с установената в страните от ЕС (Фиг. 34) трайна тенденция за намаляване както на общия брой на ТЗ, така и на тези със смъртен изход и трайна неработоспособност в резултат от превантивните дейности на работното място. Понижението на смъртните ТЗ през 2009 г. свидетелства за подобряване на превенцията и контрола на дейностите по здраве и безопасност при работа.

Фиг. 33. ТЗ (общ брой) за периода 2000-2009 г.



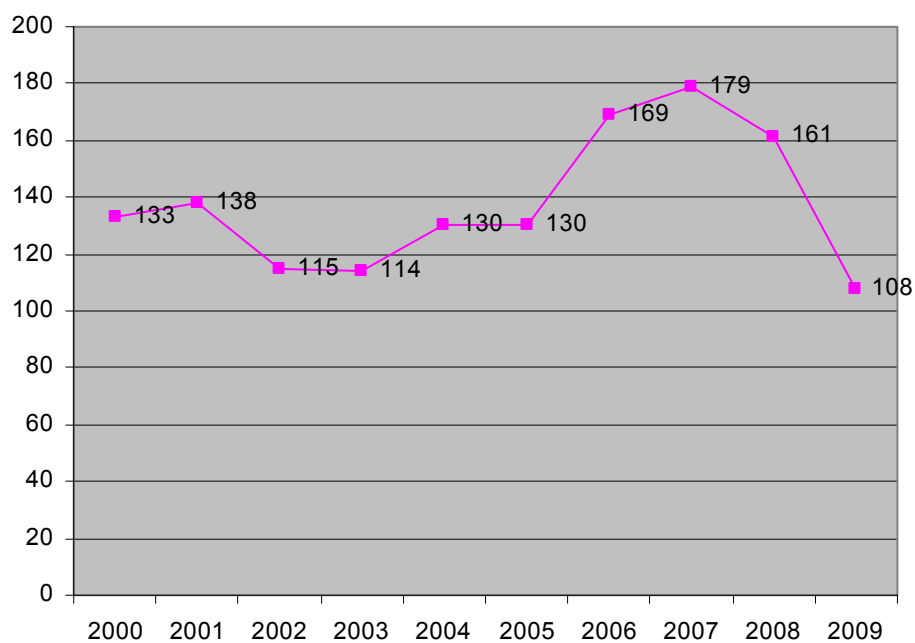
Изт.: НОИ-Информационна система за Трудовите злополуки

Фиг. 34. Общ брой на загубените календарни дни за периода 2000 - 2009 г.



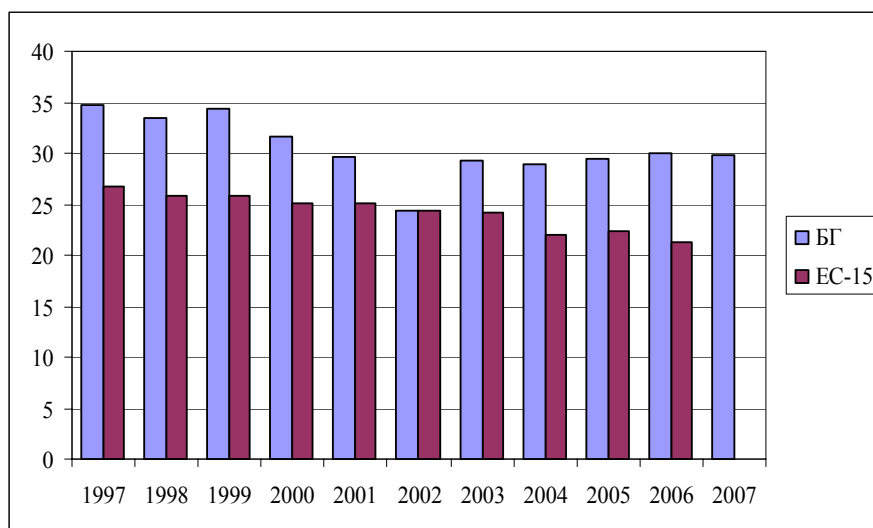
Изт.: НОИ-Информационна система за Трудовите злополуки

Фиг. 35. Динамика на ТЗ със смъртен изход за периода 2000-2009г.



Изт.: НОИ-Информационна система за Трудовите злополуки

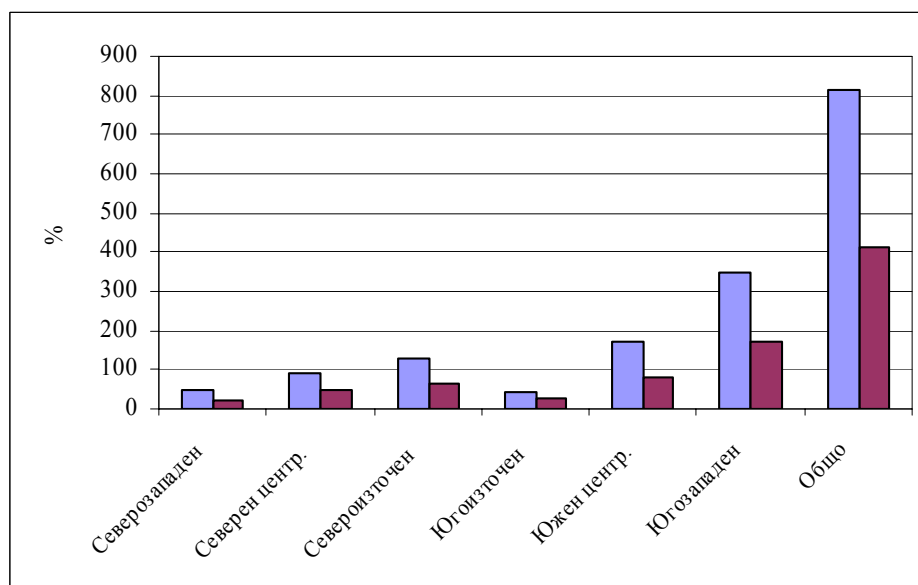
Фиг. 36. Смъртност от злополуки в България и ЕС-15



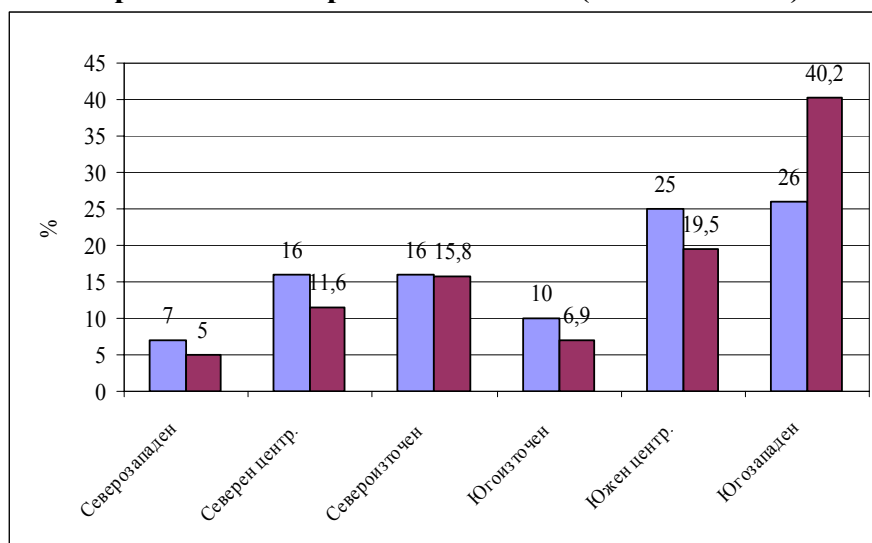
Изм.: Евростат

Със Закона за здравословни и безопасни условия на труд (ЗЗБУТ) /1997 г. в България се въведоха превантивните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа, част от които е трудово-медицинското обслужване (ТМО) на работещите от служби по трудова медицина (СТМ). През 2008 г. влезе в сила промяната на ЗЗБУТ във връзка с ТМО и СТМ (ДВ 40 /2007 г./ и свързаната с това Наредба 3/2008 г. за СТМ. В резултат на приложението на тази Наредба общият брой на регистрираните СТМ намаля с около 50% - общо за страната и по районите на икономическо планиране (Фиг.35 и Фиг. 36), при най-висока концентрация на СТМ в Югозападния район. Разпределението на общия брой СТМ по райони показва съответствие с относителния дял на населението за Северозападен, Северен централен и Североизточен район. При приблизително еднакъв относителен дял на населението в Южен централен и Югозападен райони, относителният дял на СТМ в Югозападен район е двойно по-голям - респ. 19.5% и 40.2% (Фиг.37).

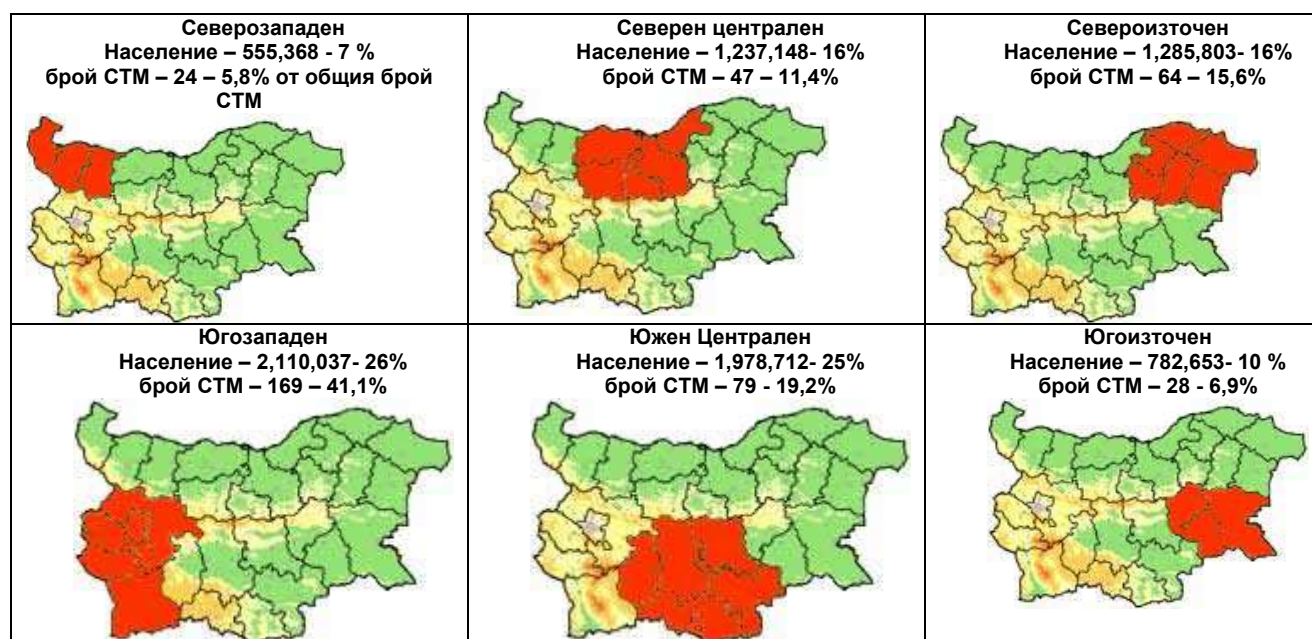
Фиг. 37. Брой на СТМ преди и след Наредба 3 за 2008 г. (към 15.01.10г.)



Фиг. 38. Относителен дял на броя население и СТМ по райони преди и след Наредба 3 за 2008 г. (към 15.01.10г.)



Фиг. 39. Относителен дял на СТМ по райони



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

Промяната в ЗЗБУТ от 2007 г. доведе до **намаляване на медицинската същност на дейността на СТМ** (при оценката на риска, анализа и наблюдението на здравното състояние на работещите във връзка с условията на труд, промоция на здравето на работното място), което противоречи на европейските изисквания и на препоръките на СЗО. Причина за това от една страна е отпадането с Наредба 3/2008 г. на нормативното

изискване СТМ да се ръководи от лекар – специалист по трудова медицина. От друга страна, трябва да се отбележат няколко важни предпоставки за недостатъчно ниво на дейностите по здраве и безопасност при работа: недостигът на специалисти по трудова медицина (у нас те са 197, докато напр. във Финландия – 2 349, а само 27% от общия брой специалисти у нас са обучавани след въвеждането на хармонизираната с европейските изисквания Програма за СДО по трудова медицина), неефективен контрол върху СТМ от РИОКОЗ и отсъствието на система за оценяване на дейността на СТМ, съответстваща на европейските изисквания и препоръките на СЗО.

Резултатите от контролната дейност по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд⁵⁹ показват *частично или формално изпълнение* на (ЗЗБУТ) както от страна на работодателите, така и от службите по трудова медицина, недостатъчни знания на специалистите от СТМ и от контролните органи по съвременните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа, отсъствие на превантивна култура у работещите, липса на информираност и обученост по здраве и безопасност при работа.

Промоцията на здравето на работното място (ПЗРМ) е един от най-ефективните пътища за постигане на по-високи стандарти на здраве и безопасност на работното място.

Според Европейската агенция по безопасност и здраве при работа, една четвърт от новите случаи на пенсиониране поради нетрудоспособност се дължат на психични разстройства. Агенцията е оценила и че разходите за работодателите от изгубена производителност поради депресия са няколко пъти по-високи от разходите за лечението ѝ. В ЕС е оценено, че икономическите разходи за психични разстройства, първоначално като резултат от изгубена производителност са около 3 до 4% от brutния вътрешен продукт (БВП), което е два пъти повече от целия БВП на държава с размерите на Австрия.

Промоцията на здравето на работното място е обща практика от много време в много фирми и организации. Повишаващото се значение на психичното здраве и дейностите по неговото укрепване стават интегрална част от корпоративните стратегии и принципи. България е включена в инициативата “Европа в движение” която има за цел:

- Да повиши информираността и разбирането на фирмите и обществото за необходимостите и ползите от промоция на психичното здраве при работа.
- Да привлече фирми за участие в кампанията и да ги убеди, че инвестициите в инициативи за промоция на психичното здраве на работното място имат висока възвращаемост.
- Да разработи практически мерки и модели за промоция на психичното здраве на работното място и да насърчи обмяната на опит в тази област.

Намеренията на **Осмата Кампания на ЕМПЗРМ - ТРУДЪТ – ЗА ПО-ДОБЪР ЖИВОТ. ЕВРОПА В ДВИЖЕНИЕ**, която преминава под мотото “Трудът – за по-добър живот. Европа в движение.” е да се съберат колкото може повече **примери за добра практика в областта на промоцията на психичното здраве при работа**. Чрез разпространението на тези примери се цели да се ускорят подобренията в психичното здраве, следователно и конкурентоспособността на икономиката.

Резултатите от попълнения въпросник на кампанията “Трудът – за по-добър живот. Европа в движение” показват, че България получава средни оценки заедно с редица други държави по отношение дейностите по промоция на психичното здраве на работното място. Трябва обаче да се подчертае, че фирмите които са участвали в попълването на въпросника са твърде малко и не дават представа за ситуацията в цялата страна.

⁵⁹ ИА „Главна инспекция по труда” – Годишни доклади за дейността на ИА „ГИТ”, 2008 – 2009)

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Общият брой на трудовите злополуки, на изгубените календарни дни съществено намаляват, и за първа година намаляват и злополуките със смъртен изход. Тези данни свидетелстват за известно подобряване на информираността относно рисковете за здравето и безопасността при работа, начините и средствата за намаляването им, по добър контрол на дейностите по здраве и безопасност при работа и др.
- Резултатите от контролната дейност по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд все още са далеч от практиката в страните от ЕО, и показват частично или формално изпълнение на ЗЗБУТ както от страна на работодателите, така и от службите по трудова медицина.
- Промоцията на здравето на работното място (ПЗРМ) е един от най-ефективните пътища за постигане на по-високи стандарти на здраве и безопасност на работното място.

4.2. Околна среда и здраве

4.2.1. Атмосферен въздух

Политиката на министерството на здравеопазването по отношение качеството на атмосферния въздух (КАВ) и ролята му на модулатор за човешкото здраве и биоравновесието в природата е съобразена с основните европейски тенденции към минимизиране риска за здравето на населението, свързан с факторите на жизнената среда

В съответствие с тази политика регионалните инспекции по опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ) провеждат периодичен мониторинг на качеството на атмосферния въздух в някои райони на страната, в които независимо от редуциране на вредните атмосферни емисии, вследствие преструктуриране на промишленото производство и предприети конкретни екологични мерки, чистотата на въздуха продължава да е проблем. Анализът на данните от провеждания от РИОКОЗ мониторинг за 2009 г. идентифицира като приоритетни за КАВ следните атмосферни замърсители:

аерозоли на прах (определяни като общ суспендиран прах или фини прахови частици) – системно превишаващи средноденоношните норми за опазване на човешкото здраве в районите на София, Пловдив, Бургас, Златица, Пирдоп, Русе и Перник;

серен диоксид – епизодично превишаващ средночасовите норми в районите на Стара Загора, Кърджали и Перник;

сероводород – създаващ проблем с качеството на въздуха в района на Средногорие (Златица и Пирдоп);

азотен диоксид - инцидентно превишаващ средночасовите норми в транспортноориентираните пунктове за мониторинг в районите на София, Бургас и Перник;

аерозоли на олово и кадмий – маркират неколккратно превишение на средногодишните норми за всеки от тях и продължават да са проблем за качеството на въздуха на град Кърджали, независимо от предприетите активни действия за редуциране на емисиите от локалните индустриални източници в района.

Информацията от мониторинга на КАВ намира приложение основно при оценката на здравния риск за експонираното население. Отклоненията в качеството на атмосферния въздух генерират от лек дискомфорт до ясно изразени здравни проблеми, което се доказва в рамките на конкретно епидемиологично проучване. Проведени през последните години проучвания, в населени места със съществуващи екологични проблеми, установяват зависимост между нивата на някои атмосферни замърсители с честотата на острите и хронични респираторни заболявания при експонираното население.

Районите с установени проблеми подлежат на оценка и управление на качеството на атмосферния въздух чрез задължително разработване или актуализиране на съществуващи оздравителни програми, което е функция от съвместните действия на редица институции и организации, включително регионалните структури на Министерство на здравеопазването, Министерство на околната среда и водите и общинската администрация.

4.2.2. Питейни води

През 2009г. е наблюдавано качеството^{60 61} на питейните води на общо 6340 водоизточника, от които 296 повърхностни. Само за 34% от 296-те повърхностни водоизточници има изградени пречиствателни станции. Питейната вода от останалите 66% повърхностни източници се ползва от населението след прилагане единствено на дезинфекция и/или в комбинация с просто механично пречистване.

Нестандартността в микробиологичното качество на питейната вода надхвърля допустимия критичен праг на СЗО от 5% в региони Пазарджик, Ямбол, Монтана, Перник, Кюстендил (табл. 7). В резултат на съчетание на нестандартността със слабости на дейността по опазване на водоизточниците от замърсяване и ниското равнище на процесите на подготовка на водата (пречистване и дезинфекция) преди разпределението ѝ към населените места, не се осигурява перманентно микробиологично гарантирана вода и се създават предпоставки за епидемичен риск на населението.

Табл. 5. Микробиологични показатели на питейната вода

РИОКОЗ	Брой изследвания по микробиологични показатели		% неотговарящи на Наредба № 9/2001		Критичен праг по СЗО
	2008	2009	2008	2009	
БУРГАС	3 108	2 396	5.98%	8.14%	Не повече от 5% несъответствие на анализирани проби в рамките на една година
ВИДИН	505	726	20.59%	1.93%	
БРАЦА	1 642	1 816	10.72%	7.16%	
ГАБРОВО	1 276	1 210	21.87%	4.38%	
ДОБРИЧ	1 480	1 368	4.05%	5.26%	
КЪРДЖАЛИ	2 393	1 565	5.22%	6.33%	
КЮСТЕНДИЛ	1 484	1 531	1.62%	6.99%	
МОНТАНА	2 598	2 602	7.81%	8.88%	
ПАЗАРДЖИК	876	1 120	11.87%	11.34%	
ПЕРНИК	1 193	1 207	5.87%	8.86%	
ПЛЕВЕН	690	1 728	0.29%	5.27%	
ПЛОВДИВ	2 598	1 341	7.81%	6.94%	
СИЛИСТРА	538	1 728	6.88%	5.27%	

⁶⁰ МЗ, Обобщена информация за дейността на РИОКОЗ в областта на водите през 2009г.

⁶¹ МЗ, Отчет за дейността на РИОКОЗ по опазване на общественото здраве през 2008г., юни 2009г.

СЛИВЕН	1 677	1 341	5.07%	6.94%
ТЪРГОВИЩЕ	1 880	1 525	7.29%	7.61%
ХАСКОВО	3 062	6 325	7.81%	0.21%
ЯМБОЛ	570	780	11.58%	9.23%

Химическият статус на водите и през 2009г. е влошен по показатели за качество със здравно значение като: нитрати, хром, флуор и манган. Над регламентираната максимална стойност от 50.0 мг/л е съдържанието на нитрати в питейната вода за около 2.7% от населението в страната (общо над 200 000 експонирани) в области Ямбол, Шумен, Русе, Плевен, Разград, Хасково, Варна, Велико Търново, Търговище, Добрич. Оценката на риска при тези води е нормативно изискван етап на прилаганата цялостна процедура в случаите на отклонение, но извършването ѝ е затруднено от липсата на официални статистически данни за възрастовата структура на рисковия контингент (кърмачета, малки деца и подрастващи). Трайно е отклонението в концентрациите на хром, флуор и манган. Над 17000 жители на населени места от областите Плевен и Монтана ползват питейна вода с повишено съдържание на шествалентен хром. Отклонения във *флуорно* съдържание са регистрирани през 2009г. в области Благоевград, Бургас и Плевен. Повишените стойности на двата показателя са природно обусловени и проблемите са от локално значение, но предвид биологичната активност на тези елементи се налага предприемане на мерки за защита на здравето на засегнатото население. Регионален проблем е повишеното съдържание на манган в питейната вода за някои населени места в области Хасково, Велико Търново, Пловдив, Стара Загора. Населението в Хасковска област (Симеоновград) от години ползва вода с многократно превишение на регламентираната максимална стойност.

В рамките на проведено от НЦООЗ епидемиологично проучване през 2008-2009г. е потвърдено трайно индустриално замърсяване с арсен на водоизточника за с. Побрене, оценена експозицията и риска за потърпевшото население. Резултатите от проучването са ползвани за обосноваване на препоръчителните мерки за радикално решаване на проблема⁶².

Доказана е сравнително висока честота на положителни резултати за органохлорни и триазинови пестициди⁶³ в проби питейна вода от 31 водоснабдителни системи за 137 населени места с общо 1311886 жители.

В периода 2008-2009г. е проведено първото в страната изследване за ниво на контаминация с устойчиви форми на микропаразити на предварително оценени като рискови „сурови“ води, използвани като източници за питейно-битово водоснабдяване в 11 области. Установено е контаминиране при около 1/3 от изследваните проби „сурови“ води⁶⁴.

Независимо от високия процент на стандартни резултати за качество на питейната вода в страната (98,74%) в интерес на общественото здраве е поставянето на следните негативни констатации в между институционален дневен ред за дискутиране и намиране на най-уместния път за решение.

- Трайните отклонения (нитрати, хром, флуор, манган) са с дълъг давностен период и не са намерили решение десетилетия поради регионалния/локален характер на

⁶² НЦООЗ, Епидемиологично проучване в района на с. Поибрене за определяне нивата на арсен в околната среда, нивото на експозиция на населението и оценка на свързания с това риск за здравето, с приоритет - най-уязвимите групи от населението, май 2009г. (Национална програма за действие по околна среда и здраве).

⁶³ НЦООЗ, Извършване на анализ и оценка на за съдържание на пестициди в питейни води, март 2009г. (Национална програма за действие по околна среда и здраве).

⁶⁴ Project AZ 25681-12 der Deutschen Bundesstiftung Umwelt (DBU), "Risk assessment and survey on pathogenic parasites in raw waters used for drinking water supply in Bulgaria".

проблемите и инертното отношение на водоснабдителните предприятия и други отговорни институции за прилагане на ефективни възстановителни мерки;

- Няма традиция за обща подкрепа на заинтересованите държавни институции за продължаване и разширяване на конкретни реализирани научно-приложни проекти свързани с качеството на питейната вода и с полезни за общественото здраве резултати;
- Поради слабости в мониторинга на питейните води, понастоящем липсват необходимите данни за оценяване на качествения статус, безопасността на питейните води и давността на експозицията по отношение на органични токсични и други нормативно изисквани специфични замърсители;
- Все още не се осъзнава достатъчно добре, че дейността в интерес на здравето на населението за гарантиране правото на постоянен достъп до течаща безопасна и чиста питейна вода във всички домакинства, изисква прилагане на интегриран подход включващ екипна работа, колаборация и взаимно допълване на структури и дейности на 3 министерства (МЗ, МОСВ, МРРБ) и водоснабдителните предприятия с цел изпълнение от страна на Р. България хармонизираната Европейска директива за питейната вода 98/83/ЕС.

4.2.3. Шум

Степента на риска от увреждане на човешкото здраве под въздействието на фактора шум в околната среда е трудно установима, защото този вредно действащ агент не е изолиран, а участва в изключително сложна комбинация от рискове за здравето, свързани с химични, физични, биологични, социални, психологични фактори и начин на живот, придружен от вредни навици, атакуващи човешкия организъм в течение на целия му живот.

Анализът на резултатите показва запазване на диапазона 63-67 dB(A) като най-често срещан се, следван от нивата в рамките на 68-72 dB(A). С 1,35% са нарастнали случаите на установени най-ниски шумови нива – под 58 dB(A) в 10 от контролните пунктове в сравнение с 2008 година. С 2,71% е увеличен дялът на традиционно характерния за страната диапазон 63-67 dB(A). Това е слабо изразена положителна тенденция, дължаща се на намаляването на шума в 14 контролни пункта – 7 от София и 7 от Благоевград – и преминаването им от съседния по-висок диапазон (68-72 dB(A)) към по-ниския (63-67 dB(A)).

Положително се отчита отсъствието през 2009 година на високите стойности на шумови нива от диапазона 78-82 dB(A) и намаляването с 1,93% на шума от диапазона 73-77 dB(A) в 14 от контролните пунктове в сравнение с 2008 година.

Неблагоприятно е подчертаното задържане на високите шумови нива от диапазона 68-72 dB(A) в градовете Пловдив, Варна, Русе, Бургас, Стара Загора, Велико Търново, Враца, Габрово, Сливен, Кюстендил, Дупница, Хасково. Това означава утвърждаване на утежнена акустична обстановка в урбанизираната среда, която без съмнение е свързана с възникването на здравен риск. Във връзка с голямата плътност на застрояване и гъстота на обитаване София остава лидер по рискова шумова експозиция на населението. Регламентиранияте допустими шумови нива са превишени в 70% от контролните пунктове в страната.

Подходът за ограничаване въздействието на шума в условията на градската среда предполага действия по установяване на акустичен комфорт и избягване на здравния риск чрез добра организация на транспорта, пътната инфраструктура, начина на застрояване и организация на териториите, създаване и поддържане на “тихи зони” и зони, подлежащи на усилена шумова защита, прилежащи към детските, здравните и

учебните заведения, жилищата и местата за отдих и рекреация. Това са фактори, зависещи от доброто управление на градската среда, изцяло в прерогативите и възможностите на стопаните на градовете – общинските им ръководства, като техен надежден сътрудник по места са РИОКОЗ. Ежегодно предоставяните данни от контрола на шума и уместно направените от тях препоръки и предложения за ограничаване и намаляване на интензитета и влиянието му по същество имат определен здравен смисъл. Мултидисциплинарният подход към защитата на здравните интереси на обитателите на градовете е единствено възможният път към успешна профилактика.

4.2.4. Влияние на ултравиолетовата радиация

Във връзка със задълбочаващия се проблем с озоновата дупка в стратосферата и усилване на увреждащото действие на UV слънчева радиация при продължителна експозиция, все по-актуално става приложението на слънцезащитни козметични продукти от цялото население, както при продължителна експозиция, така и в ежедневието. За установяване на нивото на познанията за последствията от UV радиация, рисковите фактори и начините за предпазване, за нагласите и практиките на населението е проведено национално проучване (НЦООЗ, съвместно с всички РИОКОЗ), по представителна за страната извадка. Анкетирани са 3555 души над 18 години.

Получените данни за профила на кожния фототип на българина показват, че хората с висок риск от увреждания от UV радиация - I кожен фототип (които винаги изгарят и почти не образуват тен) и II кожен фототип (които обикновено изгарят и образуват лек тен) представляват 30.2%, като от тях I фототип, с най-висок риск, са 6,5 %. Най-много са лицата от III кожен фототип (47,8 %), които изгарят от слънцето умерено и обикновено образуват средно интензивен тен. IV фототип - лицата, които рядко изгарят от слънцето и винаги образуват бързо и лесно интензивен тен, са 20,7 %.

Установен е съществуващият риск за цялата популация от увреждане от UV лъчи, което се доказва с:

1. Липсата или грешни познания за последствията от UV радиация:

- при половината от населението - за рак на кожата и за периода от живота на човека до 18 г., който има решаващо значение за последствията, както и за значението на тежките изгаряния от слънцето за късно възникване на увреждания, за риска от изкуствените източници на UV радиация;

- при болшинството от хората - за намаляване на имунната защита, за трайно увреждане на очите и за образуване на бръчки;

- при 3/4 от хората – за козметични дефекти по кожата;

- при 2/3 от хората – за преходно зачервяване на кожата;

2. Липсата или грешни познания за рисковите фактори:

- при 2/5 – за рисковия период до навършване на 6-месечна възраст, по отношение на продължителната експозиция на слънце;

- при 2/3 – за промените в UV радиация през последните години и за препоръките на СЗО за рисковите часове за продължителна експозиция на слънце от 10 до 16 ч.

3. Отсъствие на познания и интерес по отношение на начините на предпазване от слънчевата радиация:

- при повече от половината от населението – за значението на слънцезащитния фактор върху етикета на козметичния продукт и за подходящия за всеки човек;

- при 78% - за значението на UV индекс и за стойностите, при които се налага вземане на предпазни мерки.

4. Неправилни нагласи или незнание за предпазване от слънчевата UV радиация:

- при 78% от населението- за това, че печенето на слънце е здравословно;

- при повече от 2/5 от хората – за това, че еднократното нанасяне на слънцезащитния продукт не предпазва от слънчевата UV радиация, че с неговото нанасяне се увеличава защитата, а не престоя на слънце, че е необходимо използването на слънцезащитни продукти и при вече придобит тен, че може да се изгори и в облачен ден и когато не се чувства загряване на кожата;
- при половината – за това, че UV радиация е опасна и през зимата;
- при близо 3/5 – за това, че прекъсването на печенето на слънце през деня не предпазва от слънчево изгаряне.

5. Отсъствие на практики за предпазване от слънчевата UV радиация:

- при 46% - за използване на слънцезащитни козметични продукти;
- при болшинството от възрастното население - за използване на слънцезащитни козметични продукти ежедневно за откритите части на тялото, както и на планина;
- при 2/3 - за използване на слънцезащитни козметични продукти при почивка на море или друго продължително излагане на слънце;
- при повече от половината – за предпазване постоянно с шапка и слънчеви очила през лятото и да спазват часовете за безопасно излагане на слънце от 10 до 16 ч.
- при 3/5 от хората – за използване на сенници за защита от слънчевата радиация на открито;
- при 3/4 от хората - за ползване на информацията от медиите за UV индекс;
- при работа на открито: при 44,4% - за защита с облекло и шапка, при 3/5 – със слънчеви очила и при 68,3% - със слънцезащитна козметика.

Като рисков контингент се очертават мъжете, живеещи на село, от всички възрастови групи, с ниско образование (начално и основно). Независимо от сравнително по – добрата информираност, нагласи и практики при жените, на фона на неблагоприятните данни общо за цялото възрастно население на страната, жените са също рискова група, тъй като те могат да мултиплицират неверни познания, нагласи и практики при отглежданите от тях деца.

Във връзка с привеждането на слънцезащитните козметични продукти в съответствие с изискванията на препоръката на ЕК и българското законодателството за защита от UVB и UVA лъчите, НЦООЗ проведе изпитване на 37 слънцезащитни козметични продукти на 6 български производители. Изпитването е проведено чрез валидирани в НЦООЗ методи- химични и физичен, предоставени на РИОКОЗ за провеждане на контрола. От проведените изпитвания се доказва несъответствие на 40,5% от изпитваните продукти, които не се класифицират като слънцезащитни и не осигуряват UVA или UVB + UVA защита. Съвпадение на получените стойности за съдържанието на UV филтри, с обявените в рецептурата, има само в 2,7% от изпитванията. При останалите се установяват отклонения от (-) 100 % до (+)132%.

Получените резултати от националното проучване и изпитванията на слънцезащитните козметични продукти ще допринесат за подобряване на контрола на козметичните продукти и за тяхното съответствие с изискванията за безопасност и за осигуряване на реална защита.

РИОКОЗ имат затруднения с внедряване на методите за определяне на съдържанието на UV филтри и на фактическата защита от UV лъчи на козметичните продукти, поради недостига и отсъствието на подходяща за целта апаратура.

4.2.5. Нейонизиращи лъчения

Защита на човека от нейонизиращи лъчения (НЙЛ) е изключително важен процес, който е включени сред приоритетите на Европейската политика за защита на населението от вредни фактори на околната и работната среда. Тези изисквания са залегнали в основата на политиката за опазване на общественото здраве в чл. 152 от Договора за Европейска

общност, както и в много документи на ЕС, третиращи проблема като: Европейския план за действие в областта на околната среда и здравето 2004–2010 /SEC(2007) 777, Брюксел, 11.06.2007 г./, Бяла книга - Заедно за здраве: Стратегически подход на ЕС 2008 – 2013 г. /SEC(2007) 1374, Брюксел, 23.10.2007 г./, Резолуциите на ЕС за политиката на общността за опазване здравето на населението от нейонизиращи лъчения. За да се изработи тази политика, Европейската комисия се основава на решенията и препоръките на Световната здравна организация (СЗО), Международната комисия по защита от нейонизиращи лъчения (ICNIRP) и Международната агенция за изследване на рака (IARC)

Законодателството в страната не отговаря на изискванията на ЕС и СЗО, още повече, че няма национално законодателство, обхващащо целия честотен спектър на нейонизиращите лъчения (НЙЛ). Изискването към България е да се създаде законодателство в по отношение на защитата на работещите и населението от въздействието на нейонизиращите лъчения в съответствие с тези на ЕС.

С цел въвеждането на европейските изисквания за защита на човека от НЙЛ и за добри лабораторни практики, което ще доведе до осигуряване на здраве за населението и работещите и изграждане на доверие към институциите, отговарящи за процеса е необходимо да се хармонизират стандартите в областта на опазване здравето на населението и работещите от нейонизиращи лъчения с тези на ЕС (въвеждане на изискванията на ICNIRP, Препоръка 1999/519/ЕС и Директива 2004/40/ЕС, като минимални изисквания с прилагане на „предупредителния подход“). Това може да бъде постигнато чрез създаване на национална политика за законодателство, съгласно изискванията на ЕС. Тази политика предполага създаване на Закон за защита на човека от нейонизиращи лъчения и/или включване на изискванията на ЕС в Закона за здравето и последващи промени в законодателството, регламентиращи въвеждането и експлоатацията на обекти и стоки, излъчващи ЕМП. Задължително изискване в законодателството е да бъде въведен „превантивният принцип“, който се основава на неточностите в науката и недостатъчните доказателства за здравни ефекти.

Повече от 30 години в НЦООЗ се разработва, съхранява и поддържа пълната информация за всички източници на ЕМП, разположени на територията на страната, вкл. се извършват и всички измервания и оценки на експозицията и риска от въздействието на НЙЛ върху работещите и населението.

В изпълнение на Заповед № Р-75/03.09.2009 г. на министър-председателя, Междуправителствена група извърши анализ на Европейската практика при изграждане и експлоатация на базови станции от наземни подвижни мрежи и изготви доклад, в който залегнаха следните предложения:

- да бъдат изготвени конкретни предложения за промяна в действащото законодателство, с цел осигуряване на по-ефективен контрол върху базовите станции в процеса на тяхното проектиране, изграждане и функциониране;

- да се въведе изискването мобилните оператори да извършват собствен мониторинг, като се монтират мониторингови станции на определени чувствителни места, с цел изграждане на доверие сред населението;

- мобилните оператори да бъдат насърчавани да използват съвместно инфраструктура за предоставяне на електронно съобщителни услуги с цел намаляване на интензитетите на излъчваните електромагнитни полета, като се използват по-малкия брой антени, например на един покрив;

- създаване и поддържане на публично достъпна електронна-база данни към Министерство на здравеопазването, която да включва списък на базовите станции, тяхното местоположение, информация относно извършените измервания на нивата на електромагнитното излъчване, контактни точки на операторите за сигнали.

Част от предложенията, свързани с промяна в законодателството вече са изпълнени – нанесени са провмени в Закона за здравето, разработен е проект на нова наредба за електромагнитните лъчения, която е съобразена с Препоръка 1999/519/ЕС.

В отговор на изискванията на политиката на ЕС и СЗО за въвеждане на предупредителния подход при защита на населението от нейонизиращи лъчения бе разработена Комуникационната програма по защита на населението от въздействието на електромагнитните полета., която се прилага съвместно с мобилните оператори и местната администрация в различни големи градове в страната. Тази програма се прилага в отделни региони, както и на национално ниво от 2002 г.

През 2009 г., съвместно с местната администрация и трите мобилни оператора, действащи на територията на България са осъществени 5 мероприятия, включващи:

- по инициатива на БТА – среща на операторите и специалистите с представители на медиите в гр. Поморие;

- по инициатива на омбудсмана на гр. Бургас – среща на кмета, представители на Община Бургас, трите оператора, представители на медиите и населението.

- комуникационна кампания, провеждана на територията на 5-те най-големи града в България. Кампанията се организира съвместно с трите оператора, представители на местната администрация и населението и в присъствието на медиите. През 2009 г. такива кампании бяха проведени в градовете Варна и Пловдив.

Комуникационната програма е сред приоритетите на решенията на Междуведомствената група.

4.2.6. Йонизиращи лъчения

Показателите за естествения радиационен фон в България са в рамките на средните показатели в други страни. Годишната ефективна доза от естествената радиоактивност на атмосферния въздух, почви, питейните води и храните е 2,33 mSv/a. Тя е близка до приетата от НКДАР/ООН средна стойност за света: 2,42 mSv/a. Но съществуват проблеми от минали дейности, предимно в райони на предприятия от закритата уранодобивна промишленост, където все още не е завършено изпълнението на програмите за техническа и биологична рекултивация.

Друг важен показател е съдържанието на радон в жилищни сгради. България е една от страните, въвела препоръчителни нива на концентрацията на радон в сгради, следвайки препоръките на Европейския съюз в своята нормативна уредба (Наредба за основните норми за радиационна защита, 2004). Тези нива са определени на базата на радиологични измервания, проучвания за радоновия риск, отчитайки социалните и икономически условия в страната и *са по високи от препоръчаните от Европейския съюз*. Проведените досега проучвания показват, че средната стойност за концентрация на радон в сгради е $22 \pm 2,3 \text{ Bq/m}^3$, а среднопретеглената годишна ефективна доза, дължаща се на инхалирането на радон за българското население, се оценява на 1,22 mSv/a. Предстои приемането на Национална програма за създаване на радонова карта за България. Проучването ще бъде подпомогнато финансово по регионален проект на Международната Агенция за Атомна Енергия, Виена.

ВТОРИ РАЗДЕЛ: ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

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

1.1. Здравен контрол

1.1.1. Здравен контрол върху продукти стоки и дейности, имащи значение за здравето на населението

Здравният контрол върху продукти стоки и дейности, имащи значение за здравето на населението се осъществява от органите на държавния здравен контрол по Закона за здравето.

През 2009г. на държавен здравен контрол са подлежали 251 302 обекта с общественно предназначение, от които 126 394 – хранителни, 85 903 – нехранителни и 39 005 обекта, в които се осъществява надзор на заразните заболявания.

Обектите са обхванати с 627 008 проверки (при 440 557 проверки 2008г)

Средната кратност на проверките за 2009 г.(брой проверки в един обект) е 2,49 при 2.12 за 2008 г.

През годината са изготвени и връчени 43488 предписания за отстраняване на хигиенни несъответствия и подобряване хигиенното състояние на обектите (при 26 409 за 2008г.).

През 2009г. са съставени 13 374 акта (при 9 656 7 666 за 2008г) за констатирани нарушения, които са покрити с 15 014 наказателни постановления за налагане на глоби.

Издадените постановления са на обща стойност 3 261 387 лв.

Органите на държавния здравен контрол, през 2009 г са наложили и 2 216 имуществени санкции на юридически лица, които са на обща сума от 2 341 950 лв.

През 2009г. броят на издадените и връчени **заповеди за спиране** експлоатацията на обекти е 2064, а унищожени са 298 309 кг хранителни продукти и 34 951 опаковки храни.

В рамките на предварителния здравен контрол, органите на държавния здравен контрол:

- са имали 2546 участия в експертни съвети по устройство на територията към областите, общините и други ведомства в страната;
- разгледали са и са дали становища по 29860технически документи;
- извършили са 4 256 проверки в хода на строителството на обекти с обществено предназначение, участвали са в 2 455 приемателни комисии;
- издали са, след проверка на място, 30 302 удостоверения за регистрация на обекти с обществено предназначение.

През годината е извършвана регулярна дейност по контрола на химичните вещества и препарати. Проверени са общо 2934 обекта, в които за отстраняване на здравни неблагоприятия и нарушение на действащото законодателство са издадени 206 предписания и съставени 17 акта.

Органите на държавния здравен контрол са издали 986 удостоверения за дейности с опасни отпадъци.

✓ **Здравно-техническа експертиза**

Данните от последните 3 години⁶⁵ (2007⁶⁶-2009), показват че има трайна тенденция към намаляване на участията на РИОКОЗ в съвместните експертни съвети по устройство

⁶⁵ МЗ, Обобщена таблица №20 за дейността на РИОКОЗ по здравно-техническа експертиза през 2009г.

на територията към общини и области, както и в такива съвети на други ведомства. Общият брой участия в експертни съвети към общините и областите през 2009г. (Табл.8) е намалял спрямо 2008г. с 12.67 % (от 2742 на 2391 участия), а броят на участия в експертни съвети към други ведомства е намалял в сравнение с 2008г. със 17.55 % (от 188 на 155 участия).

Най-ангажирани с участия в експертни съвети към общини и области са били СРИОКОЗ (313), РИОКОЗ – Пловдив (268), София област (147) и РИОКОЗ – Ст.Загора (145), а най-малко участия през 2009г. са регистрирани от РИОКОЗ Видин (19), Силистра (21), Търговище (23) и Разград (40).

Най-много участия в междуведомствени съвети са реализирани от РИОКОЗ София-област (17), Пловдив (14) и Пазарджик (13), а в 7 РИОКОЗ нямат такива участия през 2009г. (Видин, Габрово, Кюстендил, Разград, Русе, Силистра и Ямбол).

През 2009г. се установява и понижение на общия брой на разглежданите от РИОКОЗ документации по контрола на обекти във фаза на проектиране. Така например, общия брой на комплектованите документации оценявани от РИОКОЗ в експертни съвети извън РИОКОЗ е намалял с 14.96 % (от 33731 броя през 2008г. на 28685 броя през 2009г.). Подобно намаление на броя на оценяваните документации е установено и за експертните съвети в РИОКОЗ – средният брой на разглежданите на едно заседание е намален от 13 броя за 2008г. на 9.5 броя документации за 2009 г.

⁶⁶ МЗ, Отчет за дейността на РИОКОЗ по опазване на общественото здраве през 2008г., юни 2009г.

Табл. 6. Участия на РИОКОЗ в експертни съвети

№ по ред	РИОКОЗ	Участие в експертни съвети по устройство на територията към общините и областите	Участие в експертни съвети на други ведомства	КОНТРОЛ ВЪВ ФАЗА НА ПРОЕКТИРАНЕ					КОНТРОЛ ПО ВРЕМЕ НА СТРОИТЕЛСТВО И ВЪВЕЖДАНЕ НА ОБЕКТИТЕ В ЕКСПЛОАТАЦИЯ					Хигиени и заключения
				Разглеждани документации в експертни съвети извън РИОКОЗ		Разглеждани документации на експертни съвети в РИОКОЗ			Проверки по време на строителство	Участие в приемателни комисии	Становища за въвеждане в експлоатация	Удостоверения за регистрация		
				общо	от тях с отриц. становища	брой заседания	разглеждани документации	от тях с отриц. становища				обекти по Закона за храните	обекти с обществено предназначение	
1	БЛАГОЕВ-ГРАД	97	3	1 505	192	44	594	141	97	95	20	899	440	133
2	БУРГАС	61	12	418	36	43	680	112	25	220	230	1 831	565	212
3	ВАРНА	49	1	1 233		48	1 174	13	594	207	179	2 124	869	322
4	В. ТЪРНОВО	48	4	554	94	47	248	75	133	62	3	679	256	79
5	ВИДИН	19		166	5	43	106	2	12	21	8	366	122	42
6	ВРАЦА	76	8	681	52	8	35	1	112	43	43	522	176	87
7	ГАБРОВО	66		698		32	125	10	77	27	77	449	205	
8	ДОБРИЧ	68	4	708	244	45	1 050	832	368	77	111	265	326	40
9	КЪРДЖАЛИ	54	8	480	36	19	131	9	131	38	38	32	93	54
10	КЮСТЕН-ДИЛ	64		276	26	53	456	94	37	28	52	441	162	47
11	ЛОВЕЧ	111	7	864	132	43	118	48		31	31	525	200	21
12	МОНТАНА	50	6	424	47	37	141	11	14	31	14	544	243	36
13	ПАЗАР-ДЖИК	79	13	1 283	46	50	471	37	18	51	34	281	412	87
14	ПЕРНИК	54	5	759	134	32	87	27	34	19	36	236	178	36
15	ПЛЕВЕН	59	5	955	308	63	558	139	6	65	4	628	284	56
16	ПЛОВДИВ	268	14	4 283	212	48	1 147	146	300	187	80	1 241	648	299
17	РАЗГРАД	40		296		39	108	10	351	20	18	445	126	27
18	РУСЕ	59		626	26	47	139	8	238	82	53	791	496	76

19	СИЛИС-ТРА	21		100	14	45	121	46	22	15	45	260	157	37
20	СЛИВЕН	46	4	1 037	34	42	154	48	87	40	101	390	57	53
21	СМОЛЯН	111	9	1 145	209	20	228	55	15	20	12	564	213	53
22	СРИКОЗ	313	7	3040	435	43	106	9	1271	654	1 054	3 879	1 822	789
23	СОФ. ОБЛАСТ	147	17	1 746	72	82	1 222	119	143	61	119	644	316	46
24	СТ. ЗАГОРА	145	7	2 597		57	414	4	5	243	17	952	372	149
25	ТЪРГО-ВИЩЕ	23	1	187	16	49	195	15	59	16	124	289	198	23
26	ХАСКОВО	106	11	1 874	13		921	13	19	46	20	611	409	79
27	ШУМЕН	93	9	282	35	43	348	18	88	38	121	585	444	52
28	ЯМБОЛ	64		468		56	202	102		18	4	386	254	6
	ВСИЧКО 2009	2 391	155	28 685	2 418	1 178	11 279	2 144	4 256	2 455	2 648	20 859	10 043	2 941
	ВСИЧКО 2008	2 742	188	33 731	3 103	1 213	14 123	1 737	4 627	2 476	3 071	17 578	8 685	2 827

Най-натоварени с дейност в експертни съвети извън РИОКОЗ са били областните инспекции в Пловдив, СРИОКОЗ, София област и Стара Загора, а по брой разгледани документи в експертните съвети на РИОКОЗ са били инспекциите в София област, Пловдив, Добрич и Варна.

С голям брой участия в експертни съвети към общини и области са били СРИОКОЗ (313), РИОКОЗ – Пловдив (268), София област (147) и РИОКОЗ – Ст.Загора (145), а най-малко участия през 2009г. са регистрирани от РИОКОЗ Видин (19), Силистра (21), Търговище (23) и Разград (40).

Най-много участия в междуведомствени съвети са реализирани от РИОКОЗ София-област (17), Пловдив (14) и Пазарджик (13), а в 7 РИОКОЗ нямат такива участия през 2009г. (Видин, Габрово, Кюстендил, Разград, Русе, Силистра и Ямбол).

През 2009г. се установява и понижение на общия брой на разглежданите от РИОКОЗ документи по контрола на обекти във фаза на проектиране. Така например, общия брой на комплектованите документи оценявани от РИОКОЗ в експертни съвети извън РИОКОЗ е намалял с 14.96 % (от 33731 броя през 2008г. на 28685 броя през 2009г.). Подобно намаление на броя на оценяваните документи е установено и за експертните съвети в РИОКОЗ – средният брой на разглежданите на едно заседание е намален от 13 броя за 2008г. на 9.5 броя документи за 2009г.

Най-натоварени с дейност в експертни съвети извън РИОКОЗ са били областните инспекции в Пловдив, СРИОКОЗ, София област и Стара Загора, а по брой разгледани документи в експертните съвети на РИОКОЗ са били инспекциите в София област, Пловдив, Добрич и Варна.

През 2009г. е продължила и дейността на РИОКОЗ по осъществяване на контрол по време на строителство и въвеждане на обекти в експлоатация. Запазен е обемът на работата в сравнение с 2008г по отношение на участия на РИОКОЗ в приемателни комиси на нови обекти (2455 участия през 2009г. в сравнение с 2476 през 2008г.). Има известно намаление на броя на издадените становища за въвеждане в експлоатация на обекти през 2009 г (2648) в сравнение с броя на издадените становища за 2008г (3071).

С 3,88 % е увеличен броят на издадените хигиенни заключения от РИОКОЗ през 2009г. (2941 броя) в сравнение с 2008г (2827 броя).

Значително увеличение има през 2009г. на издадените удостоверения за регистрация на обекти за обществено предназначение (от 8685 за 2008г. на 10043 за 2009г.), както и за обекти по Закона за храните от 17578 за 2008г. на 20859 за 2009г. Най-натоварени през 2009г. с издаване на удостоверения за регистрация на обекти, както по Закона за храните, така и за обектите с обществено предназначение са СРИОКОЗ и РИОКОЗ в градовете Пловдив, Варна и Бургас.

Като се има предвид двойно по-големия брой на нови обекти по Закона за храните (20859) срещу 10043 обекти с обществено предназначение (нехранителни обекти), явно е че предстоящата реформа във връзка с конституиране на Агенцията по безопасност на храните ще се отрази в най-голяма степен на обема и спецификата на работата в РИОКОЗ след 01.11.2011г.

✓ **Компоненти на околната среда**

✓ **Атмосферен въздух**

Основните приоритети в здравната политика на Министерство на здравеопазването в сътрудничество с Министерство на околната среда и водите са свързани с намаляване на вредните атмосферни емисии, съответно - осигуряване на безопасна за здравето на населението жизнена среда с експозиция на вредни вещества в концентрации, не превишаващи международно приетите стандарти. Обезпечаването на здравословна среда се гарантира от Закона за здравето, Закона за чистотата на атмосферния въздух и подзаконовата нормативна уредба, която е хармонизирана с европейското екологично законодателство и подлежи на периодично актуализиране относно оценката и управлението на качеството на атмосферния въздух.

Постоянният контрол на концентрациите на атмосферните замърсители на територията на цялата страна се реализира чрез Национална автоматизирана система за екологичен мониторинг, към която принадлежи и Националната автоматизирана система за контрол качеството на атмосферния въздух (НАСККАВ). Системата е изградена от пунктове за мониторинг, обслужвани от подразделенията на МОСВ и такива, обслужвани от регионалните структури на МЗ, които не са включени официално към НАСККАВ, но създават допълнителна база данни за качеството на атмосферния въздух.

През 2009 година на територията на 16 населени места РИОКОЗ поддържат функционирането на 38 стационарни пункта за мониторинг, в които качеството на атмосферния въздух се контролира по показателите: общ суспендиран прах, фини прахови частици, аерозоли на тежки метали, сярна киселина, серен диоксид, сероводород, азотен диоксид, фенол, хлороводород. Изследвани са общо 6 476 проби за аерозоли на прах и тежки метали и 67 728 - за газове. Пробите с отклонения, превишаващи регламентираните съгласно нормативните документи допустими концентрации за всеки конкретен атмосферен замърсител, са съответно: 584 (9,01%) за праховите аерозоли и 1364 (2,01%) за газообразните замърсители.

Пунктовете за мониторинг, поддържани от РИОКОЗ са с периодичен режим на работа, ограничаващ диапазона и времевата представителност на извършвания контрол, поради което получените данни имат само индикативен характер при оценка качеството на въздуха. Посочените проблеми изискват оптимизиране организацията на работа в пунктовете за мониторинг на РИОКОЗ, както и оптимизиране на механизмите за обмен на информация между регионалните структури на МОСВ и МЗ, което да позволи предприемане на адекватни, гарантиращи здравето на населението, управленски решения, базирани на постъпваща в реално време информация за качество на атмосферния въздух.

✓ **Питейни води**

Държавната здравна политика по опазването на общественото здраве в областта на питейните води се осъществява чрез провеждания от РИОКОЗ ДЗК за стриктно прилагане, спазване и изпълнение на действащото законодателство⁶⁷ с цел гарантиране на установените здравни изисквания за безопасно качество.

⁶⁷ Наредба №9 (2001) за качеството на водата , предназначена за питейно-битови цели, ДВ, бр.30.

Обект на ДЗК от страна на 28-те РИОКОЗ през 2009г. е мониторинг⁶⁸ на микробиологичните, химичните и радиологични качества на водата, контрол на хигиенното състояние на общо 6340 питейни водоизточници (6277 броя през 2008г.), идентифициране на пропуски поставящи в риск общественото здраве и санкциониране неизпълнението на законово определените задължения на водоснабдителните предприятия .

Съгласно утвърдените съвместни регионални мониторингови програми на РИОКОЗ и ВиК, за контрол на съответствието на водата с изискванията за безопасност, от 8472 пункта са взети и анализирани общо 21239 проби питейна вода по индикаторни показатели (постоянен мониторинг) и показатели със здравно значение (периодичен мониторинг). Съответствието в рамките на рутинния мониторинг е 89.4% (запазено нивото от 2008г.) и 84.6% при периодичния (86.5% за 2008г.).

През изминалата година е налице увеличение на анализите по ДЗК на физико-химични и радиологични показатели - 273351 (262682 за 2008г.) и тенденция към намаление на микробиологичните анализи, които през 2009г. са 55760 или с 2787 по-малко (58547 за 2008г.). Промяната и в двата аспекта е позитивна в предвид необходимостта от пълно обхващане на индикаторните и здравно значимите показатели от периодичния мониторинг, както и редуциране на излишно високия обем извършвани микробиологични анализи.

И за 2009г., обхватът на изследваните здравно значими химични показатели не съответства на изискването за периодичен мониторинг – едва 7 изследвани показателя от РИОКОЗ Благоевград до максимално 21 показателя от СРИОКОЗ.

При мониторинга от показателите за качество със здравно значение при извършените анализи е установено наднормено съдържание на нитрати, хром, флуор и манган.

Нестандартни проби при анализите за *нитрати* са определени в областите Ямбол (19.59%), Шумен (10.51%), Русе (12.86%), Плевен (6.86%), Разград (8.00%), Хасково (5.69%), Варна (5.34%), Велико Търново (9.97%), Търговище (8.39%), Добрич (7.30%). Процентът на несъответствие за страната като цяло е 4.1% и се задържа близо до равнището от 2008г., когато са извършени 20243 анализа по този показател.

От анализирани общо 228 проби за шествалентен хром от РИОКОЗ Плевен, 51 са нестандартни и от РИОКОЗ Монтана съответно нестандартните са 4 от обща анализирани 64 проби.

В рамките на извършения през годината периодичен и постоянен мониторинг са регистрирани отклонения за показателя *флуор* при 5 анализа от област Бургас и единични анализи в области Благоевград и Плевен и традиционно високи стойности на *манган* са определени в Хасково, Стара Загора, Пловдив и Велико Търново.

Единични наднормени стойности на олово са определени във води от област Кюстендил и на арсен в области Хасково и Кюстендил.

В рамките на успешно приключилия през тази година проект МАТРА⁶⁹ и работата върху представените в ЕК два доклада за качествата на питейната вода Р. България по данни от мониторинга в големи и малки зони на водоснабдяване, бяха идентифицирани *съществени проблеми* в организацията и качеството на провеждания мониторинг.

⁶⁸ МЗ, Обобщена таблица №33 за контрола на питейно-битовото водоснабдяване извършен от РИОКОЗ през 2009г.

⁶⁹ МАТРА, Project Ref. nu G2G07/BG/7/2 Strengthening the capacity of the Ministry of Health for reporting of the results from drinking water monitoring to the European Commission, 2008-march 2009.

- Допуска се неоправдано голяма промяна в броя на пунктовете за мониторинг при актуализиране на мониторинговите програми;
- Често се наблюдава не аргументирано в пъти по-голяма разлика в броя проби при двата вида мониторинг, което се свързва с некоректен подход при отчитане на пробите и актуализиране на програмите за мониторинг;
- Недостатъчен обхват и честота на мониторинга на органични токсични промишлени и други нормативно изисквани специфични замърсители;
- Лимитиран аналитичен капацитет на лабораториите на РИОКОЗ по отношение на апаратура и въведени валидирани методи за анализ на води;
- Неизпълнение от страна на водоснабдителните на нормативно разписаните им задължения за пълен обхват, честота и качество на мониторинга на питейната вода;
- Недобра координация между отделните инспекции и взаимодействие с Басейновите дирекции с цел оптимизиране и адекватност на мониторинга.

Слабостите в дейността по контрола на питейните води по отношение на недостатъчния обхват и честота на провеждания мониторинг по някои специфични показатели и предприемане на възстановителни мерки в съответствие с хармонизираната Наредба № 9 за питейните води (2001), може да доведе до санкции от страна на ЕК за неизпълнение на задълженията на страната по Директива 98/83/ЕС.

✓ Шум

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

В рамките на Националната система за мониторинг на шума в околната среда всички РИОКОЗ в страната (като нейна оперативна мрежа) са представили данните от проведения през 2009 г. контрол на градския шум в общо 727 пункта. Резултатите от контрола са представени за всичките 28 области на страната – за 27-те областни градове и градовете от Софийска област – Ботевград, Самоков и Своге, от област Велико Търново – Горна Оряховица и Свищов, от област Кюстендил – Дупница, от област Стара Загора – Казанлък и от област Търговище – Попово и Омуртаг – общо 36 града на страната (Табл. 9). За втора поредна година по данни от мониторинга на шумовото натоварване в градовете, РИОКОЗ са обхванали всички подлежащи на мониторинг населени места.

Табл. 7. Регистрирани шумови нива в урбанизираните територии на Р България и тяхното разпределение по диапазони: в dB(A) - в брой и %

Година	Общ брой пунктове	Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони в dB(A) – в брой и в %						
		под 58	58-62	63-67	68-72	73-77	78-82	над 82
2006	527 100%	74 14,04%	95 18,03%	172 32,64%	144 27,32%	39 7,40%	3 0,57%	0
2007	710 100%	128 18,03%	116 16,34%	189 26,62%	216 30,42%	59 8,31%	2 0,28%	0
2008	726 100%	130 17,91%	130 17,91%	207 28,51%	189 26,03%	65 8,95%	5 0,69%	0
2009	727 100%	140 19,26%	118 16,23%	227 31,22%	191 26,27%	51 7,02%	0	0

Мониторингът на шума е насочен, както към отразяване на значимото шумово натоварване в градските зони, подложени на влиянието на интензивното движение на моторни превозни средства (основен източник на шум в градовете), така и към зоните, в които би трябвало да се съхрани и поддържа акустичен режим, съответстващ на съществуващото здравно нормиране. Или т.нар. “тихи зони”, в които се разполагат обекти, подлежащи на усилен шумова защита (здравни заведения, училища и детски градини, рекреация, жилища и пр.).

Непрекъснато нарастващият брой на МПС в движение, при зле поддържаната пътна инфраструктура, недостатъчният контрол на автотранспорта, недобрата организация на движението, неадекватните градоустройствени решения, вкл. недостатъчното озеленяване и неспазването на изискванията на Закона за устройство на териториите са водещите причини за трайна тенденция към влошаване на акустичната обстановка в градовете на страната.

Мониторингът на шумовото натоварване на градската среда през 2009 г., в рамките на Националната система за мониторинг на шума в околната среда, има безспорен принос при определяне на специфичните за всеки град мерки за защита от шума – основен неблагоприятно действащ фактор в условията на урбанизираната среда. Националната система за мониторинг на шума в околната среда утвърждава позицията си на ефективно звено от здравната профилактика, имаща за цел опазването на общественото здраве посредством изграждането на среда, отговаряща на нейния здравен еквивалент.

✓ **Безопасност на храните**

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

Цялостната организация в областта на безопасността на храните се ръководи и координира от Националния съвет по безопасност на храните под председателството на министрите на здравеопазването и на земеделието и храните. Към него функционира Експертен съвет на междуведомствен принцип, който обединява усилията на централните държавни органи и ведомства и научните организации по практическото осъществяване на държавната политика в областта на контрола върху безопасността. През 2010 г. започна подготовката по създаването на Агенция за безопасност на храните и Център по оценка на риска. Новата структура ще започне да функционира от януари 2011 г. и ще бъде в системата на Министерство на земеделието и храните. Старите структури като Национален съвет по безопасност на храните и Експертния съвет към МЗ ще преустановят своята дейност с излизането на закона за агенцията.

В системата на здравеопазването РИОКОЗ, под ръководството на МЗ, извършват контрол на храните от неживотински произход. Държавният инспекторат в системата на РИОКОЗ в страната през 2009 г. е контролирал 126 394 хранителни обекта. Ежегодно се провежда мониторинг на основните биологични и химични замърсители и добавки в храните, установена е и система за наблюдение и контрол върху генетично модифицираните храни (ГМХ). Обемът на изследванията по този мониторинг е представен в Таблица 14 в Приложението.

Практическата дейност по контрола се осъществява в съответствие с Регламентите на ЕС в областта на химичната и микробиологична безопасност на храните и изискванията към ГМХ. Структурите разполагат с оборудвани лаборатории за контрол на микробиологичните и химичните замърсители и добавки, включително патогенни и индикаторни микроорганизми, пестицидни остатъци, микотоксини, нитрати, добавки и др. В Таблици 10 и 11 са показани резултатите от наблюденията върху химичните и биологичните контаминанти за 2009 г. Сериозно внимание изискват данните за честотата на отклоненията от нормите при хранителните добавки, ГМХ и нитратите.

Табл. 8. Обем и резултати от мониторинга на химични замърсители и ГМХ в храните за 2009 г.

Вид на замърсителите	Брой изследвани проби	Проби с отклонения от установените норми, %
Нитрати /зеленчуци, зеленчукови сокове, картофи, кореноплодни, детски храни/	1 228	3.01
Токсични елементи (в плодове, зеленчуци, кореноплодни и продукти от преработката им)	899	0.33
Пестицидни остатъци	742	0.40
Хранителни добавки – подсладители, консерванти, оцветители	1 153	10.41
Микотоксини	822	0.73
Афлатоксини	984	0.30
Генно-модифицирани храни	195	6,66

Табл. 9. Обем и резултати от микробиологичния контрол на храните за 2009 г.

Вид на наблюдаваните критерии	Брой	%
Проби храни, изследвани по микробиологични показатели	12 103	100
Микробиологични показатели, изследвани в пробите храни	35 155	-
Проби храни с отклонения от микробиологичните критерии	720	5,95
Проби храни, съдържащи <i>Salmonella species</i>	8	0,07
Проби храни, съдържащи <i>Listeria monocytogenes</i>	22	0,18
Проби храни, съдържащи <i>Staphylococcus aureus</i>	44	0,36
Проби храни, съдържащи други (главно индикаторни) микроорганизми	646	5,34

Данните от таблица 11 показват ограничена степен на контаминиране на българските храни с патогенни и други нежелани микроорганизми. Патогенните бактерии като *Salmonella* и *Listeria monocytogenes* се откриват главно с храни,

предимно от животински произход и подлежащи на по-нататъшна обработка и много ограничено – в готови за консумация храни и ястия.

Обект на системна регистрация и наблюдение от МЗ и РИОКОЗ са заболяванията с микробен произход, предавани чрез храните, включително зооантропонозите. През 2009 г. у нас са регистрирани хранителни заболявания само с микробен произход – не са наблюдавани интоксикации от химични агенти. Тази заболяемост е ниска. Регистрирани са официално 29 взрива – 13 по вина на заведенията за обществено хранене, 6 от хранителни блокове в детски и учебно-възпитателни заведения; 14 – от храна, приготвена в домашни условия (Табл. 12). Общият брой на болелите е 502, с 1 смъртен случай. По брой на взривовете заболяемостта е нараснала със около 70 % в сравнение с 2008 г.; по брой на болелите – около 2,8 пъти. Лабораторно са потвърдени 27 взрива – 8 от *Salmonella*, 8 от *Staphylococcus aureus*, 6 от *Trichinella*, 3 от *Escherichia coli*, 3 случая на хранителни заболявания, причинени от други микроорганизми и 1 с неустановена етиология. Най-чести са заболяванията след консумация на месо и месни изделия (10 взрива), следвани от ястия с яйца, сладкарски продукти. Прави впечатление също така и броят на трихинелозните взривове. Хранителни листериози не са регистрирани.

Както в повечето страни, това очевидно е „върхът на айсберга” – в редица случаи при хранителни инциденти регистрацията на заболяванията е много ограничена. Тревога буди честотата на взривовете в детски и учебно-възпитателни заведения у нас.

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

Здравният контрол върху хранителните обекти, осъществяван от РИОКОЗ, Дирекциите „ЗДРАВЕН КОНТРОЛ”, е задължителна постоянна дейност, имаща не малко превантивно значение за ограничаване на замърсяването на храните с химични и биологични агенти. През 2009 г. са извършени 257 298 проверки в общо за страната 126 394 хранителни обекта. Това е внушителна по обема си дейност, крайният резултат на която е сравнително ограниченото разпространение на химичните и биологични опасности в българските храни.

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

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

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

горепосочените структури. Оценката на риска изисква задълбочен анализ на кръговрата на биологичните и химичните замърсители в цялата хранителна верига с изясняване на причинно-следствените връзки на разпространението на замърсителите, свързано с нивото на консумация на различните храни, оценка на експозициите на въздействие, както и епидемиологичният анализ на съответната заболеваемост. В това отношение комуникациите на ведомствено, подведомствено и регионално равнище и взаимната двупосочна информация са критично недостатъчни. Създаването на новата Агенция за безопасност на храните и Центъра по оценка на риска към нея, ще поемат от 2011 г. всички задачи, свързани с оценката на риска.

Табл. 10. ВЗРИВОВЕ ОТ ХРАНИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В БЪЛГАРИЯ ЗА 2009 Г.

Обекти	Брой на взривове	Брой на заболялите	От тях починали	Общ брой на взривове, потвърдени лабораторно	От тях взривове от микробен произход						
					всичко	в това число от:					
						салмонелни	стафилококи	ешерихия коли	трихинела	други	неизвестен
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Предприятия за производство на храни											
2.Заведения за обществено хранене, от тях	13	276		12	12	3	6	2		1	
2.1.Столове	2	16		2	2		1			1	
2.2.Хранителни блокове в детски и учебно-възпитателни заведения	6	85		5	5	1	2	2			
3.Обекти за търговия с храни											
4.Домакинства	14	181	1	13	14	4	1		6	2	1
5.Други	2	45		2	3	1	1	1			
ВСИЧКО	29	502	1	27	29	8	8	3	6	3	1

Брой на взривове вследствие употребата на:	
1.Риба и рибни продукти	
2.Мляко и млечни произведения	
3.Месо и месни произведения	10
4.Сладкарски изделия	2
5.Яйца и яйчни продукти	2
6.Консерви	
7.Други хранителни продукти	9
8.Неизяснени	6

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

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

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

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

Генетично модифицирани организми в храни

Като компетентен орган по Регламент ЕО 1829/2003⁷⁰, касаещ генетично модифицираните храни и фуражи, Министерство на здравеопазването чрез своите подразделения (28 РИОКОЗ) контролира продуктите в търговската мрежа, в производствата и тези, които се внасят от митницата. Честотата на проверките се определя съобразно годишния план за Държавния здравен контрол, а броят и видът проби за изследване се определят от годишно изготвен план, съобразен с Министерство на здравеопазването, след консултация с Националната референтна лаборатория за анализ на генетично модифицирани храни (НЦООЗ) и служители от Столична РИОКОЗ. При установяване на стойности над граничната стойност 0.9% (съгласно Регламент ЕО 1829/2003) и при липса на етикетирание се предприемат наказателни мерки. Стриктното спазване на законодателството от страна на производителите и вносителите - етикетирането на храни, съдържащи генетично модифицирани организми, позволява на потребителите да упражняват правото си на информиран избор.

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

⁷⁰ РЕГЛАМЕНТ (ЕО) №1829/2003 НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И СЪВЕТА относно генетично модифицираните храни и фуражи

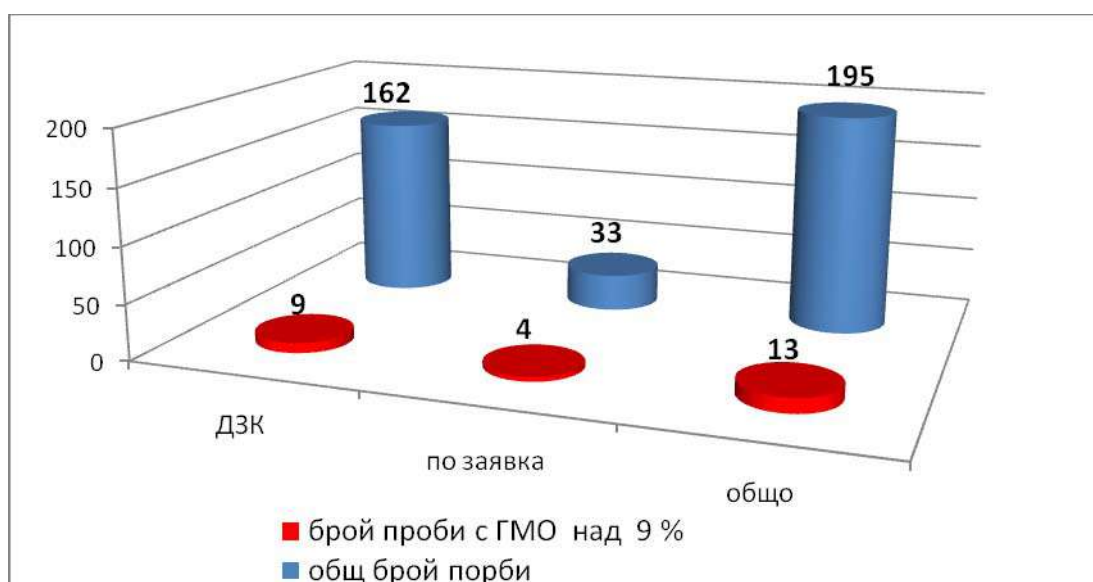
за мерките за контрол, така и методът за детекция и списък с продукциите, които трябва да подлежат на засилен контрол.

Проведоха се мероприятия касаящи, комуникацията на риска като компетентно информиране, насочено към населението и към производителите и търговците по отношение на регулирането, етикетирването, контрола и безопасността на ГМО в храни. На страницата на Министерство на здравеопазването и НЦООЗ се публикувани:

- списък с разрешени за употреба като храна и фураж в Европейския съюз генетично модифицирани организми
- списък с оттеглени и неразрешените ГМО
- материали за начина на регистрация
- материали за оценката на безопасността на генетично модифицираните храни.

През 2009 в лабораториите на РИОКОЗ - София и НЦООЗ са анализирани 195 проби за съдържание на ГМО.

Табл. 11. Данни от изследваните проби храни за ГМО през 2009 г.



В 13 или 6.66 % от изследваните проби е установено наличие на генетично модифицирани организми над 0.9 %, които следователно подлежат на етикетирване.

Не са установени положителни проби с неразрешен ГМО Bt 63 (Решение на ЕК 2008/289/ЕО)⁷¹ и неразрешен ГМО лен Trifid CDC

Протекцията на здравето при употребата на *козметични продукти* е обезпечена чрез прилагането на Наредба № 36 за изискванията към козметичните продукти, която хармонизира Европейската директива 76/768/ЕЕО⁷², като през 2009 г е публикувано поредното изменение и допълнение².

При системното провеждане на държавния здравен контрол от РИОКОЗ през 2009 г., проверките са насочвани предимно към козметични продукти, които по-често биха могли да представляват риск за здравето на човека, на базата на следните критерии:

⁷¹ РЕШЕНИЕ НА КОМИСИЯТА 2008/289/ЕО от 3 април 2008 година относно спешни мерки по отношение на неразрешен генетично модифициран организъм „Bt 63“ в продукти от ориз (нотифицирано под номер С(2008) 1208)

⁷² Наредба № 36 на МЗ от 30.11.2005 г. за изискванията към козметичните продукти - ДВ бр.101/2005 г.

² Наредба за изменение и допълнение на НАРЕДБА № 36 от 30.11.2005 г. за изискванията към козметичните продукти - ДВ бр.35/2009 г.

³ Отчет на РИОКОЗ за 2009г

приложение при рискови контингенти, приложение върху чувствителни и рискови участъци, наличие на рискови съставки, козметични продукти със специално предназначение (слънцезащитни), козметични продукти, съдържащи голям процент етерично-маслени съставки, козметични продукти, образуващи рискови съставки (нитрозамини), козметични продукти на маслена основа.

През 2009 г.³ при извършване на текущия контрол са спрени от продажба 14 363 броя единични опаковки от различни видове козметични продукти, от които 14 327 са унищожени, а 36 са дадени за преработка или използване за други цели.

1.1.2. Здравен контрол за защита от въздействието на йонизиращи лъчения

Основните дейности по радиационна защита на населението са свързани с дългосрочните програми на МЗ “Здравен контрол” и “Профилактика на незаразните болести” и са насочени към осигуряване радиационната защита на лица, извършващи дейности с ИЙЛ, включително използването им за медицински цели; контрол на радиационните фактори на жизнената среда допринасящи за облъчване на населението като цяло и в райони с повишен радиационен риск (бивши предприятия от уранодобива, обекти на ядрената енергетика и други).

В съответствие с европейските изисквания и стандарти, държавния здравен радиационен контрол обхваща: контрол за радиационно замърсяване на води, почви, въздух, растителност (Наредба №9 от 2001 г.; Директива 98/83/ на ЕС); безопасност и качество на храните (Наредба №10 от 2002 г.); безопасност на суровини, продукти и стоки с повишено съдържание на радионуклиди (Наредба №25 от 2005 г.); диворастващи гъби (Регламент №1635/2006 на Комисията); медицинско облъчване (Наредба №30 от 2005 г.). Голям е обемът от дейности по радиационния контрол извършвани само от Националния център: външен и вътрешен дозиметричен контрол (за всички работещи с открити ИЙЛ) (Директива 96/29/Евратом); метрологичен контрол на средствата за измерване на йонизиращи лъчения използвани в медицината и осигуряване защита на пациента при медицинско облъчване (Директива ЕК 97/43/Евратом); медицински здравен контрол на всички лица, работещи с йонизиращи лъчения (Наредба №29 от 2005 г.), контрол на обекти на ядрената енергетика и уранодобива (Наредба за основните норми за радиационна защита; Препоръка 90/143/Евратом); контрол на облъчени храни (Наредба №6 от 2002 г.; Директива 1999/2/ЕС).

Държавния здравно-радиационен контрол в обекти с ИЙЛ се осъществява на цялата територия на Република България от НЦРРЗ и отделите по Радиационен контрол към РИОКОЗ Бургас, Варна, Враца, Пловдив и Русе.

Проведени са 89 огледа по предварителния здравно-радиационен контрол за одобряване на терени (площадки) за изграждане на обекти, работещи с ИЙЛ и са издадени хигиенни заключения с положително становище. Издадени са 52 становища за комисии за въвеждане в експлоатация на обекти с ИЙЛ. В изпълнение на чл. 60, ал. 2 от Закона за безопасно използване на ядрената енергия са изготвени 478 бр. санитарни заключения по документация на обекти за издаване на лицензия за използване на ИЙЛ за медицински цели. По реда на Наредба № 9 от 2005 г, всички лицензирани обекти се включват в публичен регистър на обектите с обществено предназначение, контролирани от регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве.

През 2009 г. са осъществени следните проверки в обектите с ИЙЛ:

Табл. 12. Извършени проверки в обекти с ИЙЛ

<i>Видове обекти</i>	<i>Брой обекти</i>	<i>Планирани проверки (брой)</i>	<i>Извършени проверки (брой)</i>
Първа степен на сложност	34	102	102
Втора степен на сложност	52	104	104
Трета степен на сложност <i>(от тях медицински рентгенови кабинети)</i>	1165 (571)	1165 (571)	1141 (571)
ОБЩО	1251	1371	1347

Осъществен е контрол на радиационните фактори на работната среда в обекти, получили лицензия от АЯР по реда на чл. 15, ал. 3, т. 1 от ЗБИЯЕ за експлоатация на ядрено съоръжение и на радиационните фактори на жизнената среда в района на обекти от бившата уранодобивна и уранопереработвателна промишленост в България. През 2009 г. Направени са проверки на тема: “Организация и състояние на радиационната защита” в следните обекти: Орган за контрол “ИЦ ИКМ” на фирма “Атоменергоремонт”; Отдел “Диагностика и контрол” на “АЕЦ Козлодуй” ЕАД; СД “Дател” Козлодуй; Лаборатория “Измерване на йонизиращи лъчения” към отдел “Метрологично осигуряване” на “АЕЦ Козлодуй” ЕАД. Съгласуван е работният проект „Управление на битови отпадъци на Столична община”, подобект „Изземване на замърсени земни маси от площадка на „Хан Богров”, транспортиране и безопасно транспортиране на радиоактивно замърсени земни маси в новото хвостохранилище – Бухово гр.Бухово, район Кремиковци, Столична община”.

Организацията и контролът на дейностите по техническата ликвидация, по техническата и биологичната рекултивация, очистка на води и мониторинг за ликвидиране на последствията от добива и преработката на уранова суровина в обектите и засегнатите райони е възложен на “Екоинженеринг-РМ” ЕООД. Техническата рекултивация в обектите е завършена на 100%. Биологична рекултивация в 63% от обектите от ПМС №74 от 1998 г. е завършена, в 26% – не е завършена и в 11% – не е започната.

Държавният здравен контрол на факторите на жизнената среда в бившите обекти на уранодобивната и уранопереработвателната промишленост следи за качествено възстановяване на околната среда в тези обекти, както и за намаляване на надфоновото облъчване на населението (издадено е Предписание на „Елаците МЕД” АД за извършване на здравно-радиационни мероприятия в ПХП “Металург” гр. Бухово, предписано е да се осигури физическа защита на обекта, като се оправи оградата и се поставят предупредителни знаци, издадено предписание за извършване на радиационно-хигиенни мероприятия в рудник „Пробойница” (Гара Лакатник).

Основните задачи относно *мониторинга на нивата на радиоактивност в околната среда* за целите на оценката на облъчване на населението като цяло са определени със Закона за здравето, във връзка с Препоръка на Комисията от 8 юни 2000 г. за приложение на чл. 36 от Договора за Евратом (2000/473/Евратом):

През 2009 г. продължи извършването на лабораторни анализи за целите на радиационния контрол и мониторинг на различни обекти от жизнената (хранителни продукти, питейни води, строителни материали и др.) и околната среда с цел оценка на облъчване на населението. Анализите включваха определяне на съдържанието на радионуклиди, както от техногенен, така и от естествен произход:

- *Изследване на питейни води, съгласно изискванията на Наредба № 9;*

- *Контрол във връзка с изискванията на Регламент (ЕС) №1635/2006 на Комисията от 6 ноември 2006 г., определящ изискванията за приложение на Регламент (ЕИО) №737/90 на Съвета от 22 март 1990 г. относно условията за внос на селскостопански продукти с произход от трети страни след аварията в атомната електроцентрала в Чернобил (внос на некултивирани гъби);*
- *Изследване на хранителни продукти от търговската мрежа и на смесена диета в изпълнение на заповед № РД15-2688 от 09.09.2008 г. на министъра на здравеопазването;*
- *Изследване на аерозоли в приземен атмосферен въздух, атмосферни отлагания, почва, растителност, питейни води в района на гр. София;*
- *Тематична проверка „Спазване изискванията за съдържание на техногенни радионуклиди в диворастящи гъби и плодове, предназначени за вътрешния пазар” – 4 бр. проверки в магазинна мрежа (оглед на документи, пробовземане и издаване на здравно заключение);*
- *Регулярен специализиран радиационен контрол върху фактори на жизнената среда в района на АЕЦ Козлодуй в изпълнение на заповед № РД15-2688 от 09.09.2008 г. на министъра на здравеопазването – съгласно плана на лабораторията, 3 пъти годишно се вземат и анализират проби води, дънни утайки, почви, растителност, атмосферни отлагания и риба от пунктове, разположени в областите Монтана, Враца и Плевен;*
- *Специализиран радиационен контрол върху фактори на жизнената среда в района на Специализираното поделение „ПХРАО – Нови хан” към ДП „РАО” - 3 пъти годишно се вземат и анализират проби води, дънни утайки, почви, растителност от пунктове, разположени в с. Нови хан, с. Крушовица и с. Габра;*
- *Специализиран радиационен контрол върху фактори на жизнената среда в района на Ядрената научно-експериментална база към ИЯИЯЕ – БАН;*
- *Изпълнение на Програмата за организация на контрола за радиоактивно замърсяване на подземните води и защитни мерки в района на НЦРРЗ – анализ на водни проби от 5 сондажни и 1 битов кладенец, на почви от територията на Центъра, атмосферни отлагания;*
- *Измерване на специфичното съдържание на радон-222 в питейни води.*

Извършена е значителна експертна дейност: Оценка на ефективната доза при вътрешно облъчване от радионуклиди, постъпили с храната; Оценка на дозовото натоварване на населението от района на наблюдаваната зона на АЕЦ Козлодуй; Оценка на дозовото натоварване на населението от района на наблюдаваната зона на Специализирано поделение ПХРАО Нови хан към ДП РАО; Определяне на обща индикативна доза на минерални и питейни води; Експертна оценка за съдържание на радионуклиди в минерална вода.

Държавен здравен контрол на производството и търговията с облъчени храни:

В България има регистрирана една гама-облъчвателна уредба – гама стерилизатор „БУЛГАММА” собственост на „Софарма” АД. Извършена бе регулярна проверка на работата на облъчвателя, съгласно Инструкция за контрол на облъчвателни съоръжения, обработващи храни с йонизиращи лъчения, изготвена на база SANCO/10537/2002-rev.1. Указания за компетентните органи за проверка на предприятията облъчващи храни. Проверени бяха технологията на облъчване, системата за дозиметричен контрол, процедурите за калибриране и проверка на дозиметрите за високи дози, квалификацията на персонала, системата за осигуряване на качеството на документацията. Резултатите са отразени в Анкетна карта.

Извършени бяха проверки на седем търговски вериги: Билла, Кауфланд, Европа, Т Маркет, Метро и Хит-хипермаркет. Не бяха установени етикетирани облъчени храни. Съгласно българското и европейското законодателство бяха взети целеви проби за идентификация както следва: подправки и техни смеси – 56 бр; чай – 31 бр; ориз и зърнени храни – 4 бр; сушени плодове – 19 бр; сушени ядки – 10 бр; птиче месо – 6 бр; – риба – 5 бр. морски дарове – 9 бр. Много от пробите са смесени. Общият брой на взетите проби е 140, а на необходимите анализи е 200 бр.

Подобряването на капацитета на радиационния контрол на национално и регионално ниво през 2009г беше подпомогнато от извършената значителна методична дейност:

- Внедряване на нови методи за измерване на радиологичните параметри на жизнената среда.
- Разработване и апробиране на методики за измерване на параметрите на медицинските радиологични уредби.
- Разработване и апробиране на методики за измерване и оценка на дозата на пациента при рентгенография, рентгеноскопия, мамография, компютърна томография и стоматологична рентгенология.
- Създаване и поддържане на система за качество при дозиметрията на пациента.
- Методическа дейност по прилагане на Наредба №30 от 2005 г. за условията и реда за осигуряване защита на лицата при медицинско облъчване и работа по нормативни документи.

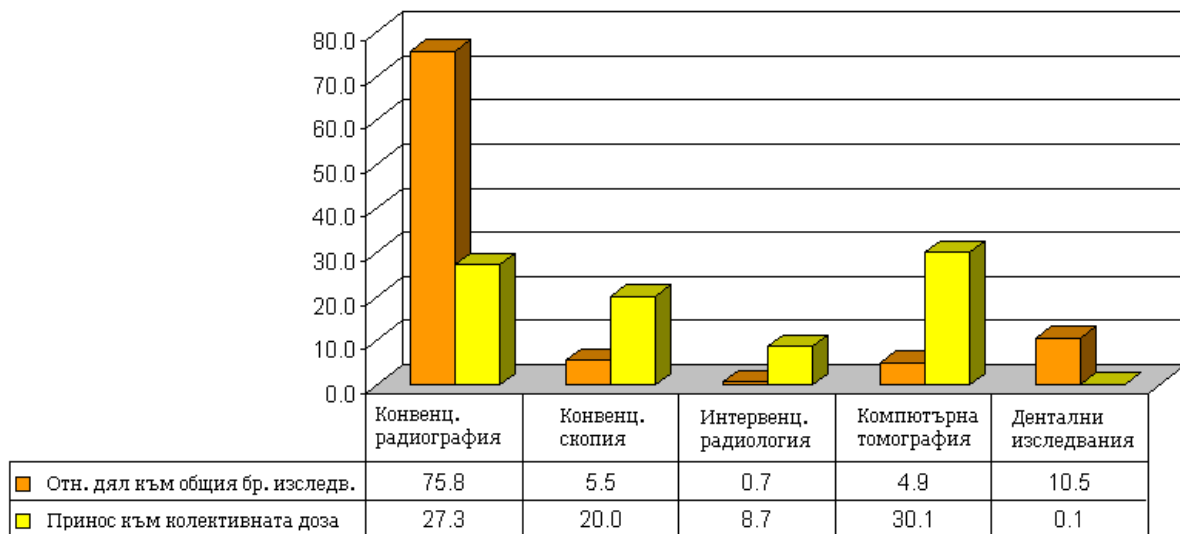
През юли 2009г. НЦРРЗ организира работата на експертната мисията на МААЕ по програма RELID – *“Ретроспективна оценка на дозата на радиационните изменения на очната леща при специалисти, работещи в интервенционалната кардиология”*. Резултатите от проведените очни изследвания показват повишена честота на измененията на очната леща при работещите в кабинети за интервенционална кардиология и насочват към необходимост от постоянен контрол на облъчването на специалистите (лекари, медицински сестри, рентгенови лаборанти), извършващи процедури под рентгенов скопичен контрол в кардиологията, хирургията, ортопедията, гастроентерологията, гинекологията и др., както и специални мерки за намаляване на тяхното облъчване.

През 2009г. успешно приключи работата по Туининг проект България-Финландия BG 2006/IV/SO 01 *“Укрепване на административните структури за радиационна защита и безопасно използване на йонизиращите лъчения за диагностика и терапия”*, продължил от 20 май 2008 до 20 май 2009 г. Провеدهа се 6 работни срещи и заключителна среща за официалното закриване на проекта, на което бяха представени резултатите и изводите от проведените проучвания по всички планирани и изпълнени задачи.

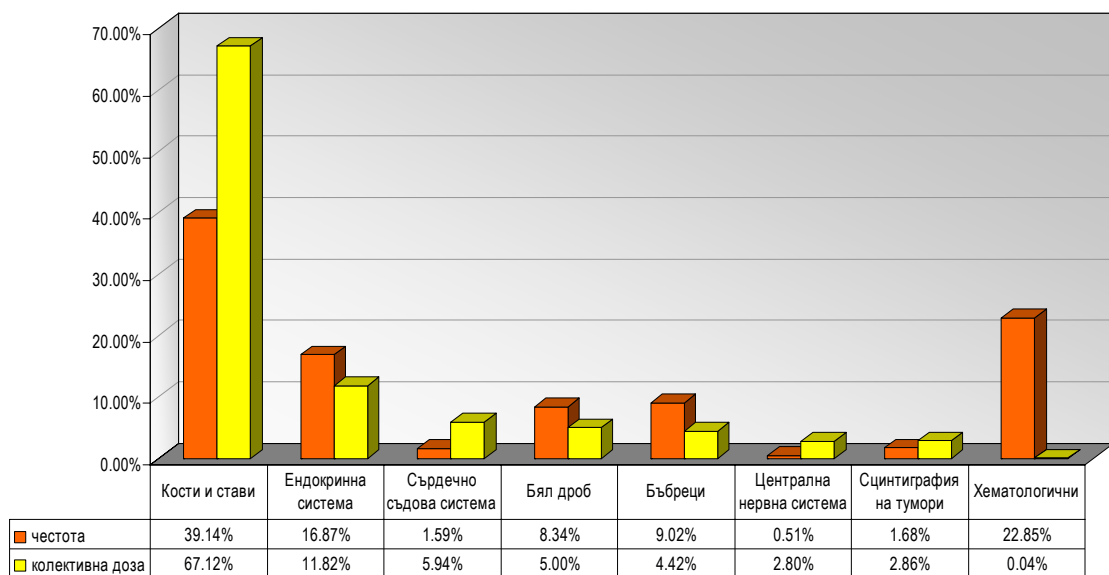
В рамките на проекта бе проведено национално проучване на дозите на облъчване на пациентите в рентгеновата диагностика, в резултат на което се изработиха национални диагностични референтни нива. Бяха установени по-ниски дози в сравнение с тези при първото проучване, проведено през 2002-2004, най-вече поради въвеждане на по-чувствителни филмови касети и дигитални детектори. При рентгенографията на бял дроб дозата е по-висока от типичната в Европа поради масовото използване на ниски анодни напрежения, в противоречие с международните стандарти. Налице е ръчен избор на данни в много случаи, поради остарялата апаратура и липсата на експономати; Използват се смесени филм-фолийно комбинации – филми и касети на различни производители. Липсва контрол на качеството на проявителния процес

Обобщените анализирани данни за процентния принос на различните видове изследвания в общата честота на изследванията и в колективната доза са представени на фиг. 38 (рентгенова диагностика) и фиг. 39 (нуклеарна медицина).

Фиг. 40. Видове изследвания и принос към колективната доза



Фиг. 41. Честота на изследванията на органи и системи и принос към колективната доза



По отношение на радиологичната апаратура Наредба № 30/2005 въведе у нас европейските изисквания за безопасност и качество, чрез обективни критерии за оценка на състоянието на апаратурата. До 2009 г. са изведени от експлоатация поради подмяна с нови или поради несъответствие с изискванията за безопасност общо 515 рентгенови уредби. За около 270 уредби лицензията е издадена със срок до 31.10.2005 г., когато изтича педгодишният гратисен период.

При проведения анализ на състоянието на медицинската радиологична апаратура в страна се установи следното:

- ✓ **КОНВЕНЦИОНАЛНА РЕНТГЕНОВА АПАРАТУРА (ЗА ГРАФИЯ И СКОПИЯ).** Около 70 % от рентгеновата апаратура за графия и скопия у нас е на възраст над 20 г., а 24 % от

нея е произведена преди повече от 30 години. Повечето от тези уредби не само са амортизирани, но и морално остаряли, като при тях липсват функции, осигуряващи качество на образите и безопасността на пациентите. Нерядко с тези уредби се изследват малки бебета и деца, към безопасността на които се поставят повишени изисквания, поради по-голямата им лъчечувствителност. Съществува тенденция за намаляване на броя на конвенционалните рентгенови апарати. *Тревожна е тенденцията през последните години за закупуване на уредби втора употреба.*

- ✓ *МАМОГРАФИЯ.* От действащите у нас 183 мамографа, около 50% са на възраст над 20 години, а между 20 и 30 апарата, които са с морално остаряла конструкция, предстои да бъдат спрени от експлоатация. Изискванията към мамографската апаратура се очаква да нарастнат при въвеждането на мамографска скринингова програма, задължителна за страните-членки на ЕС, съгласно Резолюцията за рака на гърдата от 2003 г. на Европейския парламент. Резолюцията изисква мамографският скрининг да се провежда в съответствие с утвърдените европейски стандарти, обобщени в официалната публикация на ЕС “European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis”. В този документ са дефинирани изискванията към организацията на скрининговата програма и към акредитацията и лицензирането на скрининговите центрове, включващи оценка на квалификацията на медицинския персонал, провеждащ скрининга, и строга програма за контрол на качеството на мамографските апарати за скрининг. *Скринингът губи смисъла си, ако се провежда от недостатъчно подготвени специалисти или с апаратура, която не отговаря на определени стандарти за качество.*
- ✓ *АНГИОГРАФСКИ РЕНТГЕНОВИ УРЕДБИ.* У нас действат 42 ангиографски уредби, като само за 3 години броят им се е удвоил и се очаква да нараства, за да покрие нуждите на страната. *15 от новоинсталираните уредби са втора употреба, без да са преминали през фабрично рециклиране.* Изискванията в развитите страни по отношение на апаратура от по-високотехнологичен клас са завишени, поради по-голямото лъчево натоварване. *Една от причините за предпочитанията у нас към апаратурата втора употреба, особено от частни центрове, е, че НЗОК не обвързва реимбурсирането на изследванията с възрастта и качеството на апаратурата.*
- ✓ *КОМПЮТЪРНАТА ТОМОГРАФИЯ.* Един от най-информативните, но в същото време и най-лъченатоварващи методи за диагностика. В България има около 197 инсталирани компютърни томографа (КТ), което прави 26,4 на един милион население – една от най-високите в региона, но не и когато се говори за качеството на апаратурата. От всички инсталирани КТ 135 са били закупени като втора (дори и трета) употреба, което прави 69 %. От всички инсталирани СТ, само 44 (22 %) са многосрезови. Средната възраст на апаратите е 10-12 години. Апарати, които са произведени преди 10-12 години, използват остаряла технология, т.е. липсват всички задължителни вече нововъведения за намаляване дозата на пациентите и за регистриране на дозите. Образите, които се получават със старите апарати, в повечето случаи не са с необходимото качество, което може да доведе до нужда от повтаряне на изследването и съответно до повторно облъчване и съответно двойно заплащане от страна на НЗОК. Персоналът, работещ със стари апарати, е ограничен до нивото, което те предлагат – всички новости, даващи възможност за различни допълнителни обработки на получените образи, не са налични на тях.

Една от важните причини за това е, че реимбурсирането от НЗОК е недостатъчно да покрие разходите и да бъде добра мотивация за инвестиране в нова апаратура. Още по-важно е, че няма разграничение в реимбурсирането на изследвания с

нови апарати и такива, направени със стари. При обществени търгове у нас оценката се прави само на база цена; не се поставя изискване за възраст и качество на апарата.

Друга причина е, че у нас все още е недостатъчен броят на магнитно-резонансните томографи (MRI) – само 45, при 198 СТ, т.е. MRI са 22% от броя на СТ, докато в развитите страни те са около 50% от броя на СТ. Това би довело до намаляване на замяна на някои СТ изследвания с по-безопасните за пациента магнитно-резонансни. За да заменят клинично СТ скенерите обаче, MRI скенерите трябва да са с магнитна индукция най-малко 1,5 Т, което е златният стандарт в света – през 2009 г. 1,5 Т скенери представляват 64 % от всички MRI в света, 20 % са дори 3 Т, а само 15 % са с магнитна индукция под 1 Т.

✓ АПАРАТУРА ЗА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ.

✓ Мултимодални ускорители със съвременен софтуер за планиране и рентгенов симулатор – 3 действащи линейни ускорителя: в СБАЛО – София, УМБАЛ „Св. Георги” – Пловдив и Болница „Токуда”. У нас няма център, оборудван с повече от 1 ускорител, в противоречие със стандартите за лъчелечение, изискващи най-малко 2 ускорителя в един център, а в звена с национално значение – 4 или 6 ускорителя.

✓ Телегама (Co-60) уредби:

Нови чешки уредба (Шкода) с компютърни планиращи системи: в СБАЛО София, МДОЗС – Стара Загора, МДОЗС – Русе. Тенденцията за преоборудване с този тип уредби започна през 2008-2009, поради невъзможността на болниците/диспансерите да осигурят ускорители. Според преобладаващата международна практика, тези уредби е по-добре да се заменят с едномодални линейни ускорители 4-6 MV.

Архаични тип РОКУС и една ЛУЧ с ръчно планиране – преобладаващата лъчетерапевтична апаратура в страната - в УМБАЛ „Царица Йоанна”, ОДОЗС – Пловдив (използва се и от УМБАЛ), ОДОЗС – Варна, ОДОЗС – Шумен, ОДОЗС – Враца, ОДОЗС – Бургас, МДОЗС – В. Търново. Източниците на тези системи не трябва да бъдат подменяни с нови, защото системите не отговарят на съвременните стандарти за лъчелечение. При извеждане от експлоатация на телегаматерапевтичните апарати алтернативата за техните източници е погребване в Националното хранилище за радиоактивни отпадъци в Нови хан (срещу съответно заплащане) или предаване на специализирана фирма. В двата случая трябва да се спазят всички изисквания на ЗБИЯЕ.

Брахитерапия с висока мощност на дозата и с планираща система - Брахитерапевтичната апаратура за вътрекухинно облъчване засега у нас е налична единствено в СБАЛО. С такива уредби трябва да се оборудват всички звена от национално и регионално значение.

Рентген-терапевтична уредба - Налични са във всички онкологични центрове; в някои центрове се подмениха с нови, но този метод за лъчелечение е остарял и има ограничени възможности.

✓ ДОЗИМЕТРИЧНО ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО. Гаранция за точността на лъчелечението се дава от Националната дозиметрична лаборатория към НЦРРЗ, извършваща калибриране на клиничните дозиметри. Нейното оборудването е на повече от 30 години, морално и физически остаряло, поради което нейните уреди не могат да бъдат калибрирани към първичните международни стандарти. Работата с неточно калибрирани лъчетерапевтични уредби увеличава риска от грешки и инциденти, които могат да бъдат фатални за изхода от лъчелечението и могат да бъдат заплаха за безопасността на пациентите. Спешно трябва да се предвидят средства за **МОДЕРНИЗИРАНЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ДОЗИМЕТРИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ.**

1.1.3. Надзор на заразните заболявания – Международни здравни правила

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

В условията на разпространение на някои екзотични тропически заболявания и зоонози в нови територии и конкретно на Европейския континент (Треска Чикунгуня, Западно нилски енцефалит, Туларемия, Бруцелоза и др.), реалната опасност от разпространение на полиомиелитния вирус след възникването на огнище на заболяването в Таджикистан, продължаващата заплаха от поява на нови грипни вируси с потенциал за възникване на пандемично разпространение, дейностите на всички страни по изграждане на капацитет за недопускане на внос и ограничаване на разпространението на карантинни заразни болести придобива все по-важно значение.

Страната разработи и изпълнява Наредба за условията и реда за провеждане на граничен здравен контрол на Р България, която превежда в нашата нормативна уредба в значителна степен изискванията на МЗП.⁷³ Разработена е и Национална програма за укрепване капацитета на Р България за опазването ѝ от внос на заразни болести и реагиране при събития, представляващи заплаха за общественото здраве, 2008-2010 г., приета с Постановление на МС 11/06.03.2008г. За съжаление поради бюджетни ограничения, изпълнението на по-голямата част от предвидените в програмата мерки за последната година не могат да бъдат изпълнени.

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

Усилията на МЗ са насочени към поддържането на висока квалификация на работещия персонал на национално и регионално ниво в системата на епидемиологичния надзор относно прилагането на Международните здравни правила. В рамките на различни инициативи на Европейското бюро на Световната здравна организация в Копенхаген и Европейския център за контрол на заболяванията в Стокхолм, български експерти участват в различни работни срещи, обучения и конференции по въпросите на прилагането на МЗП в страните-членки. В рамките на Проект „SHIPSAN”, финансиран от Европейската комисия и координиран от Гърция, наши специалисти участват активно в разработването на нови нормативи за извършване на граничен здравен контрол на кораби и фериботи.

1.2. Промоция на здравето и профилактика на болестите

Държавната политика по промоция на здраве и профилактика на болестите се реализира чрез националните програми, приети от Министерски съвет.

⁷³ Наредбата е приета с Постановление на МС 274/ 09.10.2006г., публ. ДВ бр. 85/20.10.06г. и изменена и допълнена с Постановление на МС 68/ 28.03.2008г., публ. ДВ бр. 37/2008г.

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

В рамките на „Национална програма за действие по околна среда – здраве“ за 2009г., въпреки липсата на целево държавно финансиране, са извършени редица дейности от страна на РИОКОЗ. Самостоятелно или в сътрудничество с НЦООЗ, правителствени и неправителствени структури са реализирани проекти/проучвания, разработени са информационни материали и проведени кампании насочени към определени рискови фактори на околната среда, както и други разнообразни активности за повишаване информираността на рискови групи от населението.

- ✓ ***Проекти с проучвателен характер:***

- атмосферно замърсяване (източниците на замърсяване и здравния риск свързан с вредните атмосферни емисии, влиянието на замърсяването на въздуха с прах, тежки метали и газообразни замърсители върху здравето на раними групи от населението (Кърджали);

- широко обхватна оценка на замърсяването на въздух, води, почви и храни вкл. с тежки метали (олово и кадмий) и експозицията на раними групи от населението на община Кърджали (Кърджали);

- проучване на състоянието на санитарните съоръжения в сградния фонд на детски заведения и оценка на хигиенните практики и познания на деца и родители по отношение на личната хигиена (НЦООЗ, РИОКОЗ - Благоевград, Плевен);

- национално проучване за влияние на UV-радиацията и профилактика на рака на кожата сред ученици на възраст 10-11 год., оценка на здравния риск и знания за използване на слънцезащитни средства срещу въздействието на UV-радиацията сред възрастното население (НЦООЗ, РИОКОЗ);

- замърсяване на въздуха в закрити помещения и адекватното поведение на обитателите (Велико Търново);

- проучване за ролята на пасивното тютюнопушене и свързания с него здравен риск при деца (Ловеч);

- проучване на фактори на работната среда - наднормено ниво на манган във въздуха в професионални гимназии (София);

- ✓ ***Проекти с информационен и образователен характер:***

- здравно-образователен проект за минералните води на Благоевградска област;

- осигуряване на безопасността при превозване с автомобили на малки деца и деца 6-12 години (Монтана, Благоевград);

- проект “Чиста околна среда – здрави деца” за повишаване информираността и формиране на нагласи и умения чрез прилагане на ефективни образователни програми за въздействието и вредата на различните фактори на околната среда (РИОКОЗ Бургас);

- проекти за популяризиране и използването на велосипеди (Ловеч, В. Търново, Бургас, Благоевград);

- ✓ ***Кампании в разнообразен формат с цел повишаване информираността на населението :***

- замърсяване на въздуха и влияние на замърсителите върху компонентите на околната среда (София-област, Пловдив, Кюстендил);

- отбелязване на международни дни и национални празници с цел популяризиране и разпространение на информация по проблемите на околната среда: 22 март- Световен ден на водата (РИОКОЗ Русе, Шумен и Ямбол, НЦООЗ), 22 април – Ден на Земята (Разград, Смолян, Търговище, София област), 7 април – Световен ден на здравето

(Пазарджик), 17 май – Ден на българския спорт (Разград), 23 май - Национален ден на природните паркове, 5 юни – Световен ден на околната среда (Велико Търново, НЦООЗ), 16 септември – Международен ден за защита на озоновия слой (Шумен), 25 септември - Европейски ден без автомобили (Шумен);

○ други насочено организирани мероприятия (Ямбол, Разград).

✓ **Разработване и разпространение на здравно-информационни материали:**

○ замърсяване от транспорта, потенциален риск за здравето на експонираното население и популяризиране на алтернативен транспорт (Шумен, Велико Търново, Ловеч, Бургас);

○ климатични промени, изтъняване на озоновия слой и последици за биологичните видове (Шумен);

○ качество на питейната вода, замърсяване на питейната вода с нитрати (Монтана, Ловеч, Благоевград, Сливен, Пазарджик, Търговище);

○ за факторите шум и отпадъци (Монтана, Ловеч Пазарджик).

✓ **Ползване на местни печатни и електронни медии, участие в научно-практически конференции, подпомагане с участие на програми за здравно-екологично образование в училищата, лекции в обучителни семинари и др. (РиОКОЗ Сливен, Шумен, Търговище, Велико Търново, София област, Пловдив, Русе, Благоевград, Плевен, Габрово).**

В изпълнение на Националната програма за действие по околна среда-здраве дирекциите „Опазване на общественото здраве” при РиОКОЗ работят в сътрудничество с областната администрация, общините, регионалните структури на други министерства.

• **Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ) - демонстрационни зони**

Програма СИНДИ за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (ХНБ) е създадена от Регионалния офис на СЗО за Европа, като в нея участват 32 страни от Европа и Канада. В България програмата се координира от Националния център по опазване на общественото здраве.

Основните насоки на дейностите по програмата в зоните през 2009 са: проучвания и анализи, свързани с факторите на риска за здравето и хроничните неинфекциозни болести сред населението; изграждане на капацитет за работа у медицинските специалисти и партньорите по програмата; здравно образование на населението; дейности за здраве, съвместно със здравната мрежа; участие на общностите и институциите в дейностите по програмата; разработка на ръководни принципи и ръководства за добра практика на професионалистите и партньорите, и материали за населението.

През 2009 г. са осъществени редица анкетни проучвания за носителство на фактори на риска за здравето сред различни групи от населението: анализиран е обхвата и качеството на лечение на хипертониците; проучено е разпространението на тютюнопушенето сред педагози; изследвано е нивото на информираност за риска от тютюнопушене и поведение на бременни жени; нагласите сред населението към влизащата в сила пълна забрана на тютюнопушенето в обекти с обществено предназначение; събрани са мнения и са дадени препоръки относно осигуряването на здравословно меню в работническите столове и др.

Реализирани са редица съвместни дейности със структури на здравната мрежа (МБАЛ, МЦ, ДКЦ, ОПЛ, СМП, МУ, БЧК, диспансери и др.) за профилактика и лечение на сърдечносъдовите и психични заболявания, хроничната обструктивна белодробна болест, диабета, онкологичните заболявания, популяризирането на здравословното хранене и др. Проведени са безплатни прегледи за рак на гърдата, измервания на артериалното налягане, теглото и ръста, кръвната захар, костната плътност и др., както и обучение на високо рискови групи от населението – лица прекарвали инфаркт на миокарда и мозъчен инсулт, хипертоници, диабетици и др.

Изграждането на капацитет за работа у медицинските специалисти и партньорите е една от основните насоки в дейностите по програмата, но недостатъчните средства не позволяват обучението да бъде ритмично и с достатъчна продължителност. Въпреки трудностите, през годината са проведени 43 семинара, 9 курса, 932 индивидуални обучения и консултации за разпространението на хроничните болести; факторите на риска за тях; развиването на умения за прилагане на добра профилактична и терапевтична практика и др. В рамките на програмата са проведени 156 семинари и курсове и над 400 индивидуални консултации и обучения за партньори на СИНДИ.

Здравно-образователната дейност сред населението в зоните е насочена към: промоция на здравето; намаляване нивото на поведенческите, биологичните и социалните фактори на риска, факторите в околната среда, профилактиката на ХНБ. В здравно-образователните дейности, включително и в организирани медийни изяви участват ОПЛ, кардиолози, ендокринолози, онколози, акушер-гинеколози, пулмолози, ревматолози, невролози, психиатри и др. Броят на здравно-образователните мероприятия в зоните е значителен: реализирани са 624 ТВ предавания, 1 ТВ „училище“, 724 радиопредавания; излъчени са 43 аудио и 45 видеоклипове; 185 видеопокази и видеолектории; публикувани са 553 материала в местни и централни ежедневници; организирани са 55 пресконференции с журналисти; изнесени са 928 лекции и 305 беседи; проведени са 161 семинари и 160 дискусии; 14 тренинги; 2 067 индивидуални и 130 групови обучения и консултации, включително и групи за самопомощ. Тиражирани и разпространени са над 30 здравнообразователни материала, разнообразни по съдържание, касаещи различни възрастови групи. Проведени са 62 кампании, посветени на контрола на ХНБ и факторите на риска за тях, свързани с начина на живот на населението. Отбелязани са 50 тематични и международни дни и празници: за борба с раковите заболявания, тютюнопушенето, остеопорозата, туберкулозата, диабета, астмата, наркоманиите; бронхиалната астма; на здравето; на сърцето; двигателната активност, дни на хората от третата възраст, на инвалидите и др.

Продължава работата в кабинетите за спиране на тютюнопушенето, като броят на консултираните лица нараства. Оказана е консултативна помощ за отказване от тютюнопушене; извършени са функционални изследвания на дишането (спирометрия); измервания на кръвното налягане; раздадени са здравнообразователни материали за ползата от спиране на цигарите и вредата от тютюнопушене, справяне с абстинентните симптоми и стреса, здравословно хранене, полза от движението и др.

Продължава работата в разкритите в някои зони кабинети за измерване на артериално налягане, тегло и ръст. Активно работи кабинет за профилактика на зависимостите и борбата със стреса в Стара Загора. Успешно развиват своята дейност Центъра за профилактика на социално значими заболявания и Дом на здравето в Кърджали, както и Клуба на хора със здравословни проблеми във В. Търново, продължава работата и в групите по взаимопомощ на преболедувалите от ИМ, МСБ и други ХБ в Ловеч, Видин и др.

Участието на отделни общности и групи население в мероприятията по СИНДИ продължава да е активно. Всичко това е постигнато благодарение на усилията на

екипите на СИНДИ в РИОКОЗ и тяхното взаимодействие и сътрудничество с партньорите на СИНДИ: Община и Общински съвет; МБАЛ, РЦЗ, РЗОК, МЦ, ДКЦ, диспансери, СМИ, НПО, БЛС, РИ по образование, детски и учебни заведения, дружества, съюзи, клубове, младежки домове, фармацевтични фирми, полиция, търговци, производители и др. Особено полезна е работата на Обществените коалиции за здраве, които изпълняват важна роля в дейностите по програмата, касаещи общността като цяло и отделни проблеми.

Като част от програма СИНДИ се изпълняват дейности по нейната детска компонента „Здрави деца в здрави семейства”, която е насочена към детското население. През 2009 г. във Велико Търново е проведено обучение на медицински и немедицински специалисти за дейности по промоция на здраве и профилактика на болестите сред деца и ученици. В резултат на проведените обучения са осъществени 597 обучения (беседи, тренинги, видеолектории, изложби) с общ обхват 30 448 деца и ученици. Педагозите и педагогическите съветници са реализирали 979 разнообразни здравно-образователни дейности (дискусии, лекции, дебати, състезания, викторини, изложби, конкурси и кампании), с които са обхванати общо 42 554 ученици от 13 училища във Велико Търново. Експерти от дирекция „Опазване на общественото здраве” на РИОКОЗ Велико Търново съвместно с ученици от 3 клуба (учредени в инспекцията и обучени по програмата „Връстници обучават връстници”), са организирали общо 64 обучения по рисковите за здравето фактори, в които са обхванати 1 663 деца и ученици. Разпространени са 51 заглавия в тираж 10 444 броя здравно-образователни материали в детски и учебни заведения, домове за деца лишени от родителски грижи, помощни училища, Общински кризисен център, Защитени жилища, SOS младежки дом и др. Проведени са 11 масови мероприятия с 1427 участника и са реализирани 78 телевизионни и 65 радиопредавания. Проведена е кампания „Движи се и победи 2009” за повишаване на двигателната активност на населението като са организирани спортно-туристически празници, в които са взели участие 826 деца и ученици от 18 училища на Велико Търново, Горна Оряховица и Лясковец.

През 2009 г. в Ловеч започва изпълнението на „Здрави деца в здрави семейства” в 7 училища. Проведени са групови и индивидуални обучения на ученици по основните рискови фактори и тяхната профилактика. Обучените ученици ще бъдат посредници между своите връстници и медицинските специалисти. През февруари 2009 г. е проведена Информационно-образователна кампания „Месец февруари – месец на трезвеността”, под мотото „Весели и здрави без алкохол”, с цел придобиване на знания за негативния ефект на алкохола върху човешкия организъм и формиране на нагласи за загриженост към социалните проблеми, свързани с употребата на алкохол и изграждане на мотивация за здравословно поведение.

През 2009 г. бяха обработени и анализирани данните от проведеното през 2008 г. изследване за носителството на фактори на риска за здравето сред ученици на 14-18 г. и нивото на техните знания, умения и нагласи за здравословен начин на живот в градовете Добрич, Ловеч, Русе, Габрово и В. Търново. На базата на анализа бяха разработени интервенционни програми, които са одобрени и приети от Общинските съвети. Предстои реализацията на дейностите, заложили в приетите програми за намаляване факторите на риска за здравето на учениците.

През 2009 г. програмата не получи финансиране от Министерство на здравеопазването, което я постави в изключително трудно положение. Основната част от посочените по-горе дейности са проведени с ресурси от общините и други спонсори, но те се оказаха недостатъчни за интервенционна програма от типа на СИНДИ. Големият брой интервенции са реализирани, главно благодарение на огромните усилия на екипите от РИОКОЗ, които съумяха да мобилизират многобройни партньори, а също и

благодарение на помощта на общините. Въпреки това значителен брой от планираните мероприятия не бяха реализирани, което се отразява на степента на изпълнение на програмните цели. През 2010 г. Програма СИНДИ също не получава финансиране от Министерството на здравеопазването. Това е единствената програма, която за втора поредна година не е финансирана, което поставя под въпрос нейното съществуване. Интегрираната профилактиката на хроничните неинфекциозни болести трябва да е приоритет и ако се стигне до прекратяване на дейността на СИНДИ, след това нейното възстановяване ще изисква многократно повече усилия и финансови средства.

- **Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2007-2010 г.**

През 2009 г. бяха извършени много и с продължителен отзвук дейности с цел предотвратяване болестите, свързани с тютюнопушенето и осигуряване по-високо качество живот на българските граждани.

Реален успех през 2009 г. бе промяната на чл. 56 от Закона за здравето, с която бе регламентирана пълната забрана за тютюнопушенето на закрити обществени и работни места и в обществения транспорт, която следваше да влезе в сила от 1 юни 2010 г., но впоследствие с промяна в текста на Закона за здравето беше отменена. За въвеждането на забраната са мобилизирани усилията на неправителствени организации, бяха изготвени, отпечатани и разпространени диглаши, листовки, стикери, иницира се и подписване на петиция. В края на 2009 г. беше проведена кръгла маса на тема: „Въвеждането на пълната забрана на тютюнопушенето – подготвяме ли се?“, в която участваха представители на министерства, агенции, синдикати, работодатели, развлекателния бизнес, средни и висши училища и т.н.

През 2009 г. бе натрупан богат опит с функционирането на Националната линия за отказ от тютюнопушене 0 700 10 323, чрез която на цената на един градски разговор, всеки български гражданин има възможност да се консултира. През годината на телефона са позвънили 1059 граждани – 48,5% мъже и 51,5% жени. От всички обадили се, 51% са правили безуспешни опити да откажат цигарите преди това, като по-голямата част от тях – близо 81%, посочват социално-психични причини за неуспеха си. Чрез взаимодействието на консултантите от националната линия и кабинетите за отказ от тютюнопушене към РИОКОЗ гражданите от различните градове са насочвани към консултативните кабинети за отказ от тютюнопушене към регионалните ни инспекции.

Благодарение на членството на националната линия за отказ от тютюнопушене в Европейската мрежа на линиите за отказ от тютюнопушене бе осъществено обучение на всички консултанти от РИОКОЗ чрез практическите курсове „Подпомагане на пушачите да откажат тютюнопушенето“ (ниво 2) и „Мотивационно интервюиране на пушачи“. Общо в кабинетите на всички РИОКОЗ са консултирани 1844 лица, от които от тютюнопушене са се отказали 234. С най-голям успех в привличането на граждани за консултиране са РИОКОЗ Велико Търново, Благоевград и Добрич, а най-голям успех с брой отказали се от тютюнопушенето граждани са РИОКОЗ Благоевград, Добрич и Столична РИОКОЗ.

Интернет страницата на програмата www.aznepusha.bg също натрупа опит, като са получени многократно положителни отзиви за нея. Страницата има 26 398 посещения през годината, от които 24 242 от различни потребители през денонощието, а броят презареждания за прочит или гледане на различни печатни, аудио и видеоматериали, са 144 767 на брой. Тези данни разкриват високо равнище на интерес към нея. От страницата всички РИОКОЗ могат да свалят продуцираните от министерството на здравеопазването късометражните филми „Денят на Яна“, „Невидимият“ и „Пушенето забранено“, тиражирани на дискове и за ползване от РИОКОЗ, видеоклипове от

Националният ученически конкурс „Проектът на нашия клас – за живот без тютюн 2”, аудиоклипове и интернет банери за ограничаване на активното и пасивното тютюнопушене.

Успешно бе проведен българският конкурс за „Европейски бивш пушач на 2009 г.”. В конкурса участваха 60 граждани от цялата страна, като 59 от тях, т.е. 98 %, са се отказали само чрез силата на волята си.

С успех през 2009 г. приключи Националният ученически конкурс „Проектът на нашия клас – за живот без тютюн 1”. През 2009 г. стартира поредният конкурс – „Проектът на нашия клас - за живот без тютюн 2”, този път в две фази. Първата фаза завърши с показването на пресконференция на МЗ на наградените 9 изработени видеоклипове за ограничаване на тютюнопушенето, публикувани и на интернет страницата на Националната програма.

Бяха проведени два обучителни курса за общо 56 общопрактикуващи лекари за ефективно мотивиране и консултиране на пушачи пациенти. Намерението на МЗ е те да работят съвместно с консултантите от РИОКОЗ и с времето тази мрежа да се разраства.

Традиционно стана включването на МЗ в „Алея на здравето”, провеждана в Националния дворец на културата – Петнадесетото и Шестнадесетото международни специализирани изложения-базар-търговско договаряне на стоки и услуги, свързани със здравето на хората на тема “Комплексен подход към здравето на човека под наслов “Хармония и здраве от природата”. И през 2009 г. МЗ, Столична РИОКОЗ и РИОКОЗ Софийска област участваха на безвъзмездно предоставен щанд с дейности, популяризиращи вредите от тютюнопушенето, както и с безплатно измерване на СО в издишания въздух от желаещи граждани, посетители на Алея на здравето.

Беше осъществен Национален конкурс за неправителствени организации за разработване на проекти, насочени към предстоящото въвеждане на пълна забрана на тютюнопушенето на закритите обществени места и в закритите работни помещения. Успешно бе сътрудничеството на МЗ с „Дома на хумора и сатирата”. МЗ връчи две специални награди в Националната среща – наддумване „Благолаж” за „Най-млад участник” и „Най-атрактивно участие по темата”. Резултат от сътрудничеството на МЗ с Дома на хумора и сатирата – Габрово е книгата в помощ на дейността на РИОКОЗ по ограничаване на тютюнопушенето – „Благолаж”.

През 2009 г. се проведе натрупалият традиции в тринадесет поредни години Международен конкурс за детска рисунка сред деца и ученици от 5 до 11 г. „Не на цигарите”, популярен в Италия, България, Македония и Румъния, провеждан в сътрудничество на Италианската национална асоциация за борба с раковите заболявания, Националният център по опазване на общественото здраве и МЗ. През 2009 г. в конкурса имаше 1770 участника с общо 1800 рисунки, на които бяха раздадени общо 13 награди.

Много и разнообразни дейности бяха осъществени от РИОКОЗ по повод 31 май - **Световният ден без тютюнопушене**, който през 2009 г. бе под мотото „Смисълът на илюстрираните здравни предупреждения, отправени от опаковките на тютюневите изделия” и 19 ноември - **Международният ден без тютюнопушене, който бе отбелязан с кампании, посветени на вредата от тютюнопушене по време на бременност**.

Липсата на Национална програма за ограничаване на злоупотребата с алкохол е една от причините да не е извършена мащабна и задълбочена дейност по ограничаване на злоупотребата с алкохол сред гражданите, но въпреки това РИОКОЗ са провели беседи в училищата, изложби, конкурси месец на трезвеността интерактивни обучения

През 2009 г. МЗ подкрепи дейността на неправителствената организация „Отворена младеж” в кампанията „Европейска нощ без инцидент”, свързана с ограничаване на

алкохолната злоупотреба от млади хора, в която активно се включиха РИОКОЗ Враца и РИОКОЗ Видин.

- **Национален план за действие “Храни и хранене” 2005-2010 г.**

През 2009 г. са преиздадени Препоръки за здравословно хранене при деца от 7 до 19 години и Постер „Пирамида за здравословно хранене и физическа активност при деца от 7 до 19 г.” В процес на подготовка е “Сборник рецепти с наръчник за хранене на деца от 6 месечна до 3 годишна възраст”. РИОКОЗ разпространиха Националните препоръки за здравословно хранене на населението над 18 години чрез провеждане на кампании, седмици на здравословно хранене.

За шести път се проведе „Световната седмица на кърменето” в партньорство между Националния комитет по кърмене към Министерството на здравеопазването, Координационния съвет на Националния план за действие “Храни и хранене”, Националния център по опазване на общественото здраве, Ла Лече Лига България, Център за бременни жени – Пловдив, Център Съвременни родители - София и най-големия в България портал за родители www.bg-mamma.com. Темата на Световната седмица на кърменето бе “Кърменето в извънредни ситуации. Готови ли сме?” При откриване на Световната седмица на кърменето беше организирана национална пресконференция, в която участваха представители на всички организатори и кърмещи майки, бяха дадени повече от 20 интервюта за различни медии. Специални предавания, посветени на подкрепата на кърменето, бяха излъчени от националните и регионални кабелни телевизии. „Болниците – приятели на бебето” проведеха Ден на отворените врати. Във Велико Търново имаше училище на открито „Щастливите майки кърмят децата си”. В Пазарджик са разисквани темите: „Кърмене в условия на финансова криза”, „Кърменето – митове и истини”, „Как да кърмим успешно?”.

За четвърта поредна година бе проведена Национална седмица за борба със затлъстяването с акцент върху прилагане на Наредба №37/2009 за здравословно хранене на учениците и ангажиране вниманието на деца, родители, учители, институции, неправителствени организации върху ролята на училището за изграждане на здравословен модел на хранене и физическа активност. Седмичната традиционно беше открита с Дискусионен форум „Ролята на училището за създаване на здравословен модел на хранене и физическа активност при ученици 7-19 години - 2”, посветен и през 2009 г. на проблемите в храненето на учениците, проведен беше и „Плувен празник” в басейн "Спартак". Разработен и излъчван целогодишно по националните телевизии беше телевизионен клип с послания за здравословно хранене и физическа активност. Реализирани бяха телевизионни предавания по Българската национална телевизия в специализираното предаване „Здраве” и с участието на ученици по БТВ в предаването “Кухнята на Звездв”. В столичното 73 СОУ „Владислав Граматик” беше представена една от инициативите на учениците за здравословно хранене и обучение чрез свободни беседи и организиране на „Плодово междучасие”. За четвърта поредна година в рамките на Националната седмица за борба със затлъстяването всички РИОКОЗ организираха по места различни мероприятия.

РИОКОЗ са провели обучения по въпросите на храненето с медицински специалисти от здравните кабинети на детските и учебни заведения, обучения на родители и на хора от третата възраст.

През 2009 г. РИОКОЗ са реализирали редица проучвания за оценка на храненето при различни популационни групи от населението - детски и ученически колективи и възрастни.

Поддържа се и се актуализира информацията на интернет страницата на Националния план за действие “Храни и хранене” - <http://fnap.government.bg/>

Другите планирани дейности по Националния план за действие “Храни и хранене” не са реализирани поради липса на финансиране.

- **Профилактика на йоддефицитните заболявания по ПМС № 96 от 1994г.**

В изпълнение на поставените задачи на **национално ниво** бе изготвен на доклада с резултатите от проведеното национално репрезентативно проучване изготвени са таблиците с първичните данни от лабораторните резултати на проучването и предоставянето им на РИОКОЗ и е изготвен анализа на данните на РИОКОЗ от изследването на солта.

На регионално ниво извършените дейности от РИОКОЗ са свързани с провеждане на системен мониторинг на солта за хранителни цели и реализиране на здравно-информационни и здравно-образователни мероприятия сред населението и целеви групи от него.

Анализът на обобщените данни от лабораторните анализи на солта за хранителни цели на РИОКОЗ показва, че през 2009 г. са изследвани общо 3 062 проби сол, от които 2276 (75.9%) са взети от търговската мрежа, а останалите 786 (24.1%) са взети от обекти за производство на храни. Общият брой проби със стандартно съдържание на йод (28 – 55 мг/кг калиев йодат) е 2 683 (82.2%), от които 1976 проби са от търговската мрежа и 707 от производството на храни. Общият брой на пробите с отклонение от стандарта е 379 (11.6%).

И през 2009 г. продължава тенденцията на задържане на нивото на стандартната сол в порядъка на 86-88%, отбелязана през последните три-четири години, както и на различие в стандартността на солта за хранителни цели в търговската мрежа и производството на храни. За разлика от 2008 и предходните години нивото на стандартност на солта, използвана в обектите за производство на храни, е по-високо от това на солта от търговската мрежа.

През 2009 г. беше изготвен окончателния вариант на доклада с резултатите от проучването, проведено през 2008 г., който дава основание за следните основни заключения:

1. Приложената стратегия за ликвидиране на йоддефицитните заболявания чрез универсално йодиране на солта за хранителни цели, е ефективна и ендемията от йоддефицитни заболявания на територията на цялата страна е ликвидирана.
2. За устойчиво поддържане на постигнатия успех е необходимо да продължи ефективния мониторинг на солта за хранителни цели от системата на държавния здравен контрол.

За резултатите от проучването беше информиран и Европейския комитет за контрол на йоддефицитните заболявания.

През 2009 г. е извършена значителна по обем здравно-информационна и здравно-образователна дейност, особено в областите, които са били с ендемично разпространение на йодния дефицит. Усилията са били насочени към населението като цяло, рисковите групи и професионални групи от него.

По данни на РИОКОЗ през 2009 г. са осъществени 16 курсове и семинари, 113 лекции и беседи, 55 видеопокази, 3 масови прояви, 21 TV и 40 радио предавания, публикувани са 24 материала в пресата и 17 в интернет, раздадени са над 25 000 информационни материали. Прави впечатление, че в сравнение с 2008 г. се увеличава използването на телевизията, радиото и интернет, като средства за разпространение на посланията, свързани с профилактиката на йоддефицитните заболявания и използването на йодираната сол.

- **Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България 2006-2010 г.**

През 2009 г. основните дейности бяха насочени към повишаване здравната информация на различните възрастови групи от населението чрез провеждане на анкети и скринингови изследвания на костна плътност предимно на жени от 40 до 60 годишна възраст. С медийни изяви и измервания на костната плътност всички РИОКОЗ отбелязаха Световния ден за борба с остеопорозата – 20 октомври, който мина под мотото “Останете високи, говорете открито за здравето на вашите кости!”. Проведени са 32 семинара, 244 лекции и беседи, 94 видеопоказа, 10 проучвания, 43 масови прояви и 546 медийни изяви.

През изминалата година със съдействието на Асоциация „Жени без остеопороза” успешно продължават кампаниите за измерване на костната плътност. През 2009 година през скринингови изследвания са преминали 1 970 души. Целогодишно е разпространяван Едноминутния тест за оценка на личния риск от остеопороза. Специално внимание е отделено на здравословния начин на живот като средство за профилактика на това заболяване, а жените, получили обезпокоителни резултати от теста, са насочени за лечение. В резултат на доброто сътрудничество между Асоциация „Жени без остеопороза” и структурите на РИОКОЗ бе организирано Осмо национално изложение на стоки и услуги, насочени към профилактика и лечение на остеопорозата в 10 града – Благоевград, Бургас, Варна, Велико Търново, Пазарджик, Перник, Пловдив, Кюстендил, Разград, София.

През 2009 година РИОКОЗ осъществи целогодишна информационно-образователна дейност. Проведените семинари, беседи и лекции, както и излъчените видеоматериали, придружени с дискусии повишиха информираността на населението относно това социално-значимо заболяване.

През 2009 година продължи и вторият етап от епидемиологичното проучване за разпространението на остеопорозата в Р. България, в резултат на което бяха прегледани 1442 жени от 10 центъра по остеопороза. Създаден бе и първият пилотен регистър по остеопороза при жени над 60 годишна възраст. Проведен бе и един семинар за общопрактикуващите лекари, имащ за цел повишаване на квалификацията им при определяне на рисковите пациенти. Започналият да функционира сайт на програмата – www.osteoporozabg.com, даде възможност на всеки, който се интересува от проблемите на това заболяване да зададе въпрос и да получи компетентен отговор от специалист. През 2009 г. продължи изграждането на Националната мрежа от перманентно действащи пациентски групи за промоция на здраве, превенция и профилактика на остеопорозата, като до момента има изградени такива в 29 града.

Бе разработено методическо указание за контрол на качеството на апаратите за диагностика и скрининг на остеопороза, което беше утвърдено от МЗ през 2009 г., отпечатано и изпратено за разпространение в мрежата от диагностични центрове, включени в националната програма. Проведени бяха измервания за контрол на качеството на апаратите DXA в централните центрове за остеопороза.

- **Дейности по промоция на психичното здраве и превенция на самоубийствата в Република България**

Независимо от това, че проектът на новата Национална програма за профилактика на самоубийствата все още не е приет, РИОКОЗ продължават провеждането на здравно-информационна и здравно-образователна дейност по профилактика на психичното здраве и превенция на самоубийствата. Акцентът в дейността е съобразен с един от основните проблеми в днешното общество, свързан с психичното здраве - засилващата се агресия сред децата и учениците.

И през 2009 г. по-важните дейности, извършени от РИОКОЗ за реализиране на поставените цели и задачите в областта на превенция на психичните отклонения и заболявания са свързани с провеждане или участие в съвместни работни срещи с представители на общините, училищните ръководства, педагогически съветници, неправителствени организации за обсъждане на проблемите, свързани с увеличената агресия в училищата и предприемане на мерки. Организиране и провеждане на обучителни мероприятия, адресирани главно към професионалните групи, работещи с деца и ученици, самите деца и ученици, както и изготвяне и разпространение на информационни и обучителни материали – „Практически наръчник за справяне с насилието и агресията в основните училища за педагогически съветници” (РИОКОЗ Благоевград), „Укрепване на психичното здраве и подобряване на уменията за предотвратяване на суицидното поведение” (РИОКОЗ Враца), листовка „Профилактика на самоубийствата” (РИОКОЗ Кърджали), методични материали „Насилие” и „Психично здраве” за медицински специалисти в училищата (РИОКОЗ Перник). Провеждани са индивидуални и групови консултации, свързани с профилактика на стреса (РИОКОЗ Видин), консултации и методична помощ на педогози и мед. специалисти (РИОКОЗ Софийска област). Световният ден за профилактика на самоубийствата е отбелязан от РИОКОЗ Благоевград, Варна, Враца, Ловеч, Перник, Софийска област).

РИОКОЗ Ямбол продължава с традицията да прилага оригинални методи и идеи за достигане на населението при реализиране на мероприятия, свързани с психичното здраве. През 2009 г. са проведени хепънинги под надслов „Поддай ръка бъди съпричастен” за подпомагане на трагично загиналите ямболски жители, „Да докажем, че можем” и „Ние сме срещу наркотиците” за борба с дрогата и стреса. По време на хепънингите са изнасяни концерти от рок групи, балетни и танцови състави, младежки и фолклорни състави на ученици, спортни мероприятия.

- **Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства**

Основните дейности по Стратегията са свързани с реализацията на профилактичните прегледи на лица в неравностойно положение, принадлежащи към ромска общност и такива в отдалечени населени места, като се ползват 23 мобилни кабинета, получени от МЗ по Програма ФАР. Прегледите бяха организирани от районните центрове по здравеопазване в Благоевград, Видин, Монтана, Пазарджик, Плевен, Пловдив, Разград, Сливен и Ямбол. Месечно с кабинетите за обща медицинска практика са извършвани по 1600 прегледа, по 990 прегледа с три гинекологични и три педиатрични кабинета, по 600 флуорографски прегледа и по 900 изследвания с трите ехографа и мобилните лаборатории.

През 2009 г. в изпълнение на Проект BG 2005/017-353.01.03 – Подобряване на състоянието и интеграцията на малцинствени групи в неравностойно положение със специален фокус върху ромите в областите, в които бяха провеждани профилактичните прегледи РИОКОЗ проведе здравно-образователни дейности сред ромските общности. Най-многобройни бяха беседите, посветени на сърдечно-съдовите заболявания, мозъчните инсулти, сърдечни инфаркти и диабет – 59. Най-посещавани бяха беседите и лекциите за превенция на онкологичните заболявания, с фокус върху рака на шийката на матката и рака на гърдата – 52 лекции и беседи са посетени от 1375 души. На второ място по посещаемост са лекциите и беседите за профилактика на сърдечно-съдовите заболявания – 1307 и на трето, тези за превенция на хепатит – 1238. На последно място по посещаемост бяха лекциите за превенция на туберкулозата – на 27 лекции присъстваха 770 души.

Освен това през 2009 година са проведени над 300 беседи и разговори с младите майки за значението на имунизациите и мотивирането им за редовното им прилагане, съгласно Националния имунизационен календар, като са излъчени 34 видео и аудио клипове за значението на имунизациите. Реализирани са 38 разяснителни кампании за необходимостта от ваксиниране със задължителните имунизации по Националния имунизационен календар. Този проблем бе приоритет за РИОКОЗ Кюстендил, Варна, София област, Силистра, Търговище.

Проведени са беседи, разговори, прожекция на филми с ученици от 5-8 клас и младежи, отпаднали от училище за спецификата на пубертетния период и полово предаваните болести – 307 беседи и разговори и 5 видеопокази.

Реализирани са 41 разяснителни кампании за значението на профилактичните прегледи. Проведени са и 68 кампании за запознаване с начините за предпазване от най-разпространените инфекциозни и незаразни заболявания. През 2009 г. са изнасени 662 беседи и 222 видеопокази от здравни специалисти и медиатори за вредата от най-разпространените рискови фактори – тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотични вещества, хипертония и за предимствата на здравословния начин на живот. През 2009 година са потърсени и нестандартни методи за комуникация с ромите по здравните проблеми. Изиграна бе футболна среща в ромски квартал, след която бе изнесена лекция за СПИН. След проведена викторина, конкурс за красота, спортен празник и след откриване на футболно игрище и среща с ромски професор, са разисквани проблеми свързани с пубертета и половото съзряване, с ранната бременност и родствениите бракове, както и вредата от тютюнопушенето и алкохола (РИОКОЗ Ямбол). Направени са 38 индивидуални консултации на деца от ДДЛРГ. Разпространени са презервативи, осъществено е безплатно и анонимно изследване и консултиране за СПИН. Разпространени са 1340 броя здравно-образователни материали по проблемите на туберкулозата и здравословното хранене, раздадени са имунизационни календари.

През изминалата година бяха използвани различни празници, за да бъдат провеждани здравно-информационни събития сред ромската общност. По повод на 24 март - Световния ден за борба с туберкулозата са проведени турнири в някои училища (Сливен), където преобладават ученици от ромски произход. Международният ден на ромите - 8 април, бе повод представители на РИОКОЗ да вземат участие в празника и да агитират ромите да се изследват безплатно за СПИН. В някои градове (Разград) е потърсен начин да се мотивират лица, които не са имунизирани за морбили, да си направят необходимата за това ваксина.

• Дейности за намаляване търсенето на наркотици

Политиката по намаляване на търсенето на наркотици включва дейности в следните основни области: превенция на употребата на наркотици, ранни интервенции, лечение и психо-социална рехабилитация, намаляване на здравните и социални вреди от употребата на наркотици.

1. Превенция на употребата на наркотични вещества

През 2009 г. в страната има изградени 26 Областни съвети по наркотични вещества и Превантивно – информационни центрове към тях, в които се работи в следните направления:

- Издаване и разпространение на информационни материали;
- Медийни и други (тематични) кампании;
- Програми от типа ”Предлагане на алтернативи през свободното време на подрастващите” - “Спортът и творчеството срещу дрогата”;
- Обучение на специалисти;
- Обучение на ученици, родители и учители;

- Изследвания/ Проучвания;
- Координация и между институционално сътрудничество на местно ниво.

В училищни програми за превенция на употребата и злоупотребата с наркотични вещества, основани на подхода „умения за живот“, са обхванати 66 295 ученици и на подхода „обучение на връстници“ - 28 110 ученици. В различни кампании, насочени към повишаване на информираността за проблемите, свързани с употребата на наркотични вещества, са обхванати 95 745 ученици. Обучени са 1 725 специалисти, осъществяващи превенция на употребата и на злоупотребата с наркотични вещества. Проведени са обучения на 700 педагогически съветници, работещи за прилагане на програми за превенция на насилието в училищата. През учебната година в 520 училища са реализирани различни инициативи, насочени към ограничаване на употребата на наркотични вещества.⁷⁴

В много градове се осъществяват проекти за превенция употребата на наркотици и от неправителствени организации. През 2009 година стартира първата информационна линия за наркотиците и интерактивен уебсайт, която се изпълнява от Асоциация за рехабилитация на зависими "Солидарност" в партньорство с Trimbos Institute – Холандия.

През 2009 г. Националният център по наркомании стартира изпълнението на двегодишен Проект № BG0011 „Слушайте детето - подобряване на превенцията и достъпа до услуги на деца и подрастващи, експериментирани и употребяващи наркотични вещества“, който се финансира със средства по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство (ФМ на ЕИП).

Основни дейности в рамките на проекта:

- Разкриване на безплатна национална телефонна линия за консултации и насочване по въпросите на зависимостта към наркотични вещества и алкохол.
- Провеждане на тренинги, които включват обучение в: техники за извършване на скрининг, ранни и кратки интервенции и насочване към лечение за специалисти в здравната, образователната и правоприлагащата система.
- Разкриване на Център за деца и подрастващи, които експериментират или употребяват психо-активни вещества и техните семейства към Превантивно - информационния център по проблемите на наркоманиите – София.
- Провеждане на хепънинги и медийна кампания

Заклучения:

- Основен проблем при осъществяване на дейностите и програмите по превенция на употребата на наркотици през 2009 г. е липсата на *достатъчно и устойчиво финансиране*.
- Превантивните мерки и дейности за рискови групи от населението не са достатъчно разработени.

Насоки за развитие:

- Провеждане на национална политика в областта на превенцията на местно ниво – съвместна работа с Общинските съвети по наркотични вещества и ПИЦ към тях за предотвратяване въвличането на нови хора в злоупотребата с наркотични вещества, както към цялото население на национално и общинско ниво, така и

⁷⁴ Доклад за изпълнение на Плана за действие на Националната стратегия за борба с наркотиците 2009г.

към конкретни групи от населението, считани за рискови по отношение използването на забранени наркотични вещества и стимуланти;

- Въвеждане на иновативни технологии в областта на превенцията – скрининг, ранни и кратки интервенции, дневен център за деца и подрастващи и други;
- Разширяване на възможностите за включване на децата и младите хора в привлекателни за тях форми за прекарване на свободното време;
- Разработване и прилагане на система за мониторинг и оценка на ефективността на превантивни програми и дейности.

2. Лечение и психосоциална рехабилитация на лица, зависими от наркотични вещества

Лечението на лицата, зависими от наркотични вещества, включва програми за медикаментозно подпомогнато лечение (детоксификация и лечение с медикаменти – Налтрексон, Метадон и Субститол) и програми за психосоциална рехабилитация от типа „Терапевтична общност“ и центрове за дневни грижи.

За подобряване достъпа на пациентите до здравни грижи са разкрити три центъра за консултации и насочване за лечение на зависими хора и техните близки. На страницата на Националния фокусен център за наркотици и наркомании се поддържа и актуализира карта на възможностите за лечение в България.

През 2009 г. НЦН направи проучване относно капацитета на психиатричните заведения в България за осъществяване на лечение на зависими пациенти. Беше изпратен въпросник до 41 лечебни заведения. По данните от 30 попълнени въпросника в страната има 7 обособени психиатрични отделения за лечение на зависими пациенти с капацитет 233 легла и отделно 121 легла към други психиатрични болници. На територията на гр. София се намира Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм с 40 легла.

2.1. Медицински подпомогнато лечение.

Медицински подпомогнатото лечение се извършва от лечебни заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения и включва:

2.1.1. Лечение на абстинентния синдром (детоксификация) - първа фаза на лечение, която се осигурява на пациентите в страната. Осъществява се вътреболнично (стационарно) или извънболнично (амбулаторно).

2.1.2. Лечение с агонисти и агонисти-антагонисти

През 2009 г. в страната функционират 31 субституиращи и поддържащи програми с общ капацитет 5 610 лечебни места, разположени на територията на 12 града. Броят на пациентите на лечение към края на 2009 г. е 3 104.

Независимо от създадената мрежа от програми за лечение с агонисти и агонист-антагонисти броят на местата в държавни и общински програми, които са безплатни за пациентите е около 3,5 пъти по-малък от броя на местата в програмите без държавно и/или общинско участие, услугите, в които са частично или напълно платени от пациентите.

2.2. Психосоциална рехабилитация.

Психосоциалната рехабилитация и ресоциализацията на хората, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества, е важна част в цялостния процес за тяхното биологично и психо-социално възстановяване.

Към настоящия момент психосоциална рехабилитация и ресоциализация на лица зависими към наркотични вещества се осъществява в 11 програми с капацитет 240 места, разположени на територията на 9 населени места.

Програмите са 3 типа:

- Програми за психосоциална рехабилитация тип “Център за психо-социална рехабилитация и интеграция” – общо 90 места
- Дневни рехабилитационни програми към Области диспансери по психични заболявания със стационар (ОДПЗС) – общо 100 места
- Дългосрочни програми тип “Терапевтична общност” – общо 50 места

Данните показват, че съществуващите програми за психосоциална рехабилитация с общ капацитет 240 места са крайно недостатъчни за покриване на нуждите от рехабилитация и ресоциализация на зависими лица на национално ниво.

Липсва устойчиво финансиране с държавни средства на дейностите в рехабилитационните програми. В повечето програми пациентите сами заплащат социалните услуги и психологически интервенции, което се явява бариера за техния достъп до лечение.

По предложение на Министерство на здравеопазването и Националния център по наркомании са направени законодателни промени в Закона за контрол на наркотичните вещества и прекурсорите, които имат за цел разработване на нормативна уредба относно психосоциалната рехабилитация на зависими пациенти в България.

Заклучения:

Лечебната система се развива в рамките на концепцията за интегративен подход за лечение на зависимости. Лечението на пациенти със зависимости е два основни вида: лечение без лекарства /drug free/ и медицински подпомогнато лечение. Основните характеристики на системата за лечение са следните:

- ✓ Функционира система за субституиращото лечение/лечение с агонисти агонисти-антагонисти/ - субституиращи поддържащи програми съществуват в 12 града в страната.
- ✓ Недостатъчно развита система на лечението без лекарства. Местата в програмите за лечение без лекарства не отговарят на нуждите на пациентите..
- ✓ Недостатъчно развитие на програми за консултация и лечение на подрастващи.
- ✓ Достъпът до лечение на лицата, зависими към наркотици е затруднен по териториални и финансови причини.
- ✓ Лечебната система е ориентирана основно към потребностите на пациенти със зависимост към опиати.
- ✓ Създадената система за лечение и психосоциална рехабилитация в страната осигурява високо качество на услугите.

Насоки за развитие:

- ✓ Осигуряване на устойчиво финансиране на държавни, общински лечебни заведения, лечебни заведения без държавно участие и неправителствени организации;
- ✓ Развиване на мрежата от лечебни заведения и подобряване на функционирането на лечебните заведения, извършващи медикаментозно–асистирано лечение и на мрежата от програми за психосоциална рехабилитация тип „drug free
- ✓ Осигуряване качеството на услугите в програмите за лечение и психосоциална рехабилитация;
- ✓ Оптимизиране на системата за информация и насочване на пациенти и техните близки към програми за лечение и психосоциална рехабилитация;

Намаляване на вредата от употребата на наркотични вещества.

Дейностите в тази област се финансират основно от Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и Министерство на здравеопазването.

Насоки за развитие:

- ✓ Развитие на програми и услуги за намаляване на рисковото поведение и осигуряване на подкрепа на групи в особено тежко социално и/или здравословно състояние;
- ✓ Развитие на програми и услуги за намаляване на свързаните с употребата на наркотици инциденти и смъртност.

• **Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България 2008 – 2015 г.**

Националните програми за превенция и контрол на ХИВ, туберкулоза и сексуално предавани инфекции се базират на интегриран подход към контрол на заболяванията, който включва превенция, диагностика, лечение, грижи и подкрепа за всички, които се нуждаят. Те приоритизират дейностите за превенция и контрол на заболяванията сред най-уязвимите и най-засегнатите групи от населението.

Основната цел на **Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции (2008-2015)** е недопускане на епидемия от ХИВ/СПИН. За изпълнението на тези цели, дейностите и задачите на програмата са структурирани около няколко стратегически направления:

- осигуряване на безопасността на всяка единица дарена кръв по отношение на трансмисивни инфекции, в това число ХИВ, хепатит В и С и сифилис;
- разширяване на покритието на групите в най-висок риск с научно обосновани интервенции за превенция на ХИВ и сексуално предавани инфекции с цел да се намалят новите случаи на инфектиране или предаване на инфекциите;
- увеличаване на покритието на групите в най-висок риск с доброволно консултиране и изследване за ХИВ с цел да се увеличи броя и дела на инфектираните лица, които знаят своя статус;
- осигуряване на достъп до лечение на всички лица с ХИВ инфекция, които се нуждаят с цел да се намали риска от предаване на инфекцията;
- осигуряване на достъп до грижи и подкрепа за лицата инфектирани с ХИВ и лицата от групите в най-висок риск с цел осигуряване на достъп до здравни и социални услуги, придържане към безопасни поведения и подобряване на качеството на живот.

Основната цел на **Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България (2007-2011)** е да се намали бремето на туберкулозата в България. Основните стратегии за постигане на целта са:

- функционираща йерархична мрежа от лаборатории, извършващи микробиологични изследвания за туберкулоза с гарантирано качество за всички пациенти с туберкулоза;
- улесняване на достъпа до лечебните заведения за диагностика и лечение на туберкулозата на пациентите със затруднен достъп, с фокус върху групите в най-висок риск;
- проследяването на пациентите по време на продължителната фаза на лечение извън стационара;
- активно издирване и изследване на контактните на пациентите с туберкулоза и предоставяне на химиопрофилактика на лицата с латентна туберкулозна инфекция;

- осигуряване на висококачествена потвърдителна диагностика и лечение на пациентите с мултирезистентна туберкулоза;
- подобряване на инфекциозния контрол в лечебните заведения.

В изпълнение на Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИ (2008-2015) и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария, през 2009 г. са предоставяни следните услуги и постигнати следните основни резултати:

- Изготвена и одобрена от Министъра на здравеопазването Наредба № 47 от 11 декември 2009 г. за условията и реда за изследване, съобщаване и отчет на заразеност с вируса на синдрома на придобитата имунна недостатъчност, обн. ДВ бр.103 от 29.12.2009 г. и изготвен проект на Методически указания за предлагане на консултиране и изследване за ХИВ в лечебните заведения.
- Със средства от бюджета на Министерство на здравеопазването се осигуряват съвременни диагностикуми за изследване на ХИВ, вирусни хепатити В и С и сифилис. С оглед гарантиране на безопасността на всяка единица дарена кръв, **през 2009 г. са изследвани всички 160 224 кръвни единици дарени в страната.**
- **Безплатно от Министерство на здравеопазването се предоставя съвременна антиретровирусна терапия на всички нуждаещи се хора живеещи с ХИВ/СПИН,** както и лечение на опортюнистични инфекции със средства от Глобалния фонд.
- Със средствата на Глобалния фонд, беше създаден **четиримесечен резерв от антиретровирусни медикаменти за лечение на хора живеещи с ХИВ и СПИН** с цел да не се допусне прекъсване на терапията, както и осигуряването на постекспозиционна терапия на медицински специалисти;
- Разкрити са и функционират **5 сектора за лечение на пациенти с ХИВ** в София, Варна, Пловдив, Плевен и Стара Загора. Предстои рзкриване на още един сектор в Бургас.
- **Към 31.12.2009 г. броят на хората, живеещи с ХИВ/СПИН, които получават антиретровирусна терапия е 327** (осигурена със средства от бюджета на Министерство на здравеопазването), а общо 531 лица с ХИВ са регистрирани за проследяване в 5-те сектора за лечение на пациенти с ХИВ.
- Подкрепено е функционирането на **Местните координационни офиси по СПИН в 10 общини** – Благоевград, Бургас, Варна, Видин, Пазарджик, Плевен, Пловдив, Русе, София и Стара Загора. В три от общините са сформирани Местни обществени комитети по СПИН – Варна, Пловдив и Стара Загора, които надграждат местните координационни офиси.
- Изградени са **3 Местни обществени комитети за ХИВ/ТБ/СПИ** в общини Варна, Пловдив и Стара Загора. През 2010 г. предстои и изграждането на Местни обществени комитети в община Бургас, Плевен и Видин след проведени консенсусни срещи на местно ниво с ключовите заинтересовани страни (община, неправителствени организации, регионални лечебни и здравни заведения, местни структури на държавната администрация и други).
- Изградени са и функционират **1 национално към НЦЗПБ и 9 регионални звена за второ поколение епидемиологичен надзор на ХИВ към РИОКОЗ.** Ежегодно се провеждат биологични и поведенчески проучвания сред най-уязвимите групи. При провеждане на 6-ти кръг проучвания през второ шестмесечие на 2009 г. са обхванати с интервюта 3 845 представители на 3 групи в риск – инжекционно

употребяващи наркотици; мъже, които правят секс с мъже и лица лишени от свобода.

- Поддържа се мрежа от **19 кабинета за бесплатно и анонимно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС)**. През 2009 г. в КАБКИС са се изследвали за ХИВ и са узнали своя резултат със след-тестово консултиране 65 425. Допълнително 19 003 лица към Кожно-венерологичните диспансери и към неправителствените организации, финансирани със средства от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария са **получили бесплатно и анонимно изследване и консултиране за ХИВ или общо 84 428 лица**.
- Консултантите от КАБКИС работят по определен график и във всички затвори в страната. **5 445 лица, лишени от свобода са достигнати с услуги за превенция на ХИВ** чрез групови здравно-образователни сесии, разпространение на образователни материали и презервативи в комбинация с услугите по доброволно консултиране и изследване за ХИВ, предоставяне от консултантите към КАБКИС
- Сключване на договори за изпълнение на дейности с **44 неправителствени организации и възлагателни заповеди на 13 РИОКОЗ в 21 от 28-те административни области**.
- Финансират се дейностите на **5 нископрагови центъра за инжекционно употребяващи наркотици** бяха финансово подкрепени в Бургас, Варна, Пловдив, София и Плевен; Изграден и подкрепен център за предоставяне на субституираща и поддържаща терапия сред лицата, употребяващи инжекционно наркотици в кв. Столипиново в Пловдив.
- **8 центъра, базирани в ромска общност**, бяха финансово подкрепени – функциониращи в Бургас, Варна, Видин, Пазарджик, Сливен и Стара Загора и изграждащи се в Пловдив и Кюстендил;
- **12 мобилни медицински кабинета** към неправителствени организации за достигане на представителите на уязвимите групи;
- **894 033 презерватива** са раздадени сред целевите групи на Програмата
- **7 720 индивидуални лица, инжекционно употребяващи наркотици, са достигнати** с услуги за превенция на ХИВ и намаляване на здравните щети
- **5 445 лица, лишени от свобода са достигнати** с услуги за превенция на ХИВ чрез групови здравно-образователни сесии, разпространение на образователни материали и презервативи в комбинация с услугите по доброволно консултиране и изследване за ХИВ, предоставяне от консултантите към КАБКИС
- **16 622 представители на ромска общност са достигнати** с услуги за превенция на ХИВ и повишаване на знанията за предпазване от болестта
- **6 299 проститиращи жени и мъже, както и някои от техните клиенти, са достигнати** с услуги за превенция на ХИВ и намаляване на риска от сексуално предавани инфекции;
- **3 160 мъже, които правят секс с мъже са достигнати** с услуги за превенция на ХИВ и намаляване на риска от сексуално предавани инфекции
- **511 лица са обучени за обучители на равни** сред представителите на най-уязвимите групи
- **620 лица в най-висок риск или ХИВ-позитивни са получили нововъведената услуга „водене на случай”**
- **1 288 деца в институции са били обхванати** със здравно образование

- **37 809 деца и млади хора в риск са обхванати** със специфични дейности като работа на терен, обучение на равни и кампании за промоция на презервативи
- Финансово са подкрепени дейностите **на 3 кабинета за психо-социална подкрепа за хората живеещи с ХИВ/СПИН**, техните близки и партньори – два центъра в София и един във Варна.

- **Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата в Р България (2007-2011)**

В изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата и Програма „Подобряване на контрола на туберкулозата в България”, финансирана от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, са постигнати следните основни резултати:

- През 2008 и 2009 г., **общо 6 национални методически указания в различни аспекти от контрола на туберкулоза**, бяха разработени, официално приети от Министерството на здравеопазването и публикувани.
- Разкриване на **Национална референтна лаборатория по туберкулоза към НЦЗПБ (НРЛ)** през 2006 г., която осъществява контрол на качеството на лабораторната диагностика във всички 36 лаборатории за туберкулоза в страната. Тя беше сертифицирана от Супранационалната лаборатория на СЗО в Италия през 2007 г. През 2009 г. НРЛ е получила 5 сертификата по ИНСТАНД.
- Успешно въвеждане на трите компонента на **системата за външна оценка на качеството на микроскопските изследвания**, препоръчани от СЗО, които включват: 1) панелно изследване два пъти годишно; 2) оценка на място един път годишно; и 3) въвеждане на сляпо препрочитане един път годишно. През 2009 г. всички 35 лаборатории (100%), които извършват диагностика на туберкулозата са преминали оценка и по трите компонента.
- Предоставяне на **безплатни средства за диагностика, лекарства за лечение на всички болни с туберкулоза и лекарства за профилактика на лицата с латентна туберкулозна инфекция; осигуряване на противотуберкулозни лекарства от първи ред за всички пациенти с туберкулоза от бюджета на МЗ;**
- **Диагностиката и лечението на мултирезистентната туберкулоза са безплатни за всички пациенти, независимо от здравно-осигурителния им статус.** От 2009 г. бяха направени промени в Методиката на Министерство на здравеопазването за реда за субсидиране на преобразувани лечебни заведения за болнична помощ с държавно и с общинско участие. Съгласно тези промени се предвиждат до 12 месеца стационарно лечение и по 1000 лева месечно за преминал пациент с тази форма в определените лечебни заведения в София и Габрово.
- Успешно кандидатстване на страната ни пред Комитета „Зелена светлина” (GLC) за закупуване и доставка на противотуберкулозни лекарства от втори ред за пациентите с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB) и получаване на първата доставка на медикаменти. **Към 31.12.2009 г. са включени първите 40 пациента с мултирезистентна туберкулоза на лечение с медикаментите от втори ред, закупени със средства от Глобалния фонд.**
- Поддържане на система за събиране на индивидуални данни за пациентите с туберкулоза, в съответствие с препоръките на Световната здравна организация (СЗО) и изискванията на Европейския център за превенция и контрол на заболяванията (ECDC). Поддържане на **Национален регистър на пациентите с туберкулоза и индивидуално проследяване на изхода от лечението.**
- Въвеждане на форми за отчет на контактните лица и лицата с латентна туберкулозна инфекция.

- Сключване на **договори с 28 областни DOTS мениджъри** за координиране контрола на туберкулозата на областно ниво.
- Сключване на **договори с 28 областни лечебни заведения за контрол на туберкулозата**, с предоставяне на един автомобил за всяко едно от тях за осъществяване на пряко наблюдение на лечението в продължителната фаза на болните с туберкулоза и насочване на контактните им.
- **Определяне на 83 медицински сестри за пряко наблюдение на лечението в продължителната фаза** на болните с туберкулоза и насочване на контактните им, от областните лечебни заведения за контрол на туберкулозата.
- През 2009 г., **общо 789 нови специалисти са обучени в различни програмни области**, включително епидемиологичен надзор, програмен мениджмънт, мониторинг и оценка и диагностика и лечение на случаи с туберкулоза.
- През 2009 г., **40% от всички регистрирани пациенти с туберкулоза са получили консултиране и изследване за ХИВ.**
- Активното издирване на случаи с туберкулоза се засилва също и чрез провеждането в продължение на **четири седмици на "Отворените врати"** в лечебните заведения по туберкулоза, по време на които през 2009 г. **бяха обхванати 11 557 лица, от които 7 920 бяха консултирани и прегледани от специалист. Така бяха открити 120 болни с туберкулоза и 339 лица с латентна туберкулозна инфекция** или в близък контакт с болен от туберкулоза, насочени своевременно за лечение и профилактика.
- На базата на успешния опит от изпълнението на Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” е установено **добро сътрудничество между здравната и правосъдна системи** за изпълнението на дейности по програмата, включително редовно тримесечно отчитане на данни за пациентите с туберкулоза към Министерство на здравеопазването.
- През календарната 2009 година, **583 лица лишени от свобода са получили изследване на хрчка**, което е с 82% повече в сравнение с предишната 2008 година и пет и половина пъти повече от 2007 година.
- Във всички **15 затвори в страната има изградени самостоятелни стаи за вземане на бронхиален секрет** за изследване – по една в 13-те затвора и в 2-те болници за лечение на лица лишени от свобода в София и Ловеч.
- Сключване на договори с общо 23 неправителствени организации, които работят в 17 от 28-те административни области с рисковите групи – инжекционно употребяващи наркотици, алкохолно зависими лица, бежанци и търсещи убежище и ромска общност.
- Общо 19 142 лица от най-рисковите групи са оценени за риска от туберкулоза
 - от тях 9 803 са насочени към лечебни заведения поради съмнение за туберкулоза;
 - от тях 3 980 са получили медицински преглед и медицински изследвания;
 - 245 са получили диагноза туберкулоза, а 95 са с латентна инфекция, като на всички лица с активна туберкулоза е предложено¹
¹ безплатно лечение с противотуберкулозни лекарства от първи ред, а другите разходи, свързани с лечението, включително диагностични процедури, лекарствата и болничния престой се покриват от бюджета на Министерство на здравеопазването. На лицата с латентна инфекция се провежда² безплатна химиопрофилактика.

- **Националната стратегия за опазване живота и здравето на децата в пътното движение 2006-2010 г.**

През 2009 г. тази стратегия не получи финансиране. Въпреки това, някои РИОКОЗ в зависимост от своите възможности реализираха различни по обем и вид дейностите в изпълнение на Стратегията за опазване живота и здравето на децата в пътното движение. Организираните и проведени са общо седем масови прояви с 1 826 участника.

- **Проект „Подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве сред младите хора”**

Проектът се реализира от МЗ и МОН с финансовата подкрепа на Фонда за ООН за населението. Основна цел на Проекта е да се подобри сексуалното и репродуктивното здраве на младите хора чрез повишаване на здравната информираност на подрастващите и младите хора в и извън училище, и подпомагане на достъпа им до услуги. В дейностите по проекта са включени 8 пилотни общини - Враца, Ловеч, Сливен, Търговище, Попово, Козлодуй, Троян и Нова Загора. Проектът е насочен предимно към младите хора на възраст между 10 и 24 години, за които се предоставя здравно образование по сексуално и репродуктивно поведение, а също така и към здравните специалисти: общопрактикуващи лекари, акушер-гинеколози, дерматолози и специалисти по венерически болести, експерти от отделите “Опазване на общественото здраве” към РИОКОЗ, медицински специалисти от училищата; специалисти от системата на образованието, учители от V до XII клас, педагогически съветници.

Основните дейности, реализирани от дирекциите/отделите ООЗ на РИОКОЗ в общините, участници в проекта, могат да бъдат обобщени в няколко направления.

- Продължава активно работата на информационно-образователни центрове по сексуално и репродуктивно здраве в четирите общини Враца, Ловеч, Търговище и Сливен. В тях провеждат консултации, беседи и обучения на млади хора както групово, така и индивидуално. Тези центрове са се утвърдили като средище, в което младите хора могат да споделят своите проблеми и да намерят информация по теми, които ги вълнуват - пубертетно развитие, приятелство, сексуалност, рисково сексуално поведение, сексуално насилие, физически, психически и социални последствия от нежеланата бременност, контрацепция, ППИ.

- Реализиране на регионални проекти, финансирани от основния проект - “Опасна сладост” (РИОКОЗ Враца), „Млади и буйни в живота, но разумни в любовта” (РИОКОЗ Ловеч), „Три е повече от едно.” (РИОКОЗ Сливен), „Бъди информиран, за да предпазиш себе си и да направиш любовта прекрасна” (РИОКОЗ Търговище). Дейностите по проектите са били насочени главно към млади хора в гимназиална възраст.

- Обучителни мероприятия в рамките на четирите подпроекта, насочени към основната целева група – младите хора на възраст от 13-19 години.

- Разпространение на здравно-информационни материали;

Освен горепосочените инспекции активно са работили и инспекциите в Бургас, Варна, Кърджали, Кюстендил, Разград, Русе, Шумен, Ямбол по проблемите на опазването на сексуалното и репродуктивното здраве особено сред младите хора. За повишаване на професионалната компетентност на медицинските специалисти, работещи в детски и учебни заведения са работили много активно РИОКОЗ Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Разград, Русе, Ямбол). Анкетни проучвания за измерване на нивото на познанията на подрастващи и млади хора по проблемите на сексуалното и репродуктивното здраве са извършили РИОКОЗ Бургас, Кърджали, Русе, Търговище, Шумен. Извършена е значителен обем от дейности за отбелязване на Международния ден на контрацепцията от РИОКОЗ Варна, Кърджали, Русе, Шумен.

Общо през годината са реализирани 46 обучения (семинари и курсове), 213 лекции и беседи, 562 видеопокази, 139 индивидуални консултации. Издадени са 16 информационни материала в тираж близо 48 000 броя, раздадени са и почти толкова здравно-образователни материали, организирани са 12 масови прояви.

Провеждана е системна работа със и чрез средствата за масова информация (общо 179 медийни изяви, от които 6 пресконференции, 29 телевизионни и 72 радио предавания, 47 публикации в пресата и 25 в интернет.

Проект „Ранно детско развитие”

Проектът се осъществява от 2006 г. с финансовата подкрепа на УНИЦЕФ. Той се координира от дирекция „Обществено здраве”. Основните задачи за реализиране на проекта са насочени към установяване на практиките за отглеждане на дете и оценка на политиката и законодателството на стандартите за ранно детско развитие и инициране разработването на такива.

По проекта през 2009 г. са извършени следните организационни, проучвателни и аналитични дейности за изпълнение на основните задачи:

Извършен е анализ на резултатите и изготвен доклад с използването на български и международни консултанти. Докладът е представен в УНИЦЕФ и МЗ. Екип, сформиран от широк кръг специалисти, притежаващи експертиза в различните области на детското развитие разработи Проект на стандарти за развитие и учене в ранна детска възраст на базата на съществуващите в страната стандарти, новите научни и експериментални данни в областта на ранното детско развитие и практическия опит на експертите. Беше извършено валидиране на съдържанието на стандартите от специалисти от академично и приложно ниво с експертиза в различните области на ранното детско учене и развитие, както и прецизиране съдържанието на стандартите на базата на препоръките и бележките на участващите в експертизата специалисти.

• Програми (общо) за профилактика и надзор на инфекциозните болести:

Епидемиологичният надзор в областта на инфекциозните болести през 2009 г. имаше за основни задачи осигуряване на съответстващ на изискванията противоепидемичен режим в контролираните обекти, както и постигане на висок имунизационен обхват на подлежащите контингенти. Постигането и поддържането на оптимален имунизационен обхват е гаранция за недопускане на разпространение в пределите на страната на някои инфекциозни агенти, причинители на инфекциозни заболявания, които са в стадий на ликвидация – илюстрация за това са полиомиелита, но също така и започналата през 2009 г. епидемия от морбили.

Обективният анализ в тази насока сочи, че въпреки постигнатите успехи (Таблицы 24 и 25 от Приложението) по отношение на имунизационно покритие със задължителните имунизации, все още съществуват редица проблеми при изпълнението на имунизационния календар. Един от тях е свързан с недостатъчното обхващане на подлежащите на имунизации деца, принадлежащи към етническите малцинства, което е причина именно сред тях да се разпространи епидемията от морбили.. Очевидно е, че този проблем не е възможно да бъде решен само в рамките на здравната система. Другият съществен проблем е свързан с това, че поради различни причини, единната информационна система за имунизациите в страната все още не е изградена и липсва достоверна информация.

През 2009 г. са направени две важни промени в Наредбата за имунизациите, като към задължителните имунизации са добавени две нови ваксини – срещу Хемофилус инфлуенце тип В инфекцията и срещу пневмококовата инфекция. Разширен е и списъкът на препоръчителните ваксини с включването на нови ваксини срещу ротавирусната инфекция и срещу човешкия папиломен вирус. Тези промени в имунизационния

календар са в унисон с европейската практика и се очаква да имат положителен социален ефект.

Данните за средния за страната имунизационен обхват с включените в Имунизационния календар ваксини сочат много добро изпълнение на имунизационната програма през 2008 г. (Таблица 25 в Приложението). Независимо от ниския процент на необхванатите, следва да се подчертае, че той представлява сериозен проблем, по отношение на който е необходимо да се предприемат конкретни мерки. В преобладаващата част от случаите се касае за компактна част от населението (предимно деца от ромски произход, при които обхватът е значително по-нисък от средния за страната), което създава реален риск от възникване и разпространяване на ваксино-предотвратими заболявания. В това отношение от критично значение е получаването на подкрепа от Министерството на труда и социалната политика за обвързване на изплащането на социални помощи с имунизационния статус на децата остана без резултат.

- **Национална програма за закрила на детето 2009 г.**

По Приоритет III от Програмата: „Подобряване здравето на децата”, задача.: „Въз основа на анализа от проучване психичното здраве на децата и подрастващите, да се набележат необходимите услуги в подкрепа на децата и семействата с психични проблеми” е проведено проучване на риска от “синдром на родителско отчуждаване” при деца на разведени родители и родители в процес на раздяла, с акцент върху риска за психичното здраве на децата. Резултатите от проучването са популяризирани, дискутирани и използвани за набелязване на мерки за превенция на риска.

2. ИНДИВИДУАЛНИ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ

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

Първият контакт със здравната система за задължително здравноосигуреното лице (ЗЗОЛ) се осъществява при *общопрактикуващ лекар (ОПЛ)* в първичната извънболнична помощ (ПИМП). ЗЗОЛ има право на свободен избор на ОПЛ, специалист и лечебно заведение за болнично лечение. Когато едно болничното заведение не може да предостави диагностични и/или терапевтични дейности, но е преценено, че тяхното извършване е необходимо, то по-нататъшният процес се осъществява в друго лечебно заведение, което притежава необходимите оборудване и персонал.

Предоставяне на здравни услуги на здравно неосигурени граждани

Българските граждани, които пребивават в чужбина повече от 183 дни през годината могат да прекратят здравноосигурителните си права. Възстановяването на тези права става след изтичане на 6 последователни месеца, в които са плащали редовно здравноосигурителните си вноски или след еднократното заплащане на 12 месечни вноски. Правата на хора, които са длъжни да се осигуряват сами, се прекъсват, когато не са внесли повече от три вноски за период от 36 месеца. Възстановяването на правата им става след внасянето на дължимите суми. Самоосигуряващо се лице, което не е плаща дължимите осигурителни вноски за срок по-дълъг от 3 месеца, от 2009 г. се наказва с глоба от 500 до 1000 лв.

Когато задължението за внасяне на осигурителните вноски е на работодателя или на друго лице, невнасянето им не лишава от правото да се ползват услугите на здравната каса. Човек може да загуби осигурителните си права за един месец и ако не се е явил на годишния профилактичен преглед, регламентиран в НРД.

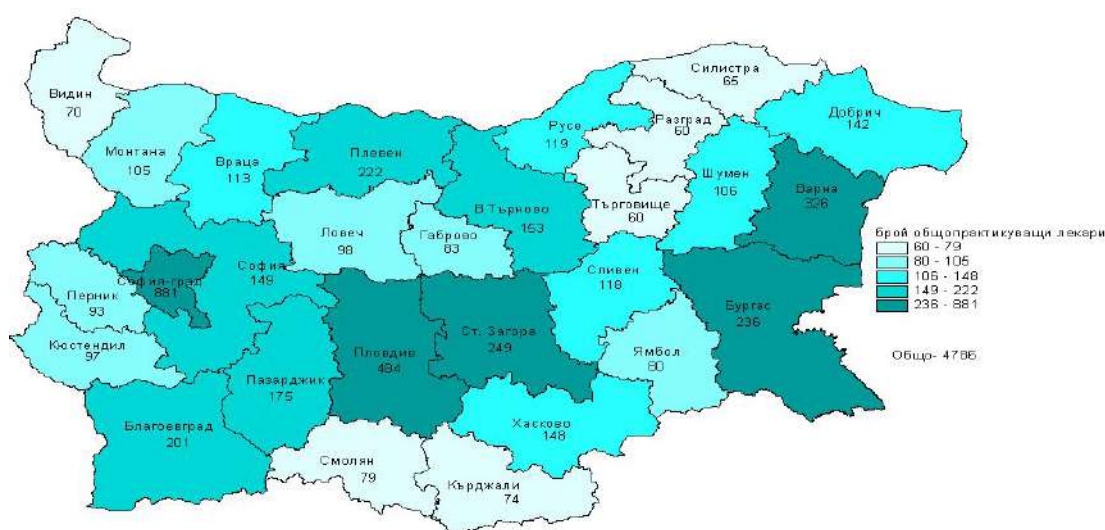
Броят на здравнонеосигурените лица от 2000 г. до сега продължава да бъде съществен проблем на здравноосигурителната система.. В изследване на БАН, извършено по поръчка на Институт "Отворено общество" се казва , че около половината

от здравнонеосигурените - приблизително 60% от здравнонеосигурените турци, над 80% от здравнонеосигурените роми и само 21.5% от здравнонеосигурените българи - се намират в тежка форма на бедност, от която отделният човек няма възможност да се измъкне сам. Изследването констатира, че като цяло, здравнонеосигурените лица не разбират характера на солидарната система и не са съгласни да плащат нещо, което не ползват.

2.1.1. Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

По данни на НСИ през 2009 г. осигуреността с ОПЛ е била средно за страната 65 на 100 000 души от населението, а през 2008 – 62.8. Този показател е под средното ниво за ЕС, където осигуреността през 2008 г. е била 85.6 на 100 000 души.

Фиг. 42. Разпределение на общопрактикуващите лекари през 2009 г. по области⁷⁵



Запазва се териториалната диспропорция в разпределението на ОПЛ в страната. Най-висок продължава да бъде броят им в областите с медицински факултети София-град, Пловдив, Варна и Ст. Загора от 881 и 249 (фиг. 40). В областите Търговище, Разград и Силистра, през 2009 г. са били регистрирани между 60 и 65 ОПЛ.

През отчетната 2009 г. се запазва регистрираната в предходните години тенденция за нарастване броя и относителния дял на регистрираните ЗЗОЛ при един общопрактикуващ лекар (ОПЛ). 6 613 548 ЗЗОЛса били регистрирани при 4 789 ОПЛ.

Логично следствие от съществуващия отлив на лекари в първичната помощ е намалението броя на практиките в ПИМП. По данни на НЗОК⁷⁶ през 2009 г. са сключени договори с 4 131 практики за първична извънболнична помощ, като броят им е с 3% по-нисък от този за предходната година. От 2007 г. до сега броят на практиките в ПИМП, сключили договор с НЗОК, е намалял с 5%. В практиките от ПИМП през 2009 г. са работили средно годишно 4 789 ОПЛ или с 2.15% по-малко в сравнение с предходната година. В резултат на намаления брой ОПЛ е налице увеличаване на регистрираните

⁷⁵ По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22>

⁷⁶ Отчет за изпълненето на бюджета на НЗОК за 2009 г. http://pris.government.bg/prin/document_view.aspx?DocumentID=HP0sj/Yh2n5Zjf4zUcEzqw==

ЗЗОЛ при един ОПЛ – от 1 361 през 2008 г. на 1 381 през 2009 г.⁷⁷. Средният показател е в рамките на световната практика за натовареност. Най-много регистрирани пациенти за 2009 г. са отчетени в област Разград – 1 912 ЗЗОЛ, Кърджали – 1 863 ЗЗОЛ и Търговище – 1 810, а най-нисък е броят регистрирани ЗЗОЛ в Плевен – средно 1 154.

За разлика от европейските страни, у нас продължават да преобладават индивидуалните практики като форма на организация на работа – 3 901 или 94.8%. Въпреки доказаните предимства на груповите практики, техният брой през 2009 г. е едва 5.2% (230 бр.) от всички практики от ПИМП. Наблюдава се увеличаване на груповите практики, като за периода 2008 – 2009 г. има разкрити нови 21 групови практики. Най-много групови практики са регистрирани в областните центрове - София град – 42 бр., Варна – 20 бр., Велико Търново и Пловдив – по 15 бр., Пазарджик – 14 бр. и др.

По данни на НЗОК и НСОПЛБ от ОПЛ, сключили договор с НЗОК за 2008 г., 23% (1 117) имат специалност “обща медицина”, 58% (2 806) са специалисти по вътрешни болести, педиатрия и други, а 35% (1 185) са в процес на придобиване на специалност. За 2009 г. подобно изследване не е провеждано, но високият дял на ОПЛ със специалност, различна от обща медицина, би могъл да повлияе негативно върху качеството на тяхната работа с пациенти със здравословни проблеми извън тяхната специалност.

Тъй като направленията са свързани с разход на средства, които се изплащат на изпълнителя (лекар-специалист за консултация или съвместно лечение, медико-диагностична лаборатория), то направленията, осигуряващи достъп до диагностични дейности или до специалист, с някои изключения, попадат в режим на регулация с т.нар. *регулативни стандарти (РС)*. През 2009 година на изпълнители на ПИМП са определени 80.9% от направленията в регулация. Средномесечният брой направления в регулация през 2009 година възлиза на 490 хил. броя, като броят им е съобразен с промените в потребности при ПИМП и изменението в нормативната уредба⁷⁸. Съгласно данните от отчетните документи на ОПЛ са усвоени 98.49% от определените в РС направления срещу 86.3% за 2007 г. Намалението в броя на разпределените РС за 2009 г. води до пълното им усвояване, като при повече от половината РЗОК този показател е над 100, но в рамките на допустимите 10% надвишения. Изключение прави само РЗОК Варна с 112.04% усвояемост. Повишеното потребление от изпълнителите на ПИМП в тази РЗОК се отразява във високите нива на изпълнение на годишните бюджетни лимити.

През 2009 г. определените в РС направления за консултация на диспансеризирани лица съставляват 21.14 % от общия брой направления. През годината се работи по насоки заложи в НРД 2006 и Решение на УС на НЗОК №РД-УС-04-17/20.01.2009г като при диспансерното наблюдение, съгласно промените в нормативната уредба, част от заболяванията подлежащи на диспансерно наблюдение (кардиологични и ендокринни) преминаха от изпълнители на СИМП към изпълнители на ПИМП.

Данните на НЗОК за 2009 г. показват, че сумата изплатена на ОПЛ за капитационни средства е в размер на 77 305 хил. лв. Покачването спрямо 2008 г. се от 4 128 хил. лв. дължи на увеличените цени на капитационното заплащане.

Броят на задължителните имунизации на ЗЗОЛ от 0-18 г. за 2009 г. е спаднал с 5.0% (от 1 228 хил. на 1 166 хил.), като за тях са заплатени 2 058 хил. лв. По програма „*Детско здравеопазване*” са изразходвани средства в размер на 11 736 хил. лв., което съставлява 11.2% от изразходваните средства за ПИМП. През 2009 година по Решение на УС на НЗОК №РД-УС-04-17/20.01.2009г. цената за профилактични прегледи на деца

⁷⁷ Доклад за състоянието на здравето на гражданите – първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията 2005 – 2007 година. МЗ, 2008 г.

⁷⁸ Отчет за изпълненето на бюджета на НЗОК за 2009 г.

http://pris.government.bg/prin/document_view.aspx?DocumentID=HP0sj/Yh2n5Zjf4zUcEzqw==

от 0 до 7 годишна възраст е увеличена от 4,80 през 2008 година, на 5,30 лева за преглед. Цената на профилактичен преглед на лица от 7 до 18 годишна възраст нараства съответно от 7,00 на 7,70 лева.

Продължава тенденцията за намаляване на прегледите на бременни и родилки по програма „Майчино здравеопазване” в първичната помощ. По данни на НЗОК⁷⁹ през 2009 г. по тази програма са изплатени 46.7 хил. лева (0.04% от разходваните средства за ПИМП). Ниската стойност на разходите за профилактичното наблюдение на бременните и майките е следствие от направения избор на ЗЗОЛ, наблюдението на бременността да се извършва от изпълнители на СИМП и много по-малко от изпълнители на ПИМП.

Средномесечният брой диспансеризирани лица в ПИМП през 2009 г. възлиза на 892.2 хил. броя или бележи ръст от 19.3 пункта в сравнение с предходната година. Това се дължи на промените в разпоредбите на НЗОК за 2009 за преминаване на лицата с определени диагнози за диспансерно наблюдение от изпълнители на СИМП към изпълнители на ПИМП. През отчетния период за диспансерно наблюдение са заплатени 14 285.3 хил. лева или 11.57% от средствата за ПИМП.

По данни на НЗОК броят на диспансеризирани ЗЗОЛ през 2009 година в първичната и специализирана извънболнична помощ е нараснал с 10% спрямо предходната година, което респективно води до промени в определянето на РС за диспансерно наблюдение. Тази промяна води и до изменение в съотношението на разпределяните РС за ПИМП и СИМП. Промяната в броя на ЗЗОЛ се променя във възходяща/низходяща градация, като определените РС растат в същата пропорция при изпълнителите на ПИМП и в обратна при изпълнителите на СИМП.

Средномесечният брой прегледи на 1 000 ЗЗОЛ над 18 години при изпълнители на ПИМП бележи спад и през 2009 година намалява от 41 прегледа през 2008 на 37.8 прегледа. Този показател е най-висок в РЗОК Велико Търново – 56 прегледа, РЗОК Пазарджик – 53 прегледа, РЗОК Пловдив – 52 прегледа; най-нисък в РЗОК Силистра – 9 прегледа, РЗОК Перник – 19 прегледа и РЗОК Габрово – 29 прегледа. През 2009 г. са заплатени общо 14 339 лева или 11.61% от разходваните средства за ПИМП.

За работа при неблагоприятни условия лекарите от ПИМП получават допълнителен материален стимул. 911 са регистрираните практики, обслужващи районите с неблагоприятни условия на работа през 2009 г. Това представлява ръст от 3.2% в сравнение с предходната година и предполага подобряване на достъпа до първична медицинска помощ във високопланинските райони и малките населени места.

През 2009 г. за неблагоприятни условия на работа са изплатени общо 3 568 хил. лева или 2.89% от разходваните средства за ПИМП, Плановият размер на плащанията за практики, определени като неблагоприятни за 2009 г. е възлизал на 5 000 хил. лв. Усвояемостта на тези средства е едва две трети от предвидената (71.36%), въпреки отбелязаният за 2009 г. ръст в броя им.

Средномесечният доход на практика за този вид дейност е 369 лева, като най-висок е в РЗОК Силистра – 792 лева, РЗОК Благоевград - 739 лева и РЗОК Търговище – 647 лева, а най-нисък в РЗОК Плевен – 148 лева, РЗОК Перник – 166 лева и РЗОК Варна -170 лева.

2.1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)

През 2009 г. се наблюдава леко увеличение на лечебни заведения (ЛЗ) за СИМП, сключили договор с НЗОК (от 2 943 за 2008 на 2 971 за 2009г.), като средномесечно по договор в тях са работили 8 327 специалисти. Най-голям ръст в броя на специалистите в сравнение с предходната година е отчетен в РЗОК Ямбол от 6% и РЗОК Перник,

⁷⁹ Отчет за изпълненето на бюджета на НЗОК за 2009 г.
http://pris.government.bg/prin/document_view.aspx?DocumentID=HP0sj/Yh2n5Zjf4zUcEzqw==

Пловдив и Търговище – 4%. Спад е отчетен в РЗОК Разград (с 3.5%) РЗОК Велико Търново (с 2.8%) и РЗОК Монтана (с 2.4%).

Най-висока осигуреност на ЗЗОЛ със специалисти на 10 000 ЗЗОЛ има в РЗОК Габрово – 17.4, РЗОК София град – 16.7 и РЗОК Плевен – 16.1. Най-ниска е осигуреност на ЗЗОЛ със специалисти има в РЗОК Смолян – 8.2, РЗОК Разград – 8.3 и РЗОК Ямбол – 8.7 специалиста на 10 000 ЗЗОЛ.

За 2009 г според НСИ⁸⁰ общият брой на ЛЗ за специализирана извънболнична помощ (ДКЦ, МЦ, ДЦ, МДЦ, МДЛ и МТЛ) е 1 715, което е с 36 повече от предходната година. Най-многобройни са самостоятелните МДЛ и МТЛ (928), МЦ (590) и ДКЦ (115), като съществен ръст бележат самостоятелните МДЛ и МТЛ.

През разглеждания период няма съществени промени в структурата по специалности на лекарите от СИМП - преобладават акушер-гинеколозите (901), невролозите (825) и хирурзите (748). Най-малък е делът на профилните детски специалисти.

Средномесечният брой дейности (прегледи, ВСД, ЛКК-прегледи) извършени от изпълнители на СИМП през 2009 година възлиза на 1 455 хиляди. Отчетено е нарастване от 3.8 %, като в РЗОК Пловдив то е най-голямо – с 9.5%, в РЗОК София град – с 8.1% и в РЗОК Кърджали – с 7.8%. Отрицателен ръст в средномесечния брой дейности отчитат РЗОК Русе с 10.1%, РЗОК Ловеч - с 1.7%, РЗОК Силистра – с 0.9% и РЗОК Монтана – с 0.5%.

През 2008-2009 г. продължава тенденцията за нарастване на първичните посещения в СИМП. Средномесечният брой първични посещения, заплащани от НЗОК през 2009 е 563.3 хиляди, като се отчита едногодишен ръст се увеличение на дейността с 5 на сто. За първи път е отбелязан спад в отчетените вторични прегледи, заплащани от НЗОК. Отчетени са 385.2 хиляди вторични посещения, което е с 1.7% по-малко от предходната година.

С въвеждането през 2007 г. от НЗОК на по-строг контрол върху отчитането на диспансерната дейност се регистрира спад в средномесечния брой на тези прегледи. За 2007, 2008 и 2009 г. данните са както следва - 106 674 брой диспансерни прегледи, 105 103 и 88 600 .

Средномесечният брой *прегледи по програма „Майчино здравеопазване”* през 2009 г. е 37.2 хил. при средномесечен разход 298.3 хил. лв., което съставлява 2.2% от разхода по специализиран пакет в СИМП. Увеличението в заплащането е с 14 на сто.

Средномесечният брой първични прегледи при педиатър на ЗЗОЛ от 0 до 14 годишна възраст, по повод остри състояния през 2009 година възлиза на 45.1 хил. броя, а този на вторични прегледи при остри състояния - на 35 хил. броя или 13.2 на сто от всички вторични прегледи.

Средномесечният брой *ЛКК прегледи*, заплащани от НЗОК през 2009 година е 88.9 хиляди, като се отчита увеличение на тази дейност с 3.6%. Средномесечно на специалист се падат по 11 ЛКК прегледа (през 2008 - 10 прегледа), като този показател е най-висок в РЗОК Перник – 26, РЗОК Габрово – 22 и РЗОК Русе – 18, а най-нисък се отчитат в РЗОК Търговище – 4 и РЗОК Видин – 5 прегледа.

Средномесечният брой физиотерапевтични курсове, заплащани от НЗОК, продължава да нараства и през 2009 г. Отчетените според Решение на УС на НЗОК №РД-УС-04-17/20.01.2009г физиотерапевтични курсове възлиза на 17.9 хил. броя, като е отчетено увеличение на тази дейност с 6.4%

Средномесечният брой *високоспециализирани дейности (ВСД)*, заплащани от НЗОК през 2009 година е 40.8 хиляди. Отчита се увеличение на броя извършени дейности с

⁸⁰ По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22>

20.3%. Средномесечният брой ВСД на 10 000 ЗЗОЛ за страната през 2009 година възлиза на 62 дейности. Този показател е най-висок в РЗОК Ловеч – 89, РЗОК Сливен – 87, РЗОК Монтана и РЗОК Пловдив – 84, а най-нисък в РЗОК София област – 26, РЗОК Кюстендил – 29, РЗОК Благоевград – 35 дейности. Извършените и заплатени ехокардиографии са 38.6% (34.1% за предходната година) от всички ВСД. Плащанията за тях съставляват 45% на сто от разхода за високоспециализирани дейности в СИМП. Следващи по честота са електроенцефалографиите (ЕЕГ) с 8.7% от всички ВСД, като плащанията за тях съставляват 9.5% от разхода за високоспециализирани дейности в СИМП.

През бюджетната 2009 година за специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) са изразходвани 133 202 хил. лева от предвидените със Закона за бюджета на НЗОК за 2009 година 154 800 хил. лева, което е усвояемост от 86.05% предвидените средства. В сравнение с предходната година разходите в СИМП са намалели с 5.06% или с 7 098 хил. лв. в номинално изражение.⁸¹

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ през 2009 година възлиза на 194 лв., което с 16% повече от предходната година. Най-висок средномесечен разход на 100 ЗЗОЛ е отчетен в РЗОК Сливен – 226 лв., РЗОК Пловдив – 220 лв. и РЗОК Пазарджик – 215 лв., а най-нисък в РЗОК Силистра – 144 лв., РЗОК Перник – 162 лв. и РЗОК Разград – 162 лв.

Средномесечната стойност на извършената от един специалист дейност през 2009 година, заплащана от РЗОК, е нараснал на 1 534 лева спрямо 2008 година, когато е бил 1 328 лв. Най-висок ръст по този показател отчитат РЗОК София град – 19.%, а най-нисък ръст отчитат РЗОК Русе – 6.4%

2.1.3. Извънболнична помощ по дентална медицина (ИПДМ)

През 2009 г. средномесечният брой на отчетите са лекари по дентална медицина е 5 399 изпълнители. Средно за страната на 10 000 ЗЗОЛ се падат 7.3 специалисти по дентална медицина, сключили договор с НЗОК. Най висок е този показател в РЗОК Пловдив (11.0), а най-нисък в РЗОК Разград (5.1).

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за дентална помощ за 2009 г. е 111.3 лв.

Дентална помощ на лица от 2 до 18 г. Традиционно тревожни са данните за профилактичната дейност, предоставена на ЗЗОЛ в детска възраст. За период януари-декември 2009 г. на 100 подлежащите на профилактика ЗЗОЛ едва 29.6% са упражнили правото си на преглед. Този показател е най-висок в РЗОК Смолян – 44.%, а най-нисък в РЗОК Сливен – 22.4%.

Дентална помощ на лица над 18 г. През 2009 г. средно за страната едва една четвърт от населението (25.8%) над 18 години е упражнило правото си на профилактичен стоматологичен преглед.

В заключение, в денталната помощ, заплатена от НЗОК, се установяват тревожни тенденции в профилактичната помощ както на децата до 18 годишна възраст, така и на възрастните.

2.1.4. Медико-диагностични, специализирани и високоспециализирани дейности

Средномесечният брой на отчетите се лечебни заведения за МДД през 2009 година е 634, като най-голям е броят в университетските градове - РЗОК София град (124), РЗОК Пловдив (50) и РЗОК Варна (38). В Тези градове е отчетен и най- високият средномесечният брой медико-диагностични дейности на 100 ЗЗОЛ - 26.67.

От общо изплатените средства за медико-диагностична дейност през 2009 година най-голям е дялът за клинично-лабораторните изследвания – 52.3%, следвани от

⁸¹ Отчет за изпълненето на бюджета на НЗОК за 2009 г.
http://pris.government.bg/prin/document_view.aspx?DocumentID=HP0sj/Yh2n5Zjf4zUcEzqw==

рентгенологичните изследвания – 38.0% и клинично-микробиологични изследвания – 4.5%. Заплатените средства по тези три пакета представляват 94.9 % по параграфа.

Отбелязаните през предходните години проблеми в извънболничната помощ не са преодолени и през 2009 г.:

- ✓ все още гражданите, особено самоосигуряващите се, не са осъзнали смисъла на солидарния здравноосигурителен модел, което е проблем на цялата здравноосигурителна система в страната;
- ✓ не са отстранени сериозните трудности за достъп до ОПЛ в отдалечени, труднодостъпни и слабо населени места;
- ✓ запазват се изразените териториални различия по отношение на нивата на всички наблюдавани показатели за ИМП;
- ✓ продължава да доминира индивидуалната практика като форма на организация на работа, което влияе негативно върху достъпността и качеството на медицинската помощ;
- ✓ все още не е регламентирана горна граница на регистрираните ЗЗОЛ при един ОПЛ, тъй като прекомерно големият им брой затруднява достъпа и влошава качеството на медицинската помощ;
- ✓ необходимо е да се реши въпроса с разпределението на регулативните стандарти с оглед потребностите по региони и осигуряване на адекватен достъп и своєвременност на прегледите при специалист;
- ✓ все още е недостатъчен обемът на промотивните и профилактични дейности на ОПЛ и липсва специфичен инструментариум за оценка на тяхната ефективност;
- ✓ не е подобрена координацията между извънболничната (първична и специализирана) и болничната помощ, което затруднява приемствеността в наблюдението и лечението на болните;
- ✓ в денталната помощ се регистрира ниско ниво на профилактичната дейност, особено за децата;
- ✓ запазва се високата концентрация на лекари-специалисти в областните и регионални центрове, което затруднява достъпа на ЗЗОЛ до заплатени от НЗОК изследвания и снижава контрола над хроничните заболявания.

2.2. Болнична медицинска помощ

През 2009 г. броят на лечебните заведения за болнична помощ се запазва – 306 (305 през 2008 г.), като болниците с частна форма на собственост са 93. За едногодишен период (2008-2009 г.) броят на тези лечебни заведения е нараснал от 85 на 93.

По данни на НЦЗИ⁸² през 2000 г. болниците са били 299 (в т. ч. диспансери и лечебни заведения към други ведомства), а през 2009 г. достигат 354 с общо 50041 (49 507 легла за 2008) в т.ч с частна форма на собственост с 5291 легла (4 053 за 2008 г.) (Таблица 4 в Приложението). От 2000 г. до 2006 г се наблюдава намаляване на болничния леглови фонд, като от 60 552 през 2000 г. леглата са редуцирани до 47 719 през 2006 г., след което отново започва да нараства. През 2008 г. на 100 хил. души има разкрити 650.8 легла, през 2009 показателят е 661.6, което е под средния показател за ЕС.

⁸² Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, НЦЗИ, София, 2010 г.

Макар и все още слаба, наблюдава се тенденцията за увеличаване на легловия фонд за краткосрочно лечение и наблюдение в извънболничната помощ — за 2009 г. са 856, при 961 за предходната година¹, което показва намаление със 105 легла.

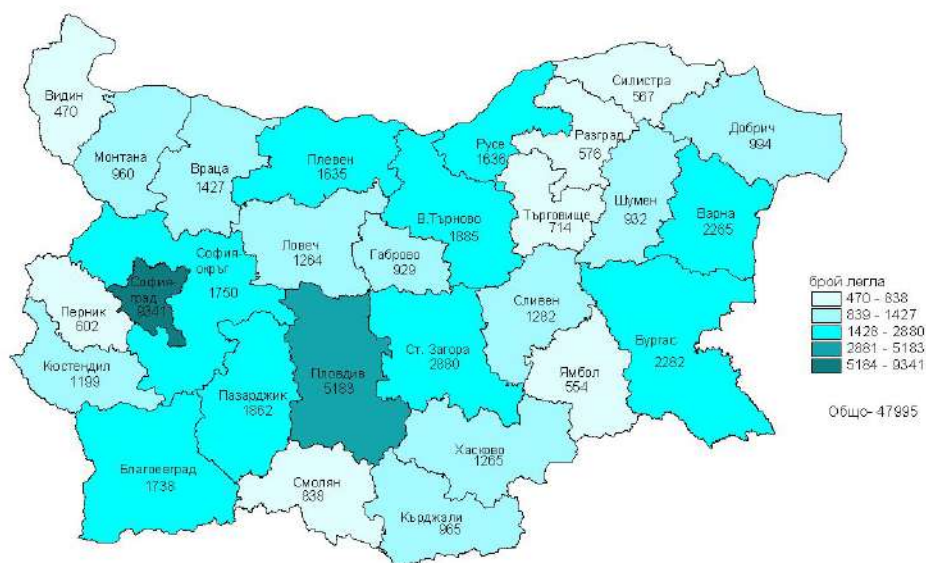
В **структурата на болниците по вид** с държавна и общинска форма на собственост (без диспансерите и ЛЗ от извънболничната помощ) не се установява съществена динамика в сравнение с предходната година - преобладават многопрофилните болници за активно лечение 122 (39.87%), следвани от специализираните - 69 (22.55%).

През последните четири години броят на **диспансерите с легла**, общо и по видове, както и броят легла, се променят незначително. През 2009 г. в страната има: диспансери за пневмо-фтизиатрични заболявания - 12 с 762 легла, за кожно-венерически заболявания - 10 с 218 легла, за онкологични заболявания - 12 с 1625 и за психични заболявания - 12 с 1530 легла. В страната функционират 12 болници за **психиатрично лечение** с 2 685 легла. Броят на болниците към други ведомства е 10. Както и през 2008 г., така и през 2009 г. около 2/3 от болничните легла (60.51%) са разкрити в многопрофилните болници за активно лечение. **Хосписите** през 2009 г. са 59 и са увеличени с 10 спрямо 2008 г. Увеличен е и броят на леглата в тях – от 418 на 659.

В **структурата на специализираните болници**, тези за активно лечение представляват 42.03%. Здравната система разполага с 6 специализирани болници за долекуване и продължително лечение (с 356 легла), 12 – за продължително лечение, долекуване и рехабилитация (с 840 легла) и 22 - за рехабилитация (с 3293 легла), като броят на тези заведения е постоянен в последните години и не отговаря на потребностите от този вид лечебни заведения.

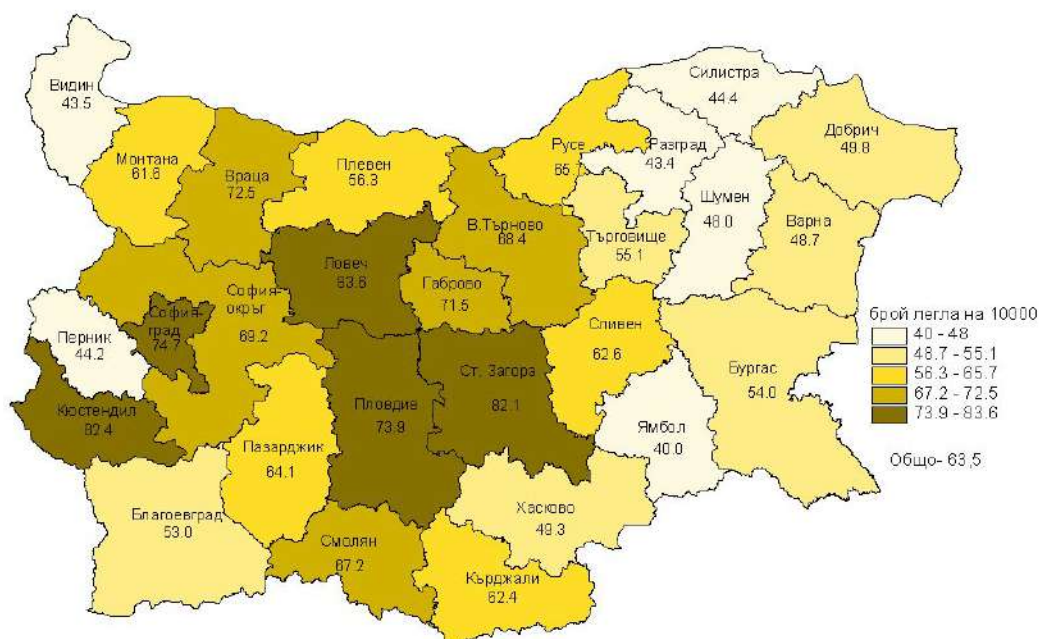
Осигуреността с болнични легла по области, общо и на 10 000 население, е представено на Фиг. 41 и Фиг. 42. Запазва се регионалната диспропорция на легловия фонд.

Фиг. 43. Легла в лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите към 31.12.2009 г. по области.



по данни на НЦЗИ

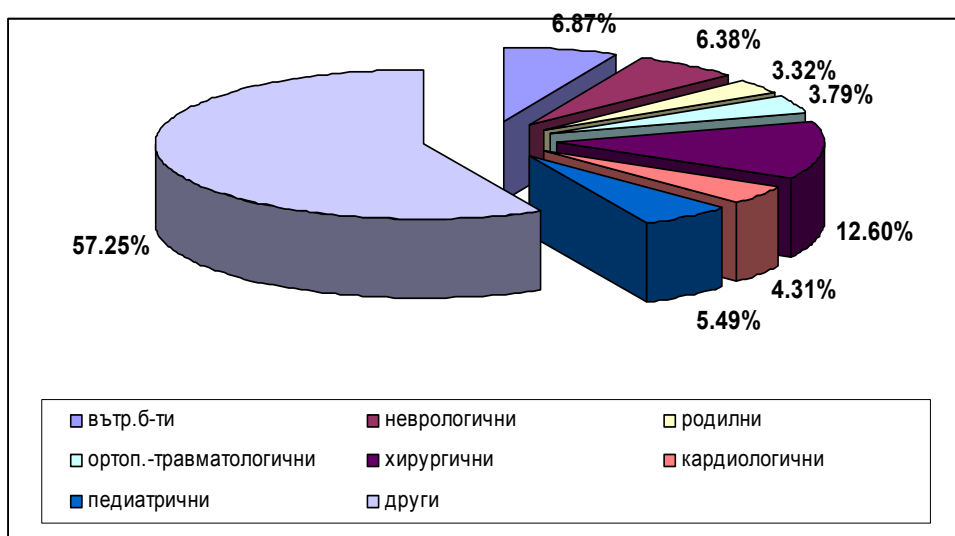
Фиг. 44. Легла в лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите към 31.12.2009 г. на 10 000 население



по данни на НЦЗИ

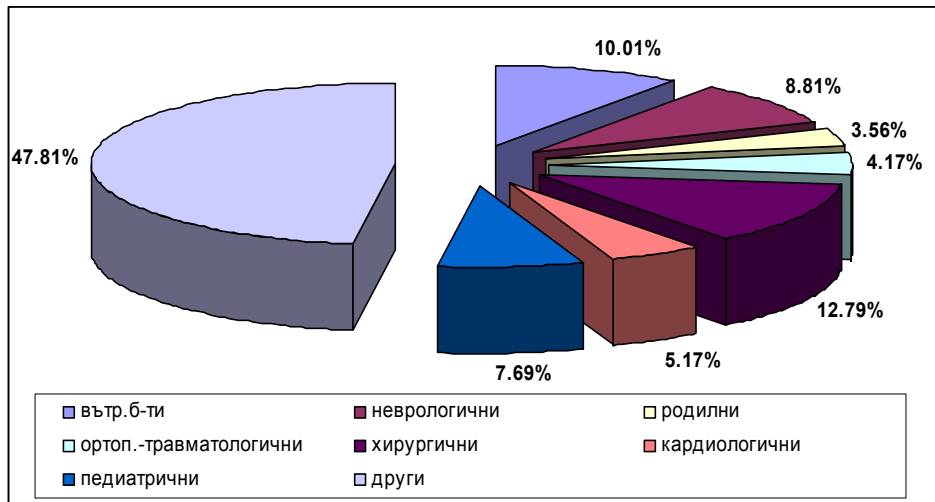
Структурата на леглата по вид в лечебните заведения за болнична помощ и в МБАЛ е представена на Фиг 43 и Фиг. 44.

Фиг. 45. Относителен дял на леглата по вид в лечебните заведения за болнична помощ през 2009 г. (по данни на НЦЗИ⁸³)



⁸³ Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, НЦЗИ, София, 2010 г.

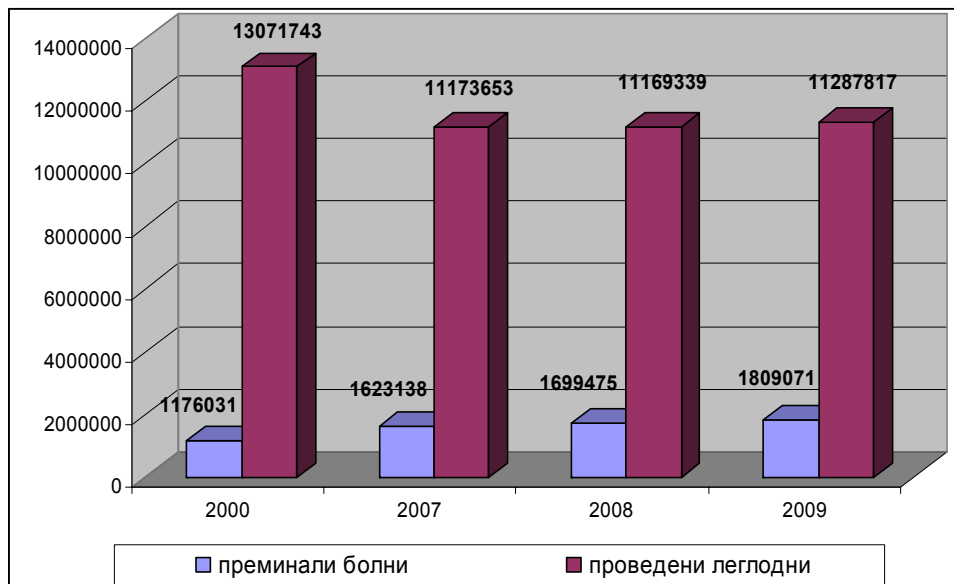
Фиг. 46. Относителен дял на леглата по вид в МБАЛ през 2009 г. (по данни на НЦЗИ⁸⁴)



За периода 2000–2009 г., броят на **преминалите болни** през лечебните заведения за болнична помощ като цяло непрекъснато се увеличава и достига 1 809 071 (Фиг. 45), докато броят на проведените леглодни бележи спад до 2008 г., след което, през 2009 г. има увеличение на показателя със 118 478 дни и достига 11 287 817.

Фиг. 47. Преминали болни в лечебните заведения за болнична помощ и проведени леглодни през 2000, 2007 и 2008 и 2009 г. (по данни на НЦЗИ)

(без лечебните заведения към други ведомства)



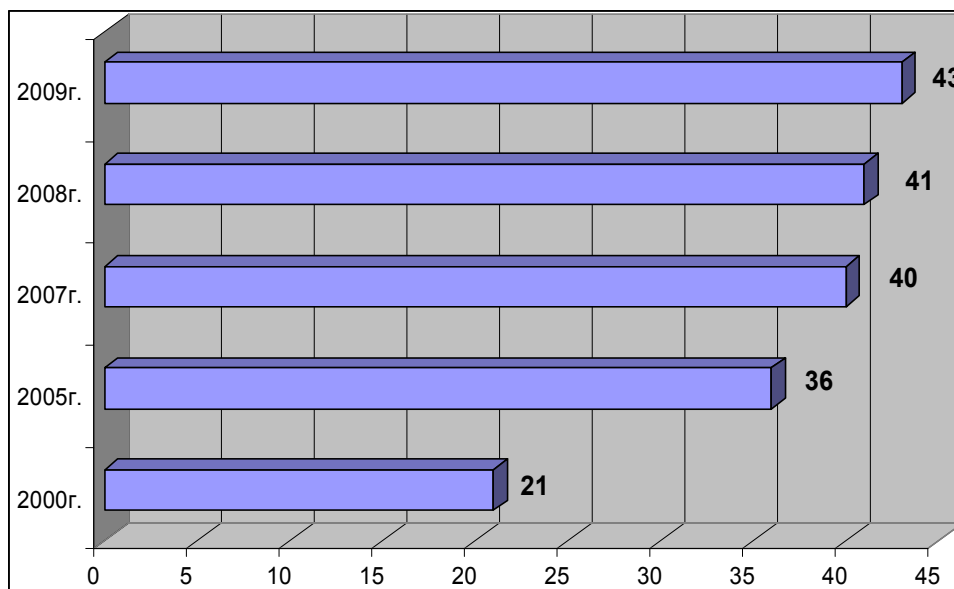
Формира се средно висок показател за хоспитализация – 25.83% (23.95% за 2008 г.), доближаващ се до средните стойности за ЕС.

⁸⁴ Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, НЦЗИ, София, 2010 г.

Използваемостта на легловия фонд за 2009 г. е 267 дни (269 за 2008 г.), като в по-голямата част от ЛЗ за болнична помощ се запазва на същото ниво. (Табл.16 в Приложението). Увеличаване на използваемостта е регистрирана предимно в специализираните болници за рехабилитация и в психиатричните лечебни заведения.

Наблюдава се постепенно увеличаване на **оборота на леглата** като резултат от намаляване на средния болничен престой (Фиг. 46).

Фиг. 48. Оборот на болничните легла, без тези към други ведомства



От 2000 г. **продължителността на болничния престой** бележи стабилна тенденция за намаляване. През 2009 г. средният престой за всички ЛЗ за болнична помощ е 6.2 дни (при 6.6 за 2008 г.), като за многопорофилните болници е намалял от 10.1 дни през 2000 г. на 5.9 - за 2009 г. а за специализираните болници за активно лечение – от 10.4 дни на 6.0 дни (6.3 дни 2008).

Психиатричните лечебни заведения запазват най-висок среден престой от 60.9 дни за болниците (60.1 за 2008) и 22.8 за психиатричните диспансери (22.3 за 2008), следвани от пневмо-фтизиатричните диспансери – 11.0 (12.3 дни през 2008). Голямата средна продължителност в тези болнични заведения се обуславя от спецификата на заболяванията.

През 2009 г. НЗОК е сключила общо 428 договора с изпълнители на болнична медицинска помощ. За дейност по клинични пътеки (КП) договорни партньори са 161 многопрофилни болници, 78 специализирани болници, 33 диспансера, 28 МЦ, 14 ДКЦ, 1 МСЦ, 19 СБР и 16 други. Спрямо 2008 година договорите за дейности по КП са се увеличили с 11, за сметка на многопрофилните и специализираните болници. Общият брой договори за високоспециализирани дейности на лечебни заведения за болнична помощ и лечебни заведения от СИМП с разкрити легла е 76, от които – 13 с многопрофилни болници, 10 с диспансери, 17 с МЦ, 33 с ДКЦ, 1 с МСЦ и 3 с други.

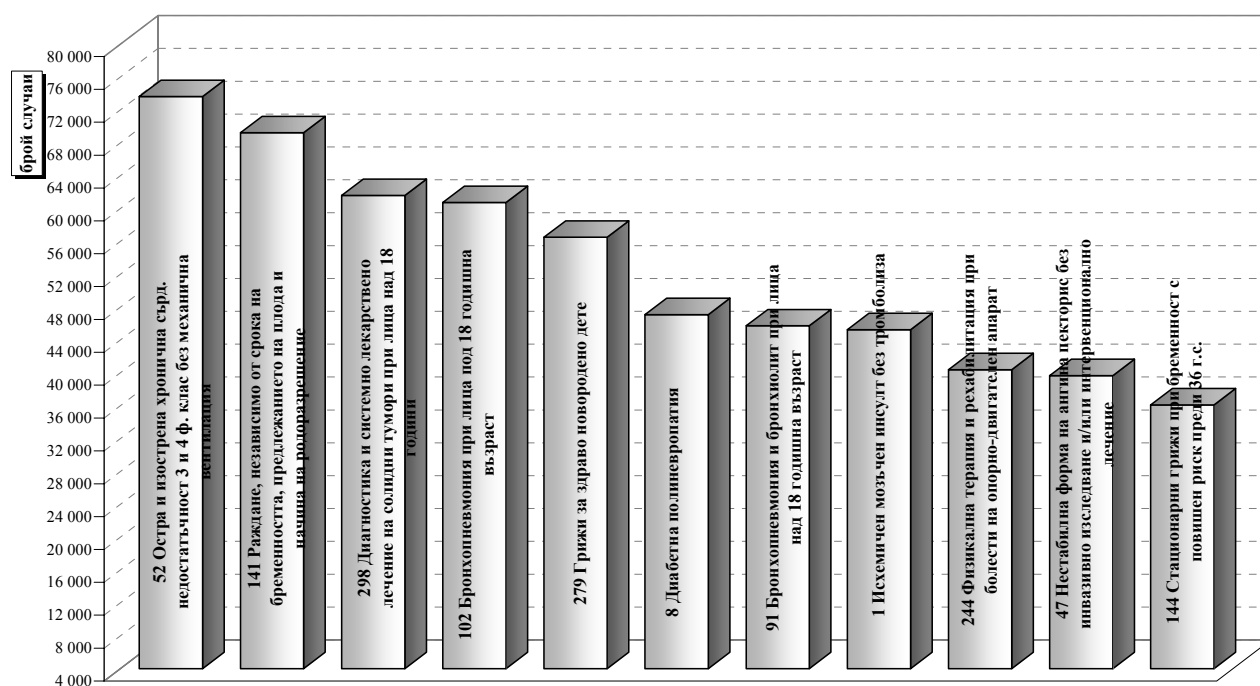
За дейности в болничната помощ НЗОК е изплатила общо 977 587 хил. лв., в т.ч. 1 655 хил.лв за здравнонеосигурени родилки.

Регистрираното увеличаване на хоспитализациите, при запазване на броя на клиничните пътеки, продължава и през 2009 г. когато по КП общият брой хоспитализирани е 1 765 840 или с 8.0% повече спрямо 2008 г. (1 634 431). Най-висок е броят на хоспитализираните в УМБАЛ «Св. Георги», гр. Пловдив - 69 677; МБАЛ «Св.

Марина» ЕАД, гр. Варна 44 096; МБАЛСМ «Н. И. Пирогов» ЕАД – 40 705; УМБАЛ Плевен ЕАД – 35 795, Военномедицинска академия – 32 328, МБАЛ Русе АД – 31 506. 28 заведения са отчели по-малко от 200 хоспитализации, като това са предимно ДКЦ и МЦ, с разкрити легла и специализирани частни болници.

Десетте клинични пътеки, с отчетен най-висок брой случаи за 2009 г., са представени на Фиг. 47.

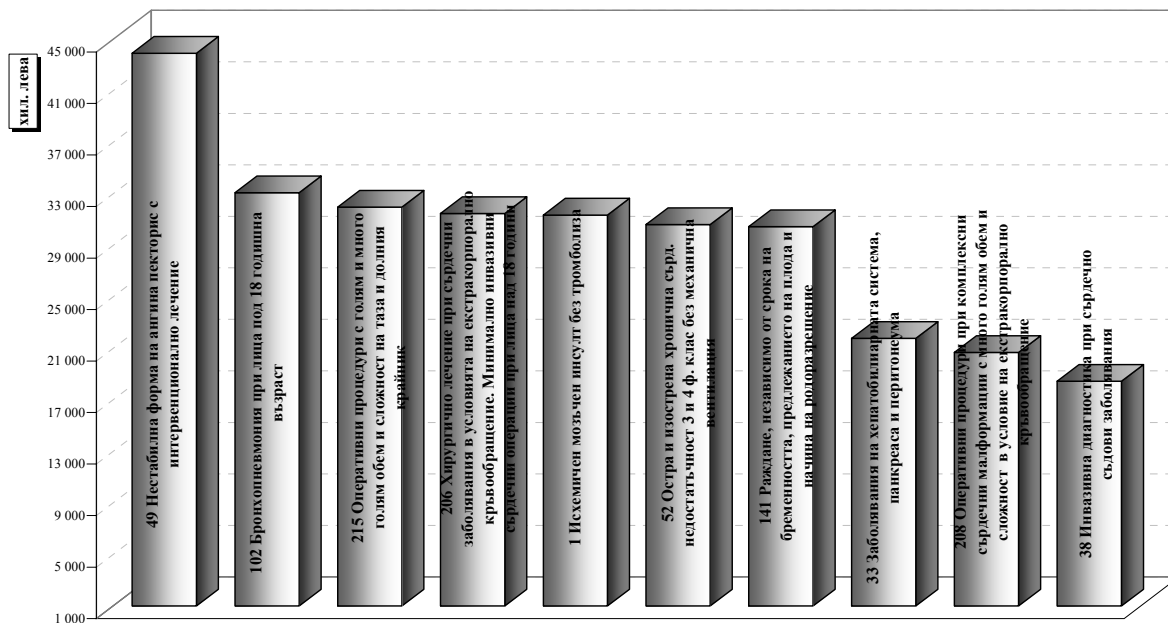
Фиг. 49. Десетте клинични пътеки с отчетени най-висок брой случаи през 2009г.⁸⁵



Наблюдаваното, макар и непълно съответствие между КП, за които са заплатени най-много средства и тези, по които са отчетени най-висок брой случаи, се отчита и през 2009 г. (Фиг. 48.).

⁸⁵ Годишен отчет за изпълнението на бюджета на националната здравноосигурителна каса за 2009 г.

Фиг. 50. Десетте клинични пътеки с най-висок разход на средства през 2009 г.⁸⁶



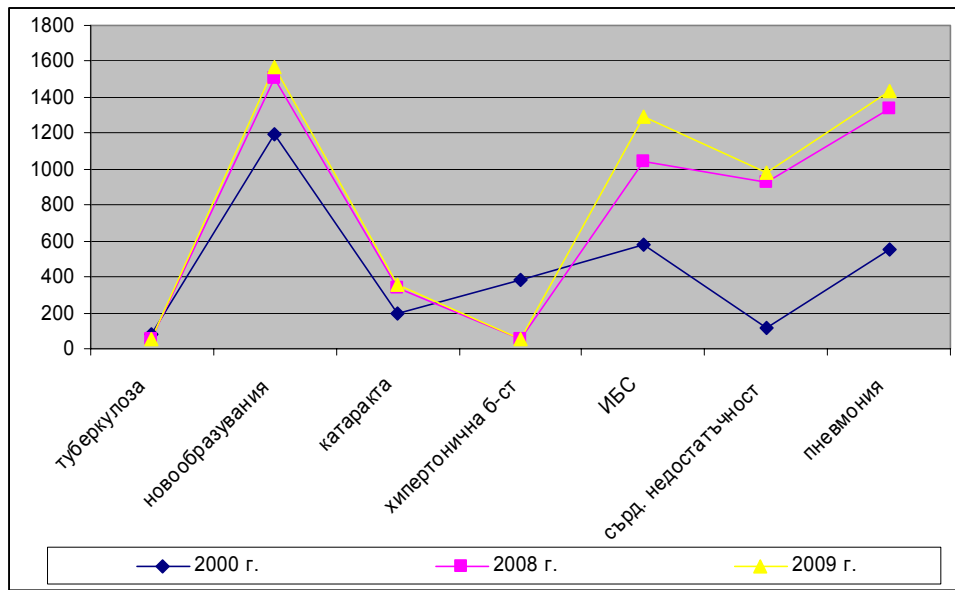
Средномесечният разход на НЗОК за болнична медицинска помощ през 2009 г. възлиза на 81 328 хил. лв., а през 2008 г. – 83 782 хил. лв. т.е. разходите за БП за 2009 спрямо 2008 година средно на месец са намалели с 2 454 хил. лева или с 2,9 %. Това произтича от факта, че през м. декември 2008 г. са изплатени средства за извършената дейност през м. декември 2008г., която се изплаща от бюджета за следващата година в размер на 88 000 хил.лв.

Средномесечният брой хоспитализирани през 2009 г. е 147 153 спрямо 136 203 за 2008 г., т.е увеличението по този показател е с 10 951 пациента на месец. Средната цена на един преминал болен през 2009 г. е 619 лв., а за 2008 г. - 566 лв. или увеличението е с 9.3%.

По данни на НЦЗИ за периода 2000-2009 г. се установява тенденция за увеличаване на абсолютния брой на всички хоспитализирани случаи в стационарите на лечебните заведения.. Отбелязват се значими промени и в хоспитализационната честота по повод на някои заболявания, отразени на Фиг. 49. Трудно може да се отчете в каква степен това е резултат от изкривяването на данните, породено от въвеждането на клиничните пътеки или оказват влияние и други фактори.

⁸⁶ Годишен отчет за за изпълнението на бюджета на националната здравноосигурителна каса за 2009 г.

Фиг. 51. Честота на хоспитализациите по повод на някои заболявания на 100 000 население⁸⁷ (по данни на НЦЗИ)



Отбелязаните през предходните години **проблеми** в болничната помощ не са преодолени и през 2009 г.:

- все още не е направена оценка и реструктуриране на *болничната мрежа*;
- регистрират се нови, специализирани, предимно с частна форма на собственост, болнични заведения, без да е направена предварителна оценка за реалната необходимост от тях;
- ограничени са финансовите средства за поддържане на дълготрайните активи като сгради, оборудване, инфраструктура. Остарялата материално-техническа база на държавните и общинските лечебни заведения се нуждае от модернизирани;
- налице е тенденция за увеличаване на равнището на просрочените задължения на лечебните заведения – търговски дружества;
- стойността на КП не е обвързана с тежестта на заболяването, придружаващите заболявания и качеството на предоставеното лечение, което създава възможност за увеличаване хоспитализациите на болни по “доходоносни” КП и стремеж за вписване на диагноза, която е включена в КП с по-добро финансиране и ограничено хоспитализиране на възрастни, полиморбидни и рискови пациенти;
- подходът на финансиране по КП се свързва с генериране на загуби от лечебни заведения, които лекуват комплицирани случаи;
- рискът да не се осъществи заплащане от НЗОК е свързан със съществена промяна в диагностичния процес – извършват се само диагностични дейности, които са вписани в алгоритъма на КП, включваща окончателната диагноза и в редица случаи се пропускат диагностично-лечебни дейности, които са необходими за уточняване на състоянието и комплексното лечение на пациента;
- продължава съществуването на нерационална структура на болничния леглови фонд по области и специалности;

⁸⁷ НЦЗИ, 2010 г.

- недостатъчен е броят на профилираните лечебни заведения за пациенти със завършило активно лечение (за долекуване и рехабилитация и др.);
- продължава увеличаването на показателя за хоспитализация, което се дължи на недобре функциониращата извънболнична помощ (недостатъчна квалификация на ОПЛ, ограничени регулативни стандарти в първичната помощ и неограничени възможности за хоспитализиране), разкриването на спешни отделения в болниците и др.
- достъпът до лечение на лицата, зависими към наркотици е затруднен по териториални и финансови причини.
- рехабилитацията и ресоциализацията на хората, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества, е важна част в цялостния процес за тяхното биологично и психо-социално възстановяване. Стабилизирането на успешно функциониращите български програми, работещи по този модел и разкриването на нови програми, е от ключово значение за повишаване качеството на работа със зависими пациенти в България.

Насоки за развитие на болничната помощ:

- Провеждане на задълбочен анализ и оценка на нормативната база и съществуващата здравна мрежа с оглед преструктуриране и оптимизиране на легловия фонд
- Създаване на мрежа от лечебни заведения за долекуване, хосписи и социални домове, както и подобряването на координацията между отделните звена.
- Въвеждане на единна методика за остойностяване на клиничните пътеки въз основа на здравно-статистически анализи и въвеждане на коефициенти за тежест и коморбидност. Водещ принцип при формулирането на клиничните пътеки да бъде диагнозата, а не процедурата.
- Разработване на адекватен инструментариум за контрол на качеството.
- Разработване и регламентиране на обучителни програми в областта на болничното управление, икономическите анализи, маркетинга и информационното осигуряване.

2.3. Спешна медицинска помощ

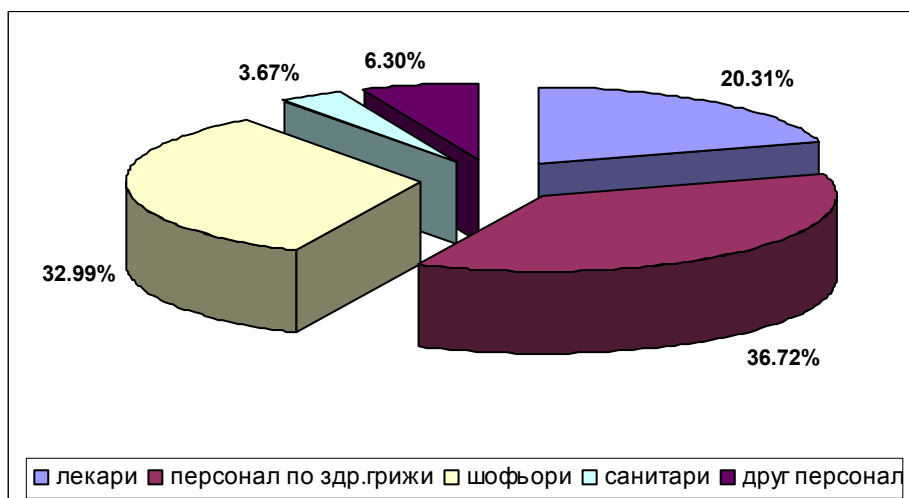
През 2009г. и към момента системата на СМП е изградена от **28 центъра** за спешна медицинска помощ с разкрити към тях **198 филиала** (ФСМП).

Всеки център за спешна медицинска помощ разполага с Районна координационна централа. Повикванията за спешна медицинска помощ от съответната административна област се приемат в областните Районни координационни центри чрез единен безплатен телефонен номер 150, който е общодостъпен както от фиксираните телефонни мрежи, така и от всички мобилни оператори. Районната координационна централа (РКЦ) осигурява координацията и оперативното ръководство на системата.

Към 31.12.2009г. числеността на персонала на централите за спешна медицинска помощ по данни на НЦЗИ е 6868 души (Табл. 17 от Приложението и Фиг. 50). Системата изпитва недостиг от персонал за осигуряване на дейността ѝ. Екипите на спешна медицинска помощ в повечето от централите са с недостатъчна щатна осигуреност за изпълнението на Наредбата за определяне на видовете работа, за които се установява намалено работно време.

Има недостиг на лекари и друг медицински персонал в централите за спешна медицинска помощ. Текущото на кадри поставя в критично състояние осигуряването на дейността.

Фиг. 52. Численост на персонала в ЦСМП през 2009 г. по категории (в %)



Медицинска помощ при спешни състояния се оказва от **392** екипа, от които: 90 реанимационни, 265 – лекарски/долекарски и 37 транспортни екипа (данни на МЗ).

През 2009 г. от екипите на ЦСМП са изпълнени общо 841 488 повиквания (843 029 за 2008 г.), от които 644 649 (76.6 %) – спешни, 84 011 – за неотложна помощ и 112 828 – за санитарен транспорт (Табл. 18 от Приложението). Наблюдава се известно увеличаване на броя на спешните повиквания за сметка на неспешните. Общият брой на обслужените лица от ЦСМП и спешните отделения на лечебните заведения е нарастнал от 2 410 898 през 2008 г. на 2 538 420 през 2009 г. (Табл. 19 от Приложението).

Средната натовареност на мобилен екип, в рамките на една работна смяна, е 3.3 повиквания и е леко увеличена спрямо 2008 г. (3 повиквания). През 2009 г. (по данни на МЗ) броят на постъпилите в спешните отделения на МБАЛ, транспортирани от мобилни екипи, е 122 115 (115 819 за 2008 г.), от които 102 633 са възрастни и 19 482 са деца (при съответно 97 657 и 18 162 за 2008 г.). Броят на хоспитализираните пациенти от екипите на ЦСМП е увеличен от 176 835 през 2008 г. на 185 207 през 2009 г. (по данни на МЗ).

ЦСМП осигурява и транспорт на пациенти на хронично диализно лечение, транспорт на кръвни проби за алкохол и упойващи вещества, транспорт на починали за съдебномедицинска експертиза и др. Делът на повикванията за транспорт остава голям и през 2009 г. – 13.4% (13.2% за 2008 г.) – по данни на НЦЗИ. Броят на пациентите, нуждаещи се от хемодиализа, за 2009г. е 2 610 души и е най - голям в гр. София /423/, Пловдив /188/, Варна /162/, Бургас /147/ и др. (МЗ).

Републиканската консултативна медицинска помощ при спешни състояния се реализира чрез пет центъра за спешна медицинска помощ - София, Пловдив, Варна, Стара Загора и Плевен. При осъществяването ѝ се установяват трудности при осигуряване на спешни консултанти, които, поради неудовлетвореност както от нивото на заплащане (до 40% от клиничната пътека), така и от забавянето на заплащането от страна на болниците, често отказват консултации.

Общо изминатите километри за всички видове наземен транспорт, извършван от центровете за спешна медицинска помощ през 2008 г. са 19 250 303 км., а само за първото шестмесечие на 2009 г.- 18 905 426 км.(по данни на МЗ).

С решение № 898/19.11.2009г. Министерският съвет на Република България определи дейностите, при които военни въздухоплавателни средства могат да се използват от Министерство на вътрешните работи и Министерство на здравеопазването.

Конкретните условия и ред за използване се уреждат със съвместна заповед на министъра на отбраната, министъра на вътрешните работи и министъра на здравеопазването.

Сградният фонд на ЦСМП като цяло е с достатъчна площ, но след преминаването на Спешните отделения към МБАЛ, голяма част от останалите в разпореждане на централните помещения са в недобро състояние. Същите не са ремонтирани или са ремонтирани спорадично. Неуреденият проблем със собствеността на сградния фонд на централите, затруднява извършването на капиталови разходи за поддръжка и води до чести спорове между ЦСМП и съответното търговско дружество, в чийто капитал са вписани помещенията, ползвани за дейността на спешната помощ. Остава неизяснен и основният въпрос за собствеността на терените, върху които са разположени централите и филиалите, предоставени на база споразумителни протоколи, сключени през периода 1996-1999г. за ползване за 10 години. Съществува риск в близко бъдеще създадената зависимост на държавната структура ЦСМП от съдбата и волята на лечебните заведения - търговски дружества да предизвика и неблагоприятния в работата на системата за спешна помощ в България.

Центровете за спешна медицинска помощ разполагат общо с **813** санитарни автомобили от типа "Citroen Jumper", "Citroen 4x4" "Citroen Berlingo", "Land Rover", Citroen ZX, Фиат Ивеко, Форд Транзит, Фолсваген Транспортер, Опел Виваро.

От 2007 г. започна поетапна подмяна на санитарните автомобили: през 2007г. - 157 нови санитарни автомобили за ЦСМП, финансирани чрез BUL 45 65, заемно споразумение между Република България и МБВР /Световна банка/; през 2008г. - 108 бр. санитарни автомобили. от които 68бр. стандартни и 48бр. тип 4x4. От тях 16 бр. са закупени по проект ФАР BG04/IB/SO/04 "Преструктуриране на пилотни многопрофилни болници и развитие на спешна медицинска помощ с цел подобряване на достъпа до здравеопазване на уязвими групи от населението със специален фокус към ромското население"- Финансиране чрез BUL 45 65, заемно споразумение между Република България и МБВР /Световна банка/; през 2009г. - 162 бр. санитарни автомобили, финансирани с бюджетни средства от МЗ.

През периода 2008-2009г., заедно с обновяването на автопарка на ЦСМП, се извърши подмяна на остарялата и амортизирана апаратура в санитарните автомобили - дефибрилатори, респиратори, инфузионни помпи. На този етап екипите на ЦСМП са оборудвани с необходимата съвременна медицинска апаратура.

Табл. 13.

Вид апаратура (дефибрилатори, ЕКГ, респиратори, инфузионна помпа) за 2005 г.- 2009 г.																				
ДЕФИБРИЛАТОРИ					ЕКГ					РЕСПИРАТОРИ					ИНФУЗИОННИ ПОМПИ			реанимационни чанти		
2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2008	2009
354	364	360	92	60	415	402	404	134	264	243	234	232	100	100	255	270	262	50	100	320

ЦСМП се финансират чрез *пряка държавна субсидия* от републиканския бюджет. Съгласно методиката за реда за субсидиране на преобразуваните държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ и лечебните заведения за болнична помощ с

държавно и/или общинско участие в капитала, през 2009г, се предоставя субсидия на болниците за дейност „Оценка на здравословното състояние и поставяне на индикации за спешно състояние на пациент, които не са хоспитализирани в същата болница”.

През 2009г. бе усъвършенствана комуникационно-информационната система с оглед по-бързо, по-достъпно и по-надеждно обслужване и развитие на хоризонталната връзка (между всички ЦСМП) и вертикалната (свързването в национална мрежа с оформяне на единна база данни и единен координационен център) интегрираност на системата. Като резултат от създаването и развитието на Националната система за спешни повиквания с единен европейски телефонен номер 112, през 2009г. се извърши практическото му внедряване за нуждите на МЗ и ЦСМП.

Към 17 септември 2009 г. новата комуникационно-информационна система поетапно е въведена и функционира във всичките 28 центъра за спешна медицинска помощ. Тя представлява цялостна интегрирана система, която предоставя единна комуникационна мрежа на центровете за спешна медицинска помощ и техните филиали и осигуряване на комуникационна среда за връзка към информационните системи на МЗ и предоставя услуги за пренос на глас и данни. Комуникационната мрежа свързва над 200 точки на територията на цялата страна. В интегрираната комуникационно-информационна система са включени Център за управление на обажданията и Информационна система.

С оглед постигането на максимална функционалност, ефективно управление и стриктен контрол на всички процеси, бе предвидено и внедряването на автоматизирана система за оперативен контрол и управление на линейките, осигуряваща оперативното взаимодействие на дежурния персонал в координационните централи на ЦСМП с мобилните единици и екипи чрез проследяване на тяхното движение, изпращане на информационни, предупредителни и други съобщения за подпомагане на дейността. В тази връзка през 2009г. са оборудвани с GPS позициониращи устройства 300бр. от новозакупените 420бр. санитарни автомобили.

НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ НА СИСТЕМАТА ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

С оглед осигуряването на качеството и достъпността на спешната медицинска помощ е необходимо развитие на системата на спешна медицинска помощ в няколко направления:

1. Дейности по съпоставимост с другите европейски страни:

- Усъвършенстване на съществуващата и разработване и въвеждане на нова нормативна база с оглед диференциране и ясно дефиниране на функциите и задълженията на системата за спешна медицинска помощ;
- Освобождаване и ограничаване на неспецифичните дейности, извършвани от ЦСМП (транспорт на хемодиализно болни, транспорт на проби за алкохол и упойващи вещества);
- Усъвършенстване на хоризонталната интеграция на системата на ниво областен ЦСМП с използването на съвременни комуникационни технологии за връзка между РКЦ и мобилните единици и екипи;
- Усъвършенстване на хоризонталната интеграция на системата между отделните ЦСМП и изграждане на вертикална интегрираност на системата;
- Изграждане на връзка между РКЦ и мобилните единици от една страна, и спешните отделения в многопрофилните болници (телемедицинско направление);
- Изграждане на национален координационен център, който да осигури развитие на хоризонталната и вертикалната координация на системата за спешна медицинска помощ и взаимодействието и с другите структури на здравната система;

- Осъществяване информационен обмен между националната система за спешна медицинска помощ и системата на единния европейски номер за спешни повиквания 112;
- Поетапно изготвяне и въвеждане на нова нормативна база с оглед установяване на система за качество на оказваната медицинска помощ при пациенти със спешни състояния.

По отношение на спешно отделение - независимо че е в структурата на областните болници е необходимо да се утвърди модел на структура, да бъдат дефинирани обем минимални и/или задължителни манипулации и дейности в спешно отделение, квалификационните изисквания към персонала на СО и екипите, да бъдат диференцирани точно функциите на спешно отделение от първичната медицинска помощ.

2. Дейности по ресурсно осигуряване:

- Периодичен анализ и оценка на собствеността и състоянието на съществуващата материално-техническа база (сгради, автопарк) и апаратура;
- Ефективно разпределение на наличните материални и финансови ресурси;
- Приоритетно насочване на финансови ресурси за закупуване на нови, съвременно оборудвани санитарни автомобили;
- Периодична оценка на необходимостта от развитие на собствен въздушен санитарен транспорт (хеликоптери) или използването на външен изпълнител с цел подсилване на транспортната система и осигуряване на медицинска помощ при спешни състояния в труднодостъпни райони, при бедствени ситуации и кризи;
- Регламентиране отношенията на собственост върху ползваните помещения и ремонт на сграден фонд.

3. Квалификация на персонала:

Към настоящия момент съществува липса на лекари и медицински персонал в центровете за спешна медицинска помощ (около 20-25% незаети щатове). Във връзка с преструктурирането и преминаването на спешните отделения към областните болници се увеличи текучество на лекарите и персонала и напускането им от центровете, което ги поставя в критично състояние по отношение на кадровото осигуряване на дейността.

- Изготвяне на концепция за подбор, обучение и развитие на човешките ресурси;
- Спешно обучение в кратки срокове на кадри за системата;
- Разширяване на специалностите, които може да специализират работещите лекари в ЦСМП и утвърждаването на ЦСМП като бази за специализация;
- поддържане и повишаване на квалификацията и продължително обучение на персонала от всички нива на системата.

2.5. Финансиране на здравната система

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

1. Политика в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве /осъществяване на ефективен здравен контрол и ограничаване на заболяемостта/.
2. Политика в областта на диагностиката и лечението /осигуряване на достъпни и качествени медицинска помощ и услуги/.

3. Политика в областта на лекарствата и медицинските изделия /осигуряване на навременен достъп до лекарства и медицински изделия, които отговарят на стандартите за качества, безопасност и ефективност/.

Съгласно Приложение № 1 е изготвена справка за отчетените разходи по бюджета на МЗ по програми в рамките на изпълняваните политики, с описание на разходите.

За 2009 г. продължава приоритетното финансиране от бюджета на МЗ на програми, свързани с лечението и профилактиката на национално значими заболявания. Финансирани са дейностите, свързани с общественото здравеопазване, осигурявани са скъпоструващи лекарствени продукти и медицински изделия.

Със Закона за държавния бюджет на Р. България за 2009 г./ЗДБРБ/ утвърдените разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването са в размер на 644,8 млн. лв. С наложените ограничения по бюджета на министерството за 2009 г., общият лимит за разходи е намален със 116,5 млн. лв.

Отчетените разходи на МЗ за 2009 г. са в размер на 537,4 млн. лв., което представлява 83,34 на сто от предвидените със ЗДБРБ за 2009 г.

С най-голям относителен дял за 2009 г. са разходите:

- | | |
|---|----------------|
| - за централни доставки на медикаменти, консумативи и биопродукти | 108,6 млн. лв. |
| - за финансиране на лечебни заведения за болнична помощ | 123,3 млн. лв. |
| - за второстепенни разпоредители с кредити | 196,1 млн. лв. |
| - за капиталови разходи | 70,3 млн. лв. |

За 2009 г. от бюджета на МЗ продължава приоритетното финансиране на програми, свързани с лечението и профилактиката на национално значими заболявания. Финансират се дейностите, свързани с общественото здравеопазване и се осигуряват скъпоструващи лекарствени продукти и медицински изделия.

Със закона за държавния бюджет за 2009 г. за централни доставки на медикаменти, консумативи и биопродукти, са утвърдени средства в размер на 169,8 млн. лв., като към 31.12.2009 г., усвоените средства са в размер на 108,6 млн. лв. или 63,98 %.

От предвидените средства по отделните видове доставки, са усвоени както следва :

- за лекарствени продукти (Наредба № 34) – усвоени 83,9 млн. лв. или 61,71% от средствата предвидени по ЗДБ;
- за биопродукти (ваксини и специфични серуми) – усвоени 8,5 млн. лв. или 84,80% от средства предвидени по ЗДБ;
- за радиоактивни лекарствени продукти, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекусори (наредба № 34) – са усвоени 0,75 млн. лв. или 62,52% от средствата предвидени по ЗДБ;
- за медицински изделия за вземане, диагностициране, преработване и съхраняване на кръв и кръвни съставки – са усвоени 1,7 млн. лв. или 69,74% от средствата предвидени по ЗДБ;
- за санитарна авиация – са усвоени 0,1 млн. лв. или 12,55% от средствата предвидени по ЗДБ;
- за специални рецептурни бланки – са усвоени 0,06 млн. лв. или 59,51% от средствата предвидени от ЗДБ;
- за медицински изделия за лечение на болни с бъбречна недостатъчност на диализно лечение (Наредба 34) – са усвоени 13,1 млн. лв. или 69,94% от средствата предвидени от ЗДБ;
- за китове, реактиви и консумативи за изследване на бременни жени и деца – са усвоени 0,6 млн. лв. или 57,49% от средствата предвидени по ЗДБ;

В края на 2009 г. поради намаления размер на средствата за разплащане на централните доставки на лекарствени продукти по Наредба № 34, медицински изделия, биопродукти и диагностикуми, останаха неразплатени задължения в размер на 23,6 млн. лв.

Разходи за национални програми.

Със закона за държавния бюджет за 2009 г. са предвидени средства в размер на 18, 8 млн. лв. за изпълнение на 35 национални програми.

Към 31.12.2009 г. са усвоени средства в размер на 8, 3 млн. лв. за изпълнение на дейности по 14 национални програми, което 44,18% от предвидените средства по ЗДБ за 2009 г.

Разходи за финансиране на лечебни заведения за болнична помощ.

Със закона за държавния бюджет за 2009 г. са предвидени средства в размер на 140 млн. лв. за финансиране на медицински дейности, изплащани по реда на утвърдена методика, които обхващат: стационарна психиатрична помощ; продължаващо лечение и рехабилитация на туберкулоза; оценка на здравословното състояние, проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и болнично лечение на пациенти със СПИН; диспансерна дейност, за издаване на експертни решения от ТЕЛК; извършени диализи за интензивно лечение, високотехнологични дейности; диагностични изследвания с РЕТ/СТ апаратура; реплантации, физикална терапия и рехабилитация; както и за отдых и лечение на ветераните от войните. Предвидено е и изплащане на дейности за трансплантация по наредба № 29, както и субсидии за болници в отдалечени и рискови райони. Разходните средства към 31.12.2009 г. по дейности са размер на 123,2 млн. лв., което е 88,02% от предвиденото със ЗДБ за 2009 г.

В края на 2009 г. поради редуциране на бюджетните разходи, останаха неразплатени субсидии за болнична помощ:

- редовна субсидия за месец декември – 9. 7 млн. лв.
- доплащане за месец ноември – 2,1 млн. лв.
- отдалечени райони за четвърто тримесечие на 2009 г. – 2 млн. лв.

Разходи за ВРБК

В системата на Министерство на здравеопазването функционират 144 броя самостоятелни здравни и лечебни заведения - юридически лица на бюджетна издръжка. Групирането и разпределението на разходите по икономически елементи, е съобразено със спецификата на отделните бюджетни структури и дейностите, които те извършват, съобразно приоритетността на съответните програми.

Министерството на здравеопазването финансира следните второстепенни разпоредители с бюджетни кредити:

- 28 бр. Центрове по спешна медицинска помощ (ЦСМП);
- 28 бр. Регионални инспекции по опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ);
- 7 бр. Национални центрове (НЦ)
- 32 бр. Домове за медико-социални грижи за деца до 3 години (ДМСГД)
- 12 бр. Държавни психиатрични болници (ДПБ)
- 4 бр. Центрове по хемотрансфузиология (РЦТХ)
- 28 бр. Регионални центрове по здравеопазване (РЦЗ)
- Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ)
- Изпълнителна агенция по трансплантации (ИАТ)
- Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК)

- Център „Фонд за лечение на деца” (ЦФЛД)
- Център „Фонд за асистирана репродукция” (ЦФАР)

Дейностите, които съгласно действащите закони (Закон за здравето; Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането; Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки) са определени като държавна отговорност и се финансират от държавния бюджет чрез бюджета на Министерство на здравеопазването са:

- ✓ Опазване и контрол на общественото здраве;
- ✓ Стационарна психиатрична помощ;
- ✓ Трансплантация на органи, тъкани и клетки;
- ✓ Медицинска експертиза на работоспособността;
- ✓ Трансфузионна хематология;
- ✓ Медицински транспорт;
- ✓ Спешна медицинска помощ;
- ✓ Медико-социални грижи за деца от 0 – 3 години.

Със ЗДБ за 2009 г. за второстепенните разпоредители с бюджетни кредити, са предвидени средства в размер на 211,9 млн. лв. Усвоените средства към 31.12.2009 г. са в размер на 196,1 млн. лв. или 92,56% от предвидените, както следва:

Недостигът на бюджетни средства създаде условия за натрупване на неразплатени задължения към 31.12.2009 г., като общият размер на задълженията е 7,4 млн. лв.

Разходи за международни програми.

По международните програми усвоените средства са в размер на 15,3 млн. лв., като от тях за текуща издръжка са усвоени средства в размер на 12,6 млн. лв. и за капиталови разходи 2,7 млн. лв.

Най-голям дял в размера на усвоените средства имат програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, а именно:

- Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба. Усвоените средства са общо: 6,2 млн. лв., от които за издръжка 5,2 млн. лв. и за капиталови разходи 1 млн. лв.
- Програма „Превенция върху контрола на туберкулозата в България”. Усвоените средства са общо 5,6 млн. лв., от които за текуща издръжка 4,1 млн. лв. и за капиталови разходи 1,5 млн. лв.

;

Табл. 14. Разходи по бюджета на МЗ за 2009 г. по програми в рамките на изпълняваните политики

ОТЧЕТ НА РАЗХОДИТЕ за периода 01.01.2009 - 31.12.2009 г.	Уточнен план (в хил. лева)	Отчет (в хил. лева)
Общо разходи на ПРБК	615 796,1	537 374,1
Политика в областта на ПРОМОЦИЯТА, ПРЕВЕНЦИЯТА И КОНТРОЛА НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ	85 018,8	72 160,5
<i>Програма 1 «Здравен контрол»</i>	25 154,3	22 416,3
<i>Програма 2 «Профилактика на незаразните болести»</i>	17 520,4	10 318,1
<i>Програма 3 «Профилактика и надзор на заразните болести»</i>	35 613,6	33 534,3
<i>Програма 4 «Вторична профилактика на болестите»</i>	4 891,2	4 431,9
<i>Програма 5 «Намаляване търсенето на наркотици»</i>	1 839,3	1 459,9
Политика в областта на ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО	392 820,3	363 828,6
<i>Програма 6 «Извънболнична помощ»</i>	6 110,9	2 314,4
<i>Програма 7 «Болнична помощ»</i>	122 341,0	114 908,7
<i>Програма 8 «Диспансери»</i>	22 225,3	20 824,2
<i>Програма 9 «Спешна медицинска помощ»</i>	83 251,4	74 656,9
<i>Програма 10 «Трансплантация на органи, тъкани и клетки»</i>	2 361,6	2 351,9
<i>Програма 11 «Осигуряване на кръв и кръвни съставки»</i>	12 122,8	10 601,1
<i>Програма 12 «Медикосоциални грижи за деца в неравностойно положение»</i>	36 839,3	33 190,9
<i>Програма 13 «Експертизи за степен на увреждания и трайна неработоспособност»</i>	6 965,6	6 658,0
<i>Програма 14 «Хемодиализа»</i>	46 704,7	44 539,6
<i>Програма 15 «Други медицински услуги»</i>	639,8	525,0
<i>Програма 16 «Интензивно лечение»</i>	53 257,9	53 257,9
Политика в областта на ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ	123 301,7	88 092,6
<i>Програма 17 «Достъпни и качествени лекарствени продукти и медицински изделия»</i>	123 301,7	88 092,6
<i>Програма 18 «Администрация»</i>	14 655,3	13 292,4

Разходи по държавни инвестиционни заеми.

Разходите по държавни инвестиционни заеми са в размер на 5,6 млн. лв. Най-голям относителен дял – 75,17% имат разходите за лихвени плащания, които са в размер на 4,2 млн. лв.

По Заемно споразумение проект „Реформа в здравния сектор”, са усвоени 4,3 млн. лв. Текущите разходи и лихвени плащания са в размер на 3 млн. лв. Разходите за придобиване на дълготрайни материални активи са в размер на 1,3 млн. лв. в т.ч. УМБАЛ „Александровска” – лаборатории – 311,9 хил. лв., УМБАЛ „Александровска” – клиника по неврология 251,4 хил. лв., СБАЛАГ „Майчин дом” – пребазиране – 404,6 хил. лв. доставка на информационна система за нуждите на НЗОК – 263,6 хил. лв.

Разходите представляват окончателни плащания по договори за извършване на строителство по проекта.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

В системата на финансиране на здравеопазването съществуват проблеми по характерни от които са:

- ✓ Недостатъчно публично финансиране, което представлява основна бариера и на практика не може да се осигури добър достъп на всеки до необходимата медицинска помощ, както и да се отговори на здравните потребности на населението.
- ✓ Съществува диспропорция в разпределението на финансовия ресурс между извънболничната и болнична помощ в сравнение със заетите в извънболничната помощ и другите бюджетни дейности, както и спрямо равнището на възнагражденията на заетите в отраслите на материалния сектор на икономиката.
- ✓ Отсъствие на ясно дефинирана методология и информационна система за финансиране на болничния сектор на пазарни принципи.
- ✓ Липса на модел за ясен и мотивиран начин за финансиране на спешната медицинска помощ, включително и на интензивните и спешните отделения в болничните структури.
- ✓ Отсъствие на стройна система за адекватно, като обем и целево ориентирано финансиране на инвестиционните разходи на болниците и произтичащото от това забавяне на оптимизирането на болничната мрежа.
- ✓ Периодично възникващата задлъжнялост на болничния сектор, която съпътства дейността на здравната система през последните няколко години.
- ✓ Недостатъчни стимули за разпределяне на финансов ресурс за промоция на здравето и профилактика на болестите.
- ✓ Не е изградена интегрирана система на национални здравни сметки.
- ✓ Ролята на доброволното здравно осигуряване във финансирането на здравните услуги е незначителна.

С оглед преодоляване ограниченията в достъпа до здравни услуги е необходимо осъществяването на превантивен контрол относно финансирането на системата.

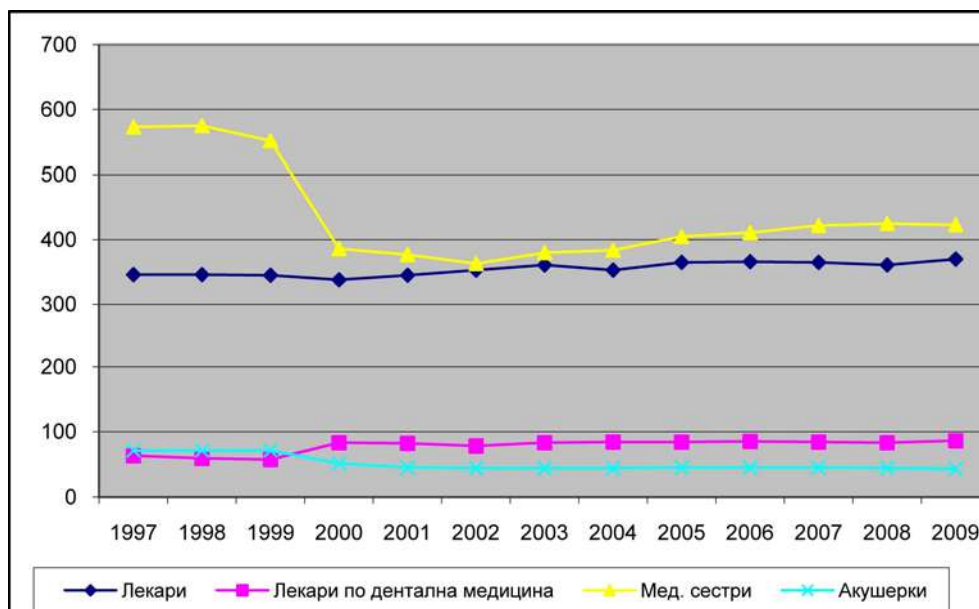
Неотложните мерки, които следва да се предприемат, няма да доведат до желанния ефект, ако не се извършат структурни промени в системата, реструктуриране на бюджетните разходи с оглед целесъобразното изразходване на средствата в Министерство на здравеопазването.

2.6. Човешки ресурси, медицинско образование

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

През 2009 г. броят на лекарите⁸⁸ е 27988 и е с 508 по-голям от този през 2008 г. Увеличението на броя на лекарите най-вероятно се дължи на факта, че през 2009 г. в НРД се поставиха условия за определен брой лекари специалисти по отделните клинични пътеки, като условие за сключване на договора, в резултат на което много пенсионирани лекари са включвани в състава на болниците, за да се отговори на това условие. Осигуреността на населението с лекари е 370‰ (Фиг. 51) и се увеличава спрямо 2008 г. (361‰)⁸⁹, като остава по-висока от тази за ЕС (323.71‰, 2008 г.)⁹⁰

Фиг. 53. Осигуреност с лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и акушерки на 100 000 души население за периода 1997-2009 г.



Броят на лекарите по дентална медицина през 2009 г. е 6493 и е увеличен спрямо предходната година с 205 лекари, като осигуреността през 2009 г. е 86‰ (при 83‰ за 2008 г.) и също е по-висока от тази за ЕС (62.62‰, 2008 г.).

Запазва се тенденцията за наличие на значителни междурегионални различия и през 2009 г. (Таблица 21 в Приложението) в осигуреността: с лекари - от 473‰ във Варна и

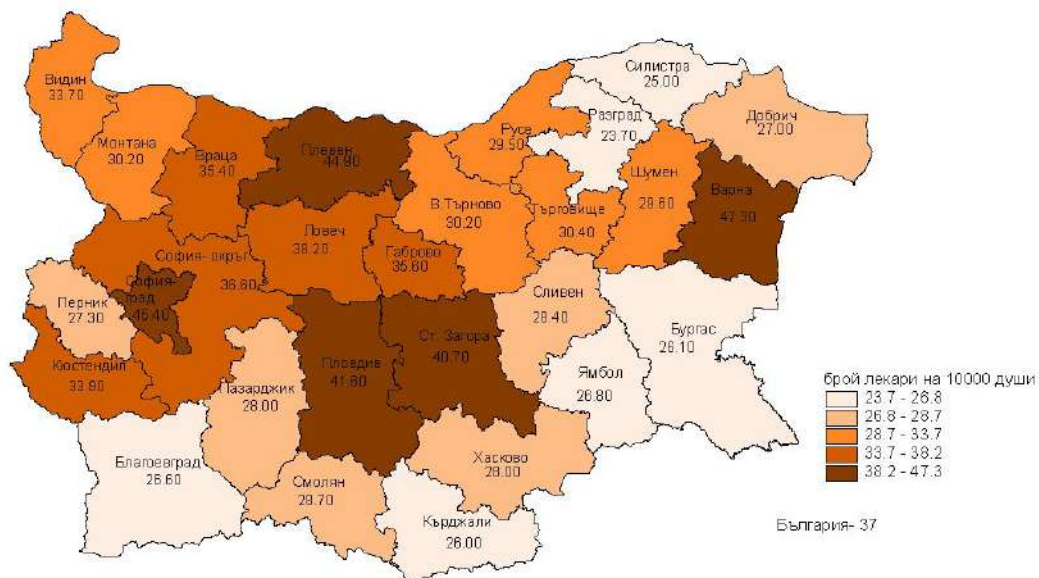
⁸⁸ НСИ: В броя на медицинския персонал (физически лица) се включват практикуващите в лечебните и здравни заведения, независимо от ведомствената подчиненост на заведенията. **Практикуващите лекари** извършват услуги директно на пациенти. Задълженията на практикуващите лекари включват: извършване на медицински преглед и поставяне на диагноза, предписване на лекарства и определяне на лечение за диагностицирани заболявания, разстройства или наранявания, осигуряване на специализирано медицинско или хирургично лечение за определени типове заболявания, разстройства или наранявания, предоставяне на съвет за и прилагане на превантивни медицински методи или лечение. Включват се: лица, които са завършили медицински университет (получили са съответната диплома) и са лицензирани (имат право да практикуват); стажанти и лекари живеещи в болници (със съответната диплома, които осигуряват обслужване под ръководството на други лекари по време на следдипломно стажуване в здравно заведение); наети или самостоятелно заети лекари, осигуряващи услуги независимо от мястото, където се предлага услугата; чуждестранни лекари, които имат право (са лицензирани) да практикуват и практикуват активно в страната.

⁸⁹ Здравеопазване. Кратък статистически справочник. НЦЗИ, 2010.

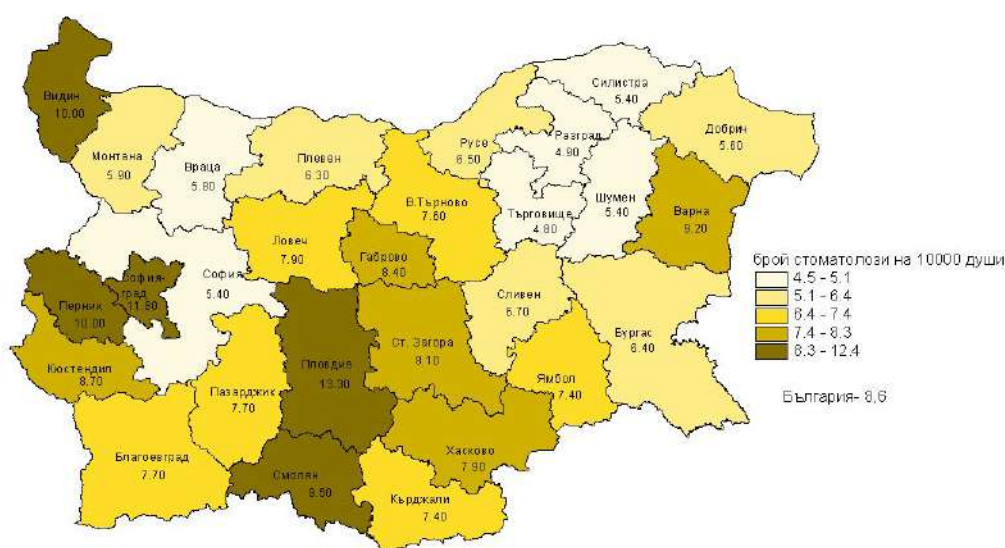
⁹⁰ www.euro.who.int

454‰ за София-град до 237‰ в област Разград (Фиг. 52); с лекари по дентална медицина – от 133‰ в Пловдив и 118‰ в София-град до 48‰ за област Търговище (Фиг. 53).

Фиг. 54. Осигуреност с лекари на 10000 души население за 2009 г. по области



Фиг. 55. Осигуреност с лекари по дентална медицина на 10000 души население за 2009 г. по области

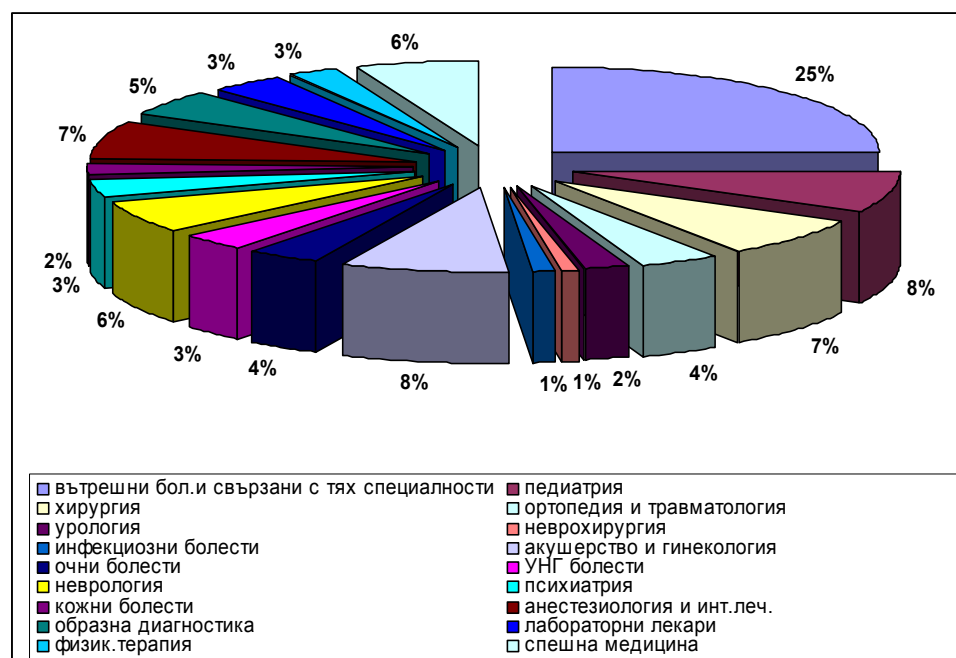


Следва да се отбележи, че има лекари, които работят едновременно в лечебни заведения за болнична и за извънболнична помощ, без да има официални статистически данни за техния брой (Таблица 20 в Приложението).

Осигуреността на населението у нас с общопрактикуващи лекари (ОПЛ) се запазва на почти едно и също ниво и през 2009 г. е 65‰ и е незначително увеличен спрямо спрямо 2008 г. (63‰), при запазени големи териториални различия. Според Европейската база данни на СЗО, показателят през 2008 г. за ЕС е 85.59‰ (Таблицы 22 и 23в Приложението). Средната възраст на лекарите-специалисти, по данни на НЗОК за 2008 г., е сравнително висока - 51.5 години при 51.9 за 2007 г.⁹¹ Не се наблюдават съществени различия при специалистите с терапевтична и хирургична насоченост.

В структурата на посочените от НСИ лекари по специалности (Фиг. 54) преобладават терапевтите (вътрешни болести и свързаните с тях специалности) – 24.98% следвани от акушер-гинеколози (8.18%), педиатри (8.14%) и хирурзи (7.33%). С най-ниски относителни дялове са представени неврохирурзи (0.88%) и инфекционисти (1.19%).

Фиг. 56. Структура на лекарите по специалности през 2009 г. (в %)



През 2009 г. най-висока е осигуреността в страната със специалисти по **вътрешни болести** (57‰). Осигуреността с **хирурзи**. е 32‰, с **акушер-гинеколози** -18‰ и с **педиатри** - 18‰. Наблюдава се тенденция за запазване на показателите за осигуреност на населението с отделните специалисти на едно и също ниво..

Специалистите в областта на общественото здравеопазване са представени основно от структурите на РИОКОЗ и са сравнително равномерно териториално разпределени. Към 31.12.2009 г., след съкращения в системата, осигуреността е 4.42 длъжности на 10 000 души население⁹². Текуществото и дефицитът на кадри с висше медицинско образование в инспекциите и липсата на мотивация за работа в системата продължават и са основен проблем за РИОКОЗ. Ниското заплащане води до намаляване не само на лекари, но и на служители с немедицински специалности, които не са мотивирани да останат в системата. От всичките 3341 длъжности една трета (30.35%) са в дирекции

⁹¹ Годишен отчет за дейността на националната здравноосигурителна каса за 2009 г.

⁹² Данни от РИОКОЗ 2010 г.

“Здравен контрол”, 25.44% - в “Надзор на заразните болести”, 19.22% - административно-финансовите дирекции и само 6.61% - в дирекция “Опазване на общественото здраве”. Броят на висшите медицински кадри (физически лица) за периода 2006 – 2009 г. непрекъснато намалява от 562 до 470, като се увеличава делът на лицата със специалност – от 71.53% на 77.66%. За разлика от висшите медицински кадри, броят на немедицинските кадри с висше образование (физически лица) остава почти непроменен.

Осигуреността с *фармацевти* през 2009 г. е 4‰ (2008 г. - 5‰) и е много по-ниска в сравнение със съответния показател за ЕС (71.18‰, 2009 г.). Трябва да се има предвид, обаче, че тези данни се отнасят само за работещите в болничните аптеки.

Осигуреността на населението с *медицински сестри* през 2009 г. е 423‰ и е незначително понижена спрямо предходната година (425‰), като остава значително по-ниска от средната за ЕС (775.24‰, 2008 г.). Съотношението лекари/медицински сестри е 1:1.14 (ЕС - 1:2.39, 2008 г.), което се отразява негативно на качеството на здравните грижи у нас.

В същото време осигуреността с акушерки през 2009 г. е 43‰ (при 44‰ за 2008 г.), което е 1.5 пъти по-високо от това в ЕС (29.21‰, 2008 г.).

В лечебни заведения за болнична помощ през 2009 г. работят 64.99% (63.31% за 2008 г.) от медицинските сестри, 81.97% (82.19% за 2008 г.) от акушерките, 59.11% (60.08% за 2008 г.) от медицинските лаборанти, 67.29% (65.74% за 2008 г.) от рентгеновите лаборанти и 68.39% (68.06% за 2008 г.) от рехабилитаторите.⁹³

Развитието на човешките ресурси в здравеопазването е свързано с адекватно планиране, качествено студентско и следдипломно обучение, от което зависи осигуряването на достъпа до медицинска помощ и качеството на предлаганите услуги. При новите условия - членството ни в ЕС, свързано със свободно движение на професионалисти, съществува реална опасност от намаляване на техния брой (лекари, медицински сестри и др.) поради миграция, феномен, който все по-често се наблюдава в нашата страна.

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

Анализът на приема на студентите през учебната 2009/2010 година показва, че броят на местата за прием на лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти, медицински сестри, акушерки и другите специалности от професионално направление „Здравни грижи” се увеличава: Медицина – 558, Дентална медицина – 190, Фармация – 204, Обществено здраве – 432, Здравни грижи – 715, Медицинска сестра – 390, Акушерка - 145. За учебната 2008/2009г. местата за студенти са съответно 405 за медицина, 170 за дентална медицина и 140 за фармация. Приемът по специалности от регулирани професии се определя от МС по предложение на МОМН. Като положителен факт следва да се отбележи, че през последната година предложенията на Министерство на здравеопазването за места за студенти вече се вземат предвид.

⁹³ НЦЗИ, 2010

Утвърдените места за специализанти през 2009 г. по данни на Министерството на здравеопазването са както следва: лекари – 3 017, лекари по дентална медицина – 101, фармацевти – 103, здравни грижи – 215, немедици– 150, медицинско и немедицински образование – 38, военномедицински специалности – 42. Общият брой места за специализанти през 2009 г. е 3 637, от които 663 финансирани от държавата, 943 места по реда на чл. 20 от Наредба № 34 от 2006 г., 1 488 места срещу заплащане и 543 - за чужденци. Планираните средства за местата, финансирани от държавата по този прием, са в размер на 6 036 000 лв.(при 10 млн. лв за предходната година). Отпуснатите места за прием през 2009 г. по Наредба № 15 от 2008 г. за придобиване на специалност “обща медицина” са 945, от тях заети – 982 (при 2220 за 2008 г., от които само половината са били заети). Броят на заетите места през 2009 г. е по-голям от утвърдените, тъй като са включени и специализантите, зачислени по заповедта от 2008 г.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

Проблемите на човешките ресурси в здравеопазването са свързани главно с:

- ✓ регионални диспропорции, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ;
- ✓ ниска осигуреност с медицински сестри и неблагоприятно съотношение между медицински сестри и лекари, създаващо проблеми при правилното организиране на предоставянето на медицинската помощ;
- ✓ тенденция за намаляване на специалистите по някои специалности;
- ✓ сравнително висока средна възраст на лекарите-специалисти;
- ✓ незаети лекарски практики, особено в отдалечените райони на страната; съществуващи финансови
- ✓ организационни трудности при придобиване на специалност и продължаващо обучение
- ✓ висок относителен дял на незаетите места от отпуснатите за специализация;
- ✓ неадекватно ниско заплащане на труда.
- ✓ Проблем е миграцията на лекари и сестри, което може да доведе до недостиг на кадри. Липсват точни данни за миграцията, както и система и ресурси за наблюдение на явлението, в т.ч. за реализацията на здравните кадри в чуждите здравни системи и на завърналите се от емиграция в нашата страна.
- ✓ Все още липсва официален регистър на категориите медицински персонал, задача, която е приоритетна за министерството на здравеопазването. Липсва и национална стратегия за развитие на човешките ресурси в системата.
- ✓ Повечето от посочените проблеми в областта на човешките ресурси са присъщи и на други страни в Европейския регион⁹⁴.

Насоки за развитие

С оглед осигуряване на достатъчен и висококвалифициран персонал и гарантиране на устойчивото му развитие се налага провеждането на следните неотложни дейности:

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

⁹⁴ Health workforce policies in the WHO European region. EUR/RC59/9, 24 July 2009

ТРЕТИ РАЗДЕЛ: ИЗПЪЛНЕНИЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ ЗА 2009 Г.⁹⁵

1. ИЗРАБОТВАНЕ НА ОЦЕНКА ПО ПОСТИГНАТОТО ИЗПЪЛНЕНИЕ НА СТРАТЕГИЯТА 2008-2013 И НА СЪОТВЕТСТВИЕТО НА ЗАЛОЖЕНИТЕ ЗАДАЧИ, ДЕЙНОСТИ И ИНДИКАТОРИ С ПРОГРАМАТА НА ПРАВИТЕЛСТВОТО.

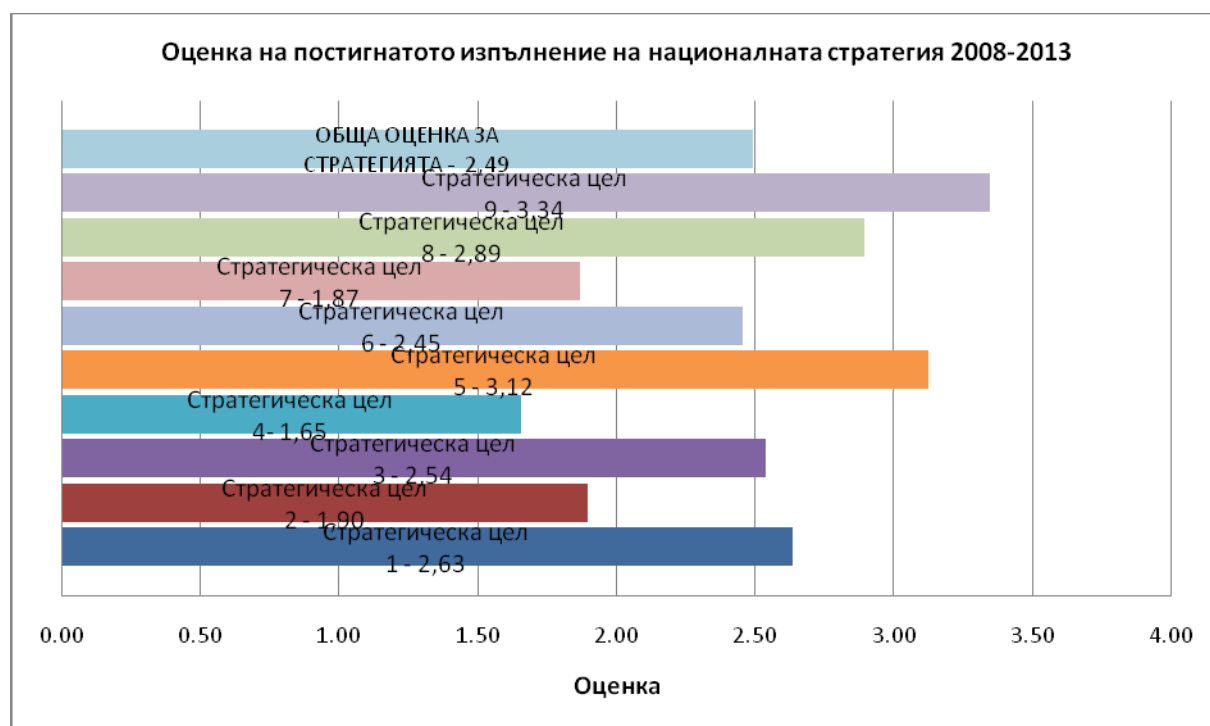
1.1. Оценка на изпълнението на целите чрез метода Делфи

За изработването на оценката по постигнатото изпълнение и съответствието на заложените задачи в Стратегията с Програмата на Правителството бе приложен метода на експертната (Делфи метод). Оценката по този метод се основава на получаването и обработката на експертните оценки на специалисти с голям опит, квалификация и (желателно) интуиция. Нарича се още метод на евристичното прогнозиране.

От получените резултати по оценката на изпълнението на заложените цели и задачи в стратегията бяха анализирани и коефициентите на конкордация между оценките на експертите.

На следващата графика е представен окончателния резултат от получените оценки.

Фиг. 57



От представените данни е видно, че общата оценка за изпълнение на стратегията до момента е в рамките на **25 %** (оценка 2,49), като най-ниско изпълнение има при **стратегическа цел № 4 - ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ И ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ (16,5%)**, следвана от **стратегическа цел № 7 - СЪЗДАВАНЕ НА**

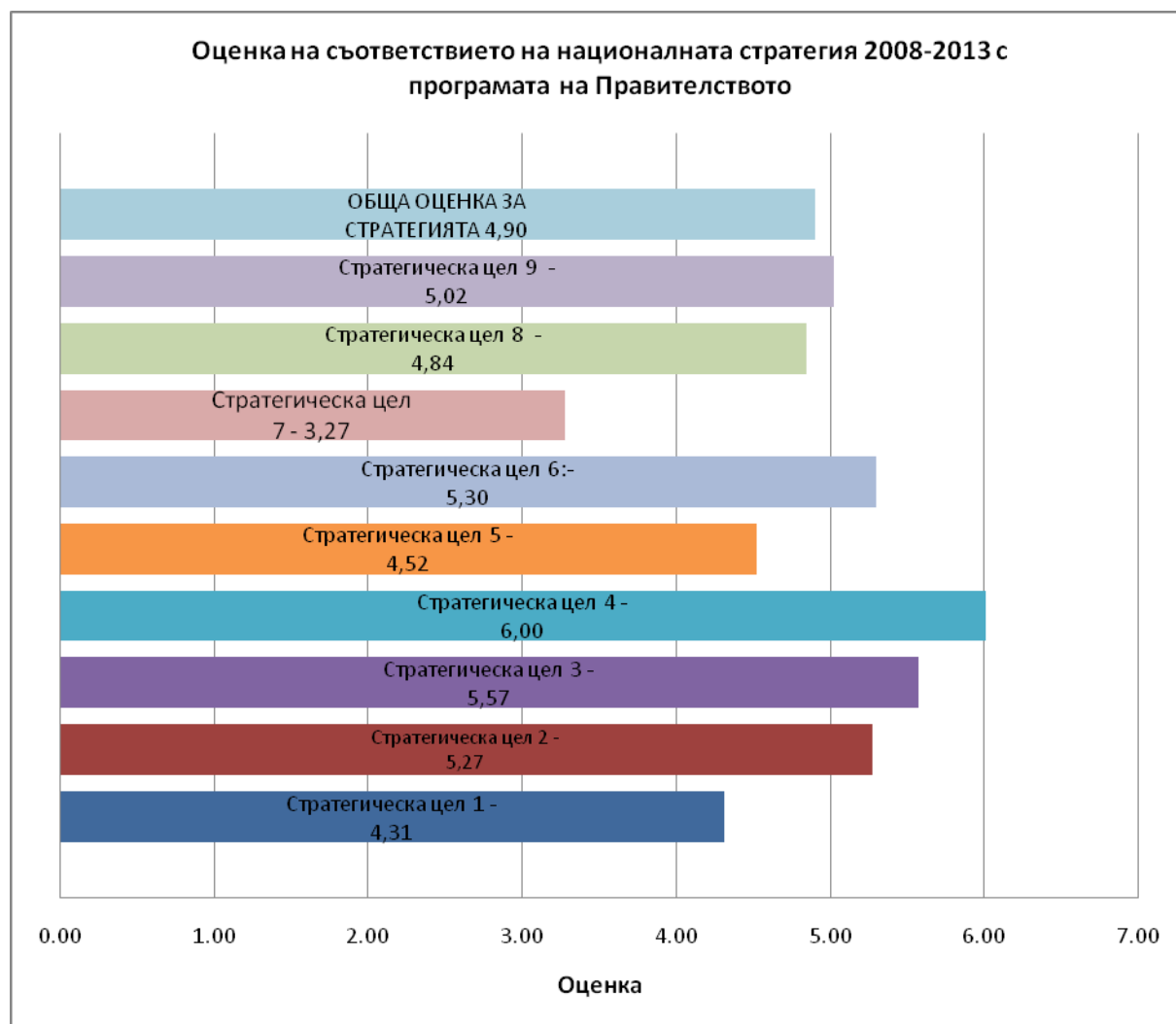
⁹⁵ ДОКЛАД НА РАБОТНАТА ГРУПА ПО ЗАПОВЕД № РД 09 -117/25.02.2010 г. за създаване на работна група със задача анализ на изпълнението на НЗС 2008-2013 и плана за действие към нея, както и на съответствие на заложените цели, дейности и индикатори за изпълнението им, съобразно програмата на Правителството на Европейското развитие

ИНТЕГРИРАНА СИСТЕМА ЗА ЕЛЕКТРОНЕН ОБМЕН НА ДАННИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (18,7%) и стратегическа цел № 2 - ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГАРАНТИРАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ С ПОВИШЕНО КАЧЕСТВО И ОСИГУРЕН ДОСТЪП ДО ТЯХ (19%). Най-високо изпълнение (по оценка на експертите) има при *стратегическа цел № 9 - ЕФЕКТИВНО ЧЛЕНСТВО В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ (33,4%) и стратегическа цел № 5 – ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СЪОТВЕТСТВАЩИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА НАСЕЛЕНИЕТО (31,2%).*

От получените данни е видно, че коефициента на конкорданция (съгласуваност) на оценките на експертите е нисък, което води до извода, че тези оценки трябва да се приемат с голямо ниво на несигурност. С най-високо ниво на сигурност и съгласуваност са получените оценки за стратегическа задача № 9.

При анализа на данните относно съответствието на заложените цели, дейности и индикатори в стратегията с Програмата на правителството бяха получени следните резултати:

Фиг. 58



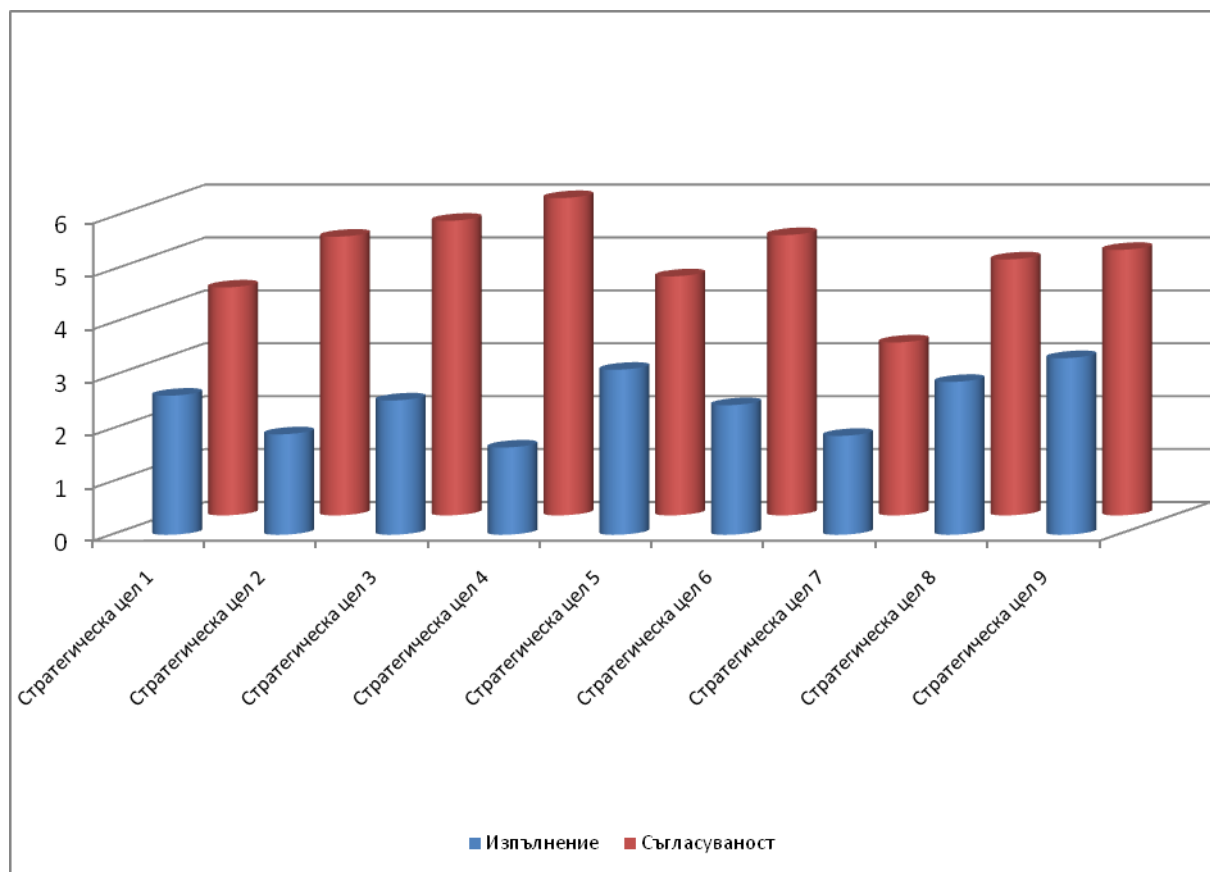
От представените на графиката данни е видно, че общата оценка за съответствието на стратегията с Програмата на правителството е в рамките на **49%** (оценка 4,9). Най-високо ниво на съответствие експертите посочват при **стратегическа цел № 4 - ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ И ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ (60%),**

следвана от **стратегическа цел № 3 - ПОДОБРЯВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ (55,7%)** и **стратегическа цел № 6 - РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (53%)**. Най-ниско съответствие експертите преценяват, че има **стратегическа цел № 7 - СЪЗДАВАНЕ НА ИНТЕГРИРАНА СИСТЕМА ЗА ЕЛЕКТРОНЕН ОБМЕН НА ДАННИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (32,7%)** и **стратегическа цел № 1 - ОСИГУРЯВАНЕ УСЛОВИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ (42,1%)**.

От получените данни е видно, че коефициента на конкорданция (съгласуваност) на оценките на експертите е нисък с изключение на този при стратегическа цел № 6 (1,15) и Стратегическа цел № 9 (0,87), което води до извода, че част от оценките трябва да се приемат с голямо ниво на несигурност. С най-високо ниво на сигурност и съгласуваност са получените оценки за стратегическа задача № 4, 6, 8 и 9, където $\chi^2 > v$.

Тук е интересно да се отбележи, че експертите оценяват като най-високо съответствие на стратегическа цел № 4 с програмата на Правителството, която в същото време е с най-ниско ниво на изпълнение до момента (Фиг.57.)

Фиг. 59



При повторното оглеждане на оценките един от експертите даде своето мнение, както следва:

- Получената оценка е занижена за изпълнението при следните дейности, като реалната оценка според него би следвало да бъде както следва:

По Стратегическа цел 1 – за 3.1.1. – 5; 3.1.2. – 5; 3.1.3. – 5; 3.1.5 – 5; 3.1.7. – 5; 3.3.1. – 7; 3.3.4. – 7; 3.4.1. – 5; 3.4.2. – 5; 3.4.3. – 5; 3.4.6. – 5; 3.4.7. – 5; 3.4.8. – 5; 4.3. – 6;

4.4. – 5; 4.5. – 5; 4.6. – 5; 4.7. – 7; 4.8. – 7; 4.9. – 7; 4.10. – 5; 4.12. – 8; 4.13. – 5; 4.14. – 5; 4.18. – 7; 4.20. – 8

По Стратегическа цел 3: 4.2. - 5

От посочените от експерта оценки навсякъде е видно, че има почти двойно вдигане на общите оценки получени от всички оценяващи експерти.

Ако бъде статистически преработено отново цялото оценяване според оценките на този експерт, общите резултати в посочените цели, то реалната промяна в оценките ще бъде в рамките на 0,08-0,10 при стратегическа цел № 1 и статистически незначимо при Стратегическа цел № 3.

Друго становище относно оценките е следното:

При прегледа на работния файл с оценки и графики по отношение анализа на Националната здравна стратегия, считаме че:

Оценките за изпълнението на стратегическа цел 1, дейности от 3.3.5 до 3.3.11, свързани с националните политики и програми за превенция и контрол на ХИВ/СПИН и туберкулоза са **подценени**. Ежегодно се постигат над 100% изпълнение на заложените цели и индикатори, което следва да отговаря на оценка 10.

Оценките за съответствието на заложените цели, дейности и индикатори по стратегическа цел 1, дейности от 3.3.5 до 3.3.11 с Програмата за Европейско развитие на България са **подценени**. Заложените цели и дейности са формулирани като отделни мерки в **приоритет V**. “Подобряване на социалната сигурност на българските граждани. Създаване на благоприятна и здравословна среда на живот за гарантиране на личното и общественото здраве”, което следва да отговаря на оценка 10.

Би трябвало да се приеме становището на експертите относно посоченото подценяване на съответните оценки, което съвпада със становището на други експерт в определена част. За посочените дейности по стратегическа цел 1 от 3.3.5 до 3.3.11 може да се приеме оценка 10, но това ще окаже статистически незначимо влияние върху общата оценка по стратегическа цел 1 в рамките на 0,1-0,15.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Ако се вземат в предвид двете допълнителни становища на експертите, то общата оценка на изпълнението на стратегическа цел № 1 от 2, 63 се променя на 2,98, което я изпраща на трето място по постигнато изпълнение, а оценката за съответствие от 4,31 на 4,42, което не оказва влияние върху общите оценки.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

1. От представените резултати е видно, че има ниско изпълнение на целите, задачите и дейностите по Стратегията и плана за действие.
2. Съответствието на стратегията към Програмата на правителството е във висока степен, като е необходимо да бъде анализирано, освен в кои точки то е по-ниско, и това къде трябва да се зложат допълнителни задачи, за да се постигне по-голямо съответствие.
3. Необходимо е да се прецени дали е необходима промяна в стратегията и Плана за действие, което да доведе до по-голямо съответствие със заложените цели и задачи от Правителството. С оглед на това, че Стратегията и Плана за действие са приети и утвърдени от Народното събрание е необходимо да се анализира дали някакви промени в тях са политически обосновани. Приемането на нова стратегия и План за действие ще наложи цялостно преоглеждане на политиката в областта на здравеопазването и неминуемо ще привлече вниманието на външни за страната фактори – Световната здравна организация – Европейското бюро и Дирекцията „Здраве” към ЕС.

4. Експертите анализираха, че е трудно да се прави оценка на стратегията и Плана за действие поради следните фактори:
- липсата на ясно обосновани и вписани индикатори за оценка, времеви индикатори;
 - множество заложили пожелателни текстове без ясно определяне;
 - заложили дейности и цели, които са общи (неконкретизирани) и без ясен изход от тях;
 - необвързване на целите, задачите и дейностите с ясни параметри за ресурсите – финансови и други.

1.2. Постигнати резултати до момента в изпълнението на Стратегията и плана за действие

1.2.1. Стратегическа цел № 1: ОСИГУРЯВАНЕ УСЛОВИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

- *Внедряване на подхода „Здраве във всички политики“*

По разписаните задачи може да се отбележи, че се подобрява климата и се въвличат все повече неправителствени организации при обсъждане на важни въпроси. Задължително се спазва изискването проектите на нормативни актове и национални програми да се публикуват на страницата на МЗ за обществено обсъждане.

Беше планирано през 2009 г. да се приеме Национална стратегия за профилактика на незаразните заболявания, в която ясно да се дефинират задълженията на различните ведомства, общините, неправителствени организации, но по обективни и субективни причини все още не е приета от Министерски съвет.

- *Повишаване на информираността.....*

През 2009 г. започна реализацията на два проекта по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”, по които бенефициент е МЗ: „Спри и се прегледай” и „Информирани и здрави”, по които са започнати тръжни процедури за реализиране на основните дейности, свързани с информационни кампании, насочени към профилактика на онкологичните заболявания, намаляване консумацията на сол, ограничаване на тютюнопушенето и употребата на психотропни вещества и превенция на автомобилния, производствения и битов травматизъм.

В пет области бяха проведени информационни кампании и много беседи, свързани с профилактика на сърдечно съдови, онкологични заболявания, туберкулоза и хепатит сред предимно ромско население.

Основна задача на дирекциите „Опазване на общественото здраве” към РИОКОЗ са свързани с повишаване информираността на гражданите за здравословен начин на живот и превенция на незаразните заболявания, по които те извършват целогодишно дейности, като особено богат и с доказани с проучвания положителни резултати са осемте области, в които се реализира програма СИНДИ.

Няма напредък в осъществяването на задължително здравно образование в училищата, в което да бъдат обхванати в различни форми всички ученици. Незначителна част е включена в задължителната учебна програма, която не гарантира постигането на необходимите здравни знания, умения за справяне с основни здравни проблеми, не формира нагласи и промяна в поведението за здравословен начин на живот сред младите хора. В съвременни форми на здравно образование са обхванати не повече от 1% от учениците.

За подобряване достъпа до здравни услуги на лица от уязвими групи (роми) през последните години с 23 мобилни кабинета са реализирани 21 841 общи профилактични прегледи; над 20 000 флуорографски прегледа; 5509 гинекологични прегледа, като са взети и изследвани 3139 цитонамазки; 6763 профилактични прегледи на деца; 3412 онкогинекологични прегледи; 1537 терапевтични прегледи; 1372 лабораторни изследвания в пет административни области.

- *Оптимизиране дейностите по опазване на общественото здраве*

Разработена е Национална програма за ограничаване вредите от злоупотребата с алкохол, предстои приемането ѝ от Министерски съвет. С промени в Закона за здравето е регламентирана пълната забрана за тютюнопушене на закрити обществени, работни места и в обществения транспорт. В момента се води дебат по този въпрос в Парламента, където МЗ не е активна страна.

Ежегодно се провежда Национална седмица за борба със затлъстяването със стотици дейности, насочени към информиране на населението за принципите на здравословното хранене. Разработени са Препоръки за здравословно хранене за различните възрастови групи. Прилага се Наредбата за здравословно хранене на учениците.

Съгласно Плана за действие с мерките, произтичащи от членството на Република България в Европейския съюз в съответните срокове се хармонизира националното законодателство в областта на безопасността на храните в съответствие с европейското право, като за 2009 г. са приети 7 промени в различни нормативни актове.

Непрекъснато се усъвършенства системата на държавния здравен контрол, като проверките се обективизират с лабораторен контрол, съгласно дадени указания от МЗ; провеждат се обучения на държавните здравни инспектори по прилагане на непрекъснатото променящото се законодателство.

Изготвени и предложени са проекти за изменение на 2 закона /Закон за здравето и Закон за лечебните заведения/ и 15 наредби. Все още някои от наредбите не са финализирани.

Изготвен е проект на ЗЛЗ, изготвена и приета от МС Концепция за реструктуриране на болничната помощ.

Изготвена система от индикатори за оценка на качеството на болничната помощ

Изготвени и публикувани са 2 проекта за изменение на Наредба № 18 за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения

За децата до 18 г. е осигурен достъп до всички детски профилни специалисти – включено в НРД 2010.

Изготвен проект за изменение на Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, с което се цели подобряване на достъпа на населението до този вид услуги.

Изготвен е проект на Наредба за условията и реда за провеждане на медицински и научни изследвания върху хора.

Осигурено е кадровото и материално подсилване на ФСМ /30млн към бюджета/, създаване на спешни кабинети и осигурено заплащане лекарския труд в тях

Изготвени са проекти за изменение на Наредби № 38, 39 и 40.

Направено подобрение в пакета на ОПЛ – все още не е прието.

Приета е и стартира дейността по Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца.

Запазени са параметрите за предоставяне на дентална помощ от предходните години по НРД.

Действащ Фонд „Асистирана репродукция”

Приет е проект на изменение на 33 в чл.82-осигурени профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени бременни жени.

Изготвен е актуализиран вариант на Методично ръководство по превенция на изоставянето на деца на ниво родилен дом – разпространено и публикувано.

За децата до 18 г. е осигурен достъп до специалист – включено в НРД 2010.

В рамките на Национална програма за редки болести е разширен неонаталния скрининг с нов вид изследвания на новородените деца - скрининг за ВНХ (21 хидроксилазен дефицит).

В областта на *психичното здраве* през 2005 г. Министерският съвет на Р. България разгледа и прие с протокол № 28 от 22 юли 2004 г. предложение за **Национална политика за психично здраве**. Впоследствие, с решение на МС (протокол 53 от 28.12.2006) беше приет и **План за действие за периода 2006-2012 г.** Ръководен орган на Политиката за психично здраве е Националният съвет за психично здраве към МЗ. Съставът на този орган, който по презумпция се ръководи от Министъра или делегиран негов представител е междуведомствен и включва представители на редица институции, имащи отношение към проблемите на психичното здраве. Списъкът на участниците в Съвета се изготвя от Министъра на здравеопазването със заповед, която се актуализира периодично.

По начало изпълнението на тази програма среща сериозни препятствия през годините, независимо от декларираните ангажименти на най-високо управленско ниво, които България е поела пред международната общност и институции като Световна здравна организация – Европейско бюро, Съвета на Европа, Комисията на Европейския Съюз, както и с подписването на редица стратегически документи (Декларацията от Дубровник, Декларацията от Хелзинки, Пакта за психично здраве на гражданите на ЕС). Въпреки тези ангажименти досега финансиране на дейностите по Плана е имало реално само за 2007 г. (117 000 лв.) и 2008 г. (189 000 лв.) или общо 306 000 лв. За 2009 г. по нито една от целите в националния план за действие няма финансиране. Голяма част от декларираните намерения и приети задачи за съответните години не бяха изпълнени като например: установяване на трайно междусекторно сътрудничество с Министерството на труда и социалната политика или въвеждане на принципите на структурираната клинична практика и воденето на случай в новоразкритите дневни центрове за хора с увреждания в страната по линия на програма ФАР.

Координирането на всички дейности по тези програми се осъществява от Националния център по опазване на общественото здраве с възлагателни заповеди на Министъра на здравеопазването и корекции на бюджета на Центъра за съответната година.

През м . октомври 2009 г. беше разработена и нова формулировка на **Национална програма за суицидопрофилактика**, която официално беше приключила своето действие през 2006 г. с преустановяване на финансирането по нея. Екип на Направление ”Психично здраве” към НЦООЗ разработи нова програма за суицидопрофилактика и съответна план-сметка и ги предостави в края на 2009 г.

По стратегическа цел 1, дейности от 3.3.5 до 3.3.11 са постигнати следните резултати:

- Разработени и приети от Министерски съвет Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции 2008-2015 и Национална програма за превенция и контрол на туберкулоза 2007-2011.
- От държавния бюджет ежегодно се отделят значителни средства за изпълнението на дейностите по Националните програми по СПИН и туберкулоза, с които се осигурява безопасността на кръвта; диагностика, лечение и мониторинг на

лечението на пациентите със СПИН и туберкулоза; осигуряване на профилактично лечение за недопускане на предаването на заболяванията за всички лица, които се нуждаят, независимо от техния здравно-осигурителен и социално-осигурителен статус.

- За изпълнението на Националните програми по СПИН и туберкулоза е осигурено дългосрочно финансиране от 2004 до 2014 г. от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария. Средствата от Фонда се използват за изграждане на инфраструктура и развитие на капацитет; развитие на мрежи от здравни и социални услуги и неправителствени организации; осигуряване на достъп до нископрагови превантивни интервенции сред групите в най-висок риск по отношение на СПИН и туберкулоза.
- Ежегодно се постигат над 100% изпълнение на заложените цели и индикатори.

Количествените резултати за 2009 г. по заложените индикатори в изпълнение на Националните програми за превенция на ХИВ/СПИН и туберкулоза включват:

- Задържане на ниското ниво на разпространение на ХИВ сред общото население в страната под 1% през 2009 г. (поставена целева стойност <1%);
- Задържане на ниското разпространение на ХИВ сред младите хора на възраст 15-24 г. под 1% през 2009 г. (поставена целева стойност <1%).
- Функциониране на 10 звена за второ поколение на епидемиологичен надзор на ХИВ
- Функциониране на мрежа от 19 Кабинета за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ
- Функциониране на 8 здравно-социални центъра в ромска общност и мрежа от 10 неправителствени организации за работа сред тази целева група
- Функциониране на 5 ниско-прагови центъра за инжекционно употребяващи наркотици и мрежа от 10 неправителствени организации за работа сред тази целева група
- Функциониране на 12 мобилни медицински кабинети за работа с рискови групи
- Функциониране на 5 сектора за лечение на пациенти с ХИВ
- Функциониране на 3 кабинета за психо-социална подкрепа на хора, живеещи с ХИВ
- 84 428 лица от най-уязвимите групи, получили доброволно консултиране и изследване за ХИВ при планирани 84 905 за 2009 г.
- 79 548 лица от уязвимите групи достигнати с ниско-прагови здравни и социални услуги за превенция на ХИВ при планирани 63 831 за 2009 г.;
- 531 ХИВ-позитивни лица, обхванати в системата на медицинското обслужване при планирани 420 за 2009 г.;
- 327 пациенти с ХИВ на съвременна антиретровирусна терапия към 31.12.2009 г.;
- Намаляване на заболяемостта от туберкулоза от 40.1 на 100 000 през 2005 г. на 33.6/ 100,000 население за 2009 г.;
- Запазване на висок процент на успех от лечението на новооткритите болни с белодробна туберкулоза с бацилоотделяне: 83.6% (852 / 1 019) успешен изход от лечението за пациентите, регистрирани през 2008 г. спрямо целева стойност от 82%;

- Повишаване броя на обхванатите контактни на болните с туберкулоза на 12 857 през 2009 г., което е почти 2,5 пъти повече в сравнение с 2008 г. (5 289);
- 28 регионални лечебни заведения, отговорни за епидемиологичния надзор и контрола на туберкулозата;
- 28 областни DOTS мениджъри за координиране контрола на туберкулозата на областно ниво; 83 патронажни медицински сестри;
- Сключване на договори с 23 неправителствени организации, които работят с рисковите групи в 17 от 28-те административни области;
- Укрепване на Националната референтна лаборатория по туберкулоза към НЦЗПБ чрез предоставяне на оборудване и наемане на персонал;
- Функциониране на първия сектор за лечение на пациенти с мултирезистентна туберкулоза;
- Надграждане на националната система за външна оценка на качеството на микроскопските изследвания във всички 35 лаборатории за диагностика на туберкулоза;
- Функциониране на 15 стаи за вземане на храчки в местата за лишаване от свобода;
- Поддържане на национален регистър на пациентите с туберкулоза;
- 19 142 лица от рисковите групи, обхванати чрез скрининг на риска за туберкулоза;
- 2 911 болни от туберкулоза, регистрирани в лечебните заведения за лечение с медикаменти от първи ред;
- Проведени 4 национални кампании „Седмица на Отворени врати” във всички 28 административни области – 11 557 анкетирани лица;
- Включване на първите 40 пациенти с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB) на лечение с лекарства от втори ред към 31.12.2009 г.

1.2.2. Стратегическа цел № 2: ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГАРАНТИРАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ С ПОВИШЕНО КАЧЕСТВО И ОСИГУРЕН ДОСТЪП ДО ТЯХ

Въвеждане на инструменти, гарантиращи добрата здравна грижа - сестринско досие, сестринска диагноза, протокол за здравна грижи, стандарти и др. - работи се по наредба за медицинска документация.

Разработване на единни критерии за оценка ефективността и ефикасността на оказваната медицинска дейност. – заработи Новата агенция „Медицински одит”.

Усъвършенстване на нормативната база, касаеща правата на пациентите. - промени в 33 от 2009 г.

• По МЕДИЦИНСКИТЕ СТАНДАРТИ

Национална програма за медицински стандарти - 2008 - 2010г. – работа по медицински стандарти съгласно годишния план в националната програма; изготвени 30 нови медицински стандарти и актуализирани 10.

- **По АКРЕДИТАЦИЯ**

Разработен и утвърден проект „Акредитация на лечебните заведения и следдипломно образование в системата на здравеопазването” по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” на МТСП.

Изготвени две промени в Наредба №18/2005 г. – изготвена програма за акредитация на новосъздадени лечебни заведения и усъвършенстване на модул III – акредитация за база за обучение на студенти и специализанти.

В НРД 2009 беше въведена акредитацията като условие за сключване на договор с НЗОК.

Законодателни промени – ЗЗ и създаване на агенция „Медицински инспекторат”, впоследствие наречена „Медицински Одит” и изготвен Правилник за дейността ѝ.

- **По ИНДИКАТОРИ ЗА ОЦЕНКА НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ**

МЗ разработи стройна система за повишаване на качеството на болничната дейност която включва няколко групи индикатори за ефективността и качеството на дейността на лечебните заведения за болнична помощ:

- индикатори за осигуреност с ресурси;
- достъп до хоспитализации;
- използваемост на ресурсите;
- медицински дейности;
- оценка на качеството;
- болнична сигурност;
- информационни и комуникационни технологии;
- финансови индикатори;
- клинична ефективност.

Всички групи индикатори отразяват количествено и качествено нивото на болничното заведение и се оценяват със съответна тежест в общата оценка.

Всеки индикатор има обективен критерий за оценка, който е изработен на базата на средни стойности за страната, сравнение с предходната година, нормативни документи. Индикаторите са съобразени с вида на дейността и нивото на лечебното заведение. Пилотно са проиграни скалите с оглед приложимост при последващото провеждане на проверките.

1.2.3. Стратегическа цел №3: ПОДОБРЯВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

- **По ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ**

През 2009 г. са осигурени 900 000 лв. за извършване на профилактични прегледи в труднодостъпни и отдалечени райони; 23 мобилни структури, които са на разположение на РЦЗ.

Промени в нормативните документи по чл. 45 от ЗЗО които отразяват политиката на МЗ по отношение диагностиката и лечението и са база на НРД и дейността на НЗОК.

Промени в Наредба №39/16.11.2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Промени в Наредба №40/24.11.2004 г. за определяне основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Промени в Наредба №38/16.11.2004 г. за определяне на списъка на заболяванията за чието домашно лечение НЗОК заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично диетични.

Приета е Национална програма за профилактика на оралните заболявания –април 2009 г.

• По МАЙЧИНО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Изработена е стратегия за деинституционализация на ДМСГД- междуведомствена работна група предложи политически документ за деинституционализацията на ДМСГД в дългосрочен план.

Изработена е Национална програма по редки болести 2009 -2013 г. с цел:

- разширяване обхвата на бременните жени за биохимичен скрининг – извършено през 2009 г;
- осигуряване на лекарства за редки болести;
- създаване на информационно-референтни кабинети за редки болести;

Приети са изменения в чл. 82 от ЗЗ за осигуряване на профилактичните прегледи за неосигурените бременни жени

Създаден е „Център фонд асистирана репродукция” за подпомагане лечението на стерилитета.

Разработен и приет проект в МТСП по оперативна програма РЧР за разработване на скрининг за рак на гърдата, рак на шийката на матката и рак на дебелото черво.

• По СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Изработена е Програма за поддържане и повишаване на квалификацията и продължително обучение на персонала от всички нива на системата

Планирано е ежегодно финансиране на ЦСМП с оглед ремонтването на помещенията.

Извършено е модернизиране и обновяване на транспортните средства: поетапна подмяна на санитарните автомобили, оценка на необходимостта от развитие на собствен въздушен санитарен транспорт (хеликоптери), подмяна на остарялата и амортизирана апаратура в санитарните автомобили-окомплектоване на реанимобилите с дефибрилатори, респиратори, инфузионни помпи.

Развитие на организацията и нормативната база - изготвяне и въвеждане на система за контрол на качеството в спешната медицинска помощ

Работи се по интегриране на системата на спешна медицинска помощ в националната система 112 и осигуряване на необходимата апаратура за връзка на ЦСМП с центрове 112. През м. декември 2008 г. стартира практическото внедряване на единен европейски номер за спешни повиквания 112 за нуждите на МЗ и ЦСМП, като се осигури техническа и софтуерна обезпеченост за автоматизиране на услугата „Спешна помощ” на регионално и централно ниво и интеграция с Национална система за спешни повиквания с единен европейски номер-112.

Започна изграждането и управлението на комуникационна свързаност на Министерство на Здравеопазването (МЗ) и Центровете за Спешна Медицинска Помощ чрез използване на съществуващото доставено комуникационно оборудване в РКЦ на ЦСМП и филиалите на спешната медицинска помощ. Изградената комуникационна свързаност предоставя услуги за пренос на глас и данни.

Започна въвеждането на съвременна информационна система „Спешна медицинска помощ” - цялостно програмно решение за управление и анализ на данните свързани с работата на ЦСМП техните филиали. Системата подпомага както оперативните процеси,

породени от обаждания към РКЦ, така и вътрешните процеси по управление на времето, качеството на работа и конкретно получените резултати. Същевременно системата взаимодейства на информационно ниво със Национална система за спешни повиквания „112”, осигурявайки приемането на повиквания от 112 и предаването на оперативна информация за наличните ресурси и реагирането на получено повикване.

1.2.4. Стратегическа цел № 4: ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ И ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Изготвени са модели на НЗК; изготвени базисни правила за потребностите от болнични легла по видове; изготвена и приета от МС "концепция за реструктуриране на болничната помощ на Р България /16.12.09 г./

Създадена е организация по пренасочване на дейности в пакета на извънболничната помощ /в НРД/ - някои пътеки се изпълняват в извънболничната помощ/.

Внедрена е информационна система от НЗОК за болници, лаборатории;

Провежда се изграждането на спешни приемни отделения в областните болници; Осигури се заплащане на дейност за прегледи в СПО /20 лв./.

Пилотно въвеждане на електронна здравна карта в някои населени места.

По въвеждане на индикатори за оценка на болничната дейност:

- изготвени индикатори; изготвени количествени стойности от НЦООЗ.

- Контрол на ефективността на базата на анализ на отчетите на лечебните заведения към МЗ.

По разработване на системи за стимулиране на добрите мениджъри - въведени са мениджърски договори, в които са заложили критерии, санкции, при добри резултати - финансови стимули.

Започна промяна на Националната здравна карта със задължителен характер за постигане реструктуриране на здравната мрежа, съобразно потребностите на населението от болнична медицинска помощ, с оглед целесъобразно разходване на обществения ресурс и съобразено с осреднени европейски показатели.

По постигане на равнопоставеност, улеснен достъп, своевременно и достатъчна по обем качествена медицинска помощ, оптимизиране, рационализиране и икономизиране на системата – разработвани са модели, които не са публикувани.

Започна изграждане на дневни центрове.

Обвързване на акредитацията с договарянето - в НРД беше поставено като условие за договор, но е неефективно.

По Внедряване на законодателните промени, свързани с приватизацията - обсъжда се дали изобщо се налагат.

По въвеждане на публично-частни партньорства - обсъждат се нормативни промени.

Изготвени са тегловни коефициенти на индикаторите за оценка на качеството на болничната помощ.

1.2.5. Стратегическа цел № 5: ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СЪОТВЕТСТВАЩИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА НАСЕЛЕНИЕТО

В ход е обсъждане на промяна в Наредба № 38.

Въведен бе единен позитивно - реимбурсен списък - 2009, като се актуализира периодично в рамките на законодателните срокове. С него се постигна частично

генеричното заместване и то само при рецептите на НЗОК, както и въвеждане на системата на вътрешно рефериране.

По подготовката на специалисти в областта на националната лекарствената политика - липса на единна система за обучение на специалисти и изграждане на административен капацитет; липса на анализ за нуждите за обучение на отделните специалисти и администрации.

По подобряване на контрола по разпределението и отпускането на лекарствата и усъвършенстване на системата за отчитане - разработва се електронна система за отпускане и контрол на лекарствени продукти.

По включването на неправителствените и пациентските организации при формирането и осъществяването на националната лекарствена политика - създаване на Одитен комитет, включване на пациентските организации в различни работни групи и комисии.

1.2.6. Стратегическа цел № 6: РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Създаване на регистър на всички специалисти в системата на здравеопазването и анализ по категории, специалности и възрастови групи (в чл. 185 от Закона за здравето е регламентирано служебно създаване на списък).

Съгласно Наредба № 34/2006г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, министърът на здравеопазването ежегодно със заповед утвърждава броя на местата за специализанти по форми и обучаващи институции.

С Наредба № 34/2006 е утвърдена номенклатурата на специалностите, която кореспондира с Директива 2005/36 относно взаимното признаване на професионални квалификации. Наредба № 34/2006 г. е изменена 3 пъти, предстои 4-то изменение.

С изменението от 2010 г. на Наредба № 18/2005г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения са определени нови критерии за оценка на възможностите на лечебните заведения да провеждат обучение на студенти и специализанти, както и въведени са критерии за акредитация на лечебни заведения за първична извънболнична медицинска помощ за обучение за придобиване на специалност Обща медицина.

Програмите за обучение за придобиване на специалност в системата се разработват и приемат от висшите училища. Единните учебни програми се утвърждават от министъра на здравеопазването. Няма единна система за оценка на програмите и единен контрол по изпълнението на учебните планове и програми. Активността на Висшите училища в областта на образованието и науката е ниска.

Предстои промяна в Наредбата за акредитация отнасяща се до критериите за бази за обучение.

По регламентиране на достъпа до персоналните електронни здравни записи и други персонализирани здравни данни само чрез електронни смарт-карти или други криптирани форми за достъп и обмен на данните – приложено е в пилотни градове

По изграждане на комплексни и интегрирани помежду си, както и с външни приложения болнични информационни системи - внедрени за болници и лаборатории.

Създадена е геобазирана информационна система "Есри", с модул за страницата на МЗ за достъп от населението.

1.2.7. Стратегическа цел № 7: СЪЗДАВАНЕ НА ИНТЕГРИРАНА СИСТЕМА ЗА ЕЛЕКТРОНЕН ОБМЕН НА ДАННИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

1.2.8. Стратегическа цел № 8: ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

По стратегически цели 7 и 8 няма никакви постъпили данни от експертите за извършени до момента дейности.

1.2.9. Стратегическа цел № 9: ЕФЕКТИВНО ЧЛЕНСТВО В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Изпълнението се реализира чрез активното участие на експерти от МЗ в дейността на работни групи и комитети към институции и структури на Европейския съюз и ефективното усвояване на структурните фондове на ЕС. Реализира се и възможността за запознаване с ангажиментите, свързани с ЕС.

Министерство на здравеопазването, в качеството си на конкретен бенефициент по Оперативна програма “Развитие на човешките ресурси 2007-2013” е кандидатствало и получило безвъзмездна финансова помощ по ОП РЧР през 2009 г. за изпълнение на следните договори.

Усвояването на средства от европейските фондове от страна на Министерство на здравеопазването през 2009г. е следното:

✓ **ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА “РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ 2007-2013”**

Министерство на здравеопазването, в качеството си на конкретен бенефициент е кандидатствало и получило безвъзмездна финансова помощ по ОП РЧР през 2009г. за изпълнение на следните четири договора:

В рамките на Приоритетна ос 5, област на интервенция 5.3. “Работоспособност чрез по-добро здраве”:

- *Договор № BG051PO001-5.3.01-0001-C0001* по проект **„ИНФОРМИРАНИ И ЗДРАВИ”** - общ бюджет на проекта 4 692 754,30 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 21 май 2009 година с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 21 юли 2011г.

Общата цел на проекта е подобряване трудоспособността, повишаване продължителността на активния трудов живот на населението и поддържане на здрава работна сила чрез повишаване нивото на знания, умения и мотивация за здравословен начин на живот.

Специфични цели на проекта са:

- Повишаване информираността, особено на уязвимите групи по отношение на поведенческите рискови фактори, свързани със значителната консумация на готварска сол, употребата на психотропни вещества сред младите хора, тютюнопушенето, производствения, битовия и транспортния травматизъм.

- Начало на промяна в поведението по отношение на посочените рискови фактори чрез повишаване познанията за здравословен начин на живот и възможностите за ограничаване на травматизма сред целевите групи.

Реализирани основни дейности през 2009г.:

✓ Проведена е обществена поръчка и е избран изпълнител на одит за целите на проекта.

✓ Създадена е тематична работна група и са проведени срещи на членовете ѝ с цел оказване на експертна помощ при изготвяне на анализ на потребностите и проблемите на целевите групи и проучване за познанията, нагласите и уменията за здравословен начин на живот сред целевите групи.

✓ Извършен е анализ на потребностите и проблемите на целевите групи. Обобщена и анализирана е информацията по отношение на идентифицирани потребности и проблеми на целевите групи. Резултатите от проведения анализ послужиха като база за провеждане на репрезентативно проучване за познанията, нагласите и уменията за здравословен начин на живот сред целевите групи.

✓ Проведена е процедура за възлагане на обществена поръчка и е избран изпълнител за провеждане на проучване за познанията, нагласите за промяна на поведението и уменията за здравословен начин на живот сред целевите групи.

✓ Сключен е договор с изпълнител за създаване и поддръжка на рубрика в интернет страницата на МЗ, създаване и поддръжане на линкове към страниците или прикачване на свързаните национални програми.

- *Договор № BG051PO001-5.3.02-0001-C0001* по проект **“СПРИ И СЕ ПРЕГЛЕДАЙ”** (Национална кампания за ранна диагностика на онкологични заболявания) - общ бюджет на проекта 19 558 281,73 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 21 май 2009 година с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 21 октомври 2011г.

Общата цел на проекта е подобряване трудоспособността, повишаване продължителността на активния трудов живот на населението и поддържане на здрава работна сила, оптимизиране на здравните и социални разходи чрез увеличаване на относителния дял на откритите и насочени за лечение в предклиничен и ранен стадий на заболяванията от рак на маточната шийка и млечната жлеза при жените и колоректален карцином при двата пола; повишаване на информираността на населението относно превенцията и лечението на тези социално значими заболявания.

Специфични цели на проекта са:

- Увеличаване на относителния дял на ранно диагностицираните случаи на заболяванията от рак на маточната шийка и млечната жлеза при жените и колоректален карцином при двата пола;
- Повишаване на познанията на населението за идентифициране на рисковите фактори за поява на рак на маточната шийка и млечната жлеза при жените и колоректален карцином при двата пола и повишаване на личната отговорност към собственото здраве;
- Повишаване на ефективността на мерките за превенция на онкологичните заболявания и ранното им диагностициране чрез създаване на Национален скринингов регистър;
- Повишаване капацитета на изпълнителите на здравни услуги за прилагане на превантивна политика и ранно диагностициране на онкологични заболявания.

Реализирани основни дейности през 2009г.:

✓ Проведена е обществена поръчка и е избран изпълнител на одит за целите на проекта.

✓ Изготвени са следните доклади и материали:

- Анализ на сегашното състояние на извършването на скринингови прегледи в България и препоръки, насочени към изменение на действащото законодателство в областта на онкологичния скрининг;
- Анализ на опита на страните, въвели скрининг през 70-те години на XX век и описание на добрите практики;

- Критерии за контрол и оценка на скрининга според изискванията на ЕК и на Съвета на Европа, с цел включване на България в проект Европейска мрежа за информация за рака (EUNICE) на ЕС.
- Ръководство за добра клинична практика за скрининг на онкологичните заболявания – рак на млечната жлеза и маточната шийка при жените и колоректален карцином при двата и адаптация на насоките на ЕК и за трите локализации. Екипът от експерти, изготвящ ръководството разработи и необходимите алгоритми за работа, регламентиращи организацията на работа на цялостната скринингова кампания.
- ✓ Проведена процедура за избор на изпълнители на обществена поръчка за изготвяне на технически задания и спецификации за: провеждане на информационни кампании; оформление, печат и разпространение на ръководство за добра медицинска практика за скрининг на онкологичните заболявания; провеждане на скринингови изследвания; създаване и внедряване на система за известяване, обслужваща процесите на скрининг; придобиване на хардуер и разработване на софтуер за информационно – технологична система (скринингов регистър).

В рамките на Приоритетна ос 6: “Повишаване ефективността на институциите на пазара на труда, социалните и здравни услуги”, област на интервенция 6.2 “Укрепване на капацитета на институциите за социално включване и за предоставяне на здравни услуги”:

- *Договор № BG051PO001-6.02.02 ПУЛСС (ПРАКТИЧЕСКИ УВОД В ЛЕЧЕНИЕТО НА СПЕШНИТЕ СЪСТОЯНИЯ)* - общ бюджет на проекта 6 258 653, 64 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 10 юли 2009 година с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 21 декември 2011г.

Общата цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, особено на уязвими групи от населението.

Специфичната цел на проекта е подобряване знанията и уменията на персонала на спешната медицинска помощ на територията на цялата страна чрез надграждащо обучение.

Реализирани основни дейности през 2009г.:

- ✓ Определяне на държави, които да послужат за проучване и прилагане на добрите европейски практики в областта на спешната медицинска помощ.
- ✓ Проведена процедура за набиране на експерти за изготвяне на анализи, бази данни, проучвания, програми, ръководства и документация в рамките на проекта:
 - анализ на потребностите от обучение;
 - създаване на бази данни за преподаватели в областта на спешната медицина;
 - създаване на бази данни на персонала в спешната медицинска помощ и неговата квалификация;
 - протоколи (алгоритми) за клинично поведение в спешната медицина;
 - проучване на добри европейски практики в сферата на спешната медицинска помощ;
 - програми за обучение, осигуряващи надграждащи знания и умения на целия медицински персонал в сферата на спешната медицинска помощ.
- ✓ Проведена процедура за избор на изпълнители на обществена поръчка за изготвяне на технически задания и спецификации за графично оформление и отпечатване на протоколи за клинично поведение в спешната медицина.

- **Договор № BG051PO001-6.02.03 „АКРЕДИТАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ И ПРОДЪЛЖИТЕЛНОТО ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ”** - общ бюджет на проекта 3 312 536,26 лева.

Изпълнението на проекта стартира на 10 юли 2009 година с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 21 декември 2011г.

Общата цел на проекта е укрепване на институциите, отговорни за акредитацията на лечебните заведения и за квалификацията на доставчиците на здравни услуги.

Специфичните цели на проекта са:

- Създаване на система за контрол за акредитиране на програмите и институциите извършващи продължителното медицинско обучение.
- Унифициране на процесите по регистрация на медицинските кадри – създаване на централизирана електронна база данни на медицинския персонал с възможност за анализ, оценка и планиране.
- Укрепване на системата на акредитация на лечебната дейност, изготвяне и актуализиране на медицински стандарти.

Реализирани основни дейности през 2009г.:

- ✓ Проведена процедура за избор на изпълнители на обществена поръчка за изготвяне на технически задания и спецификации за разработване на софтуер и за придобиване на хардуер за регистъра на медицинския персонал.
- ✓ Подготовка на тръжни документации за провеждане на процедури за възлагане на обществени поръчки по проекта:
 - Изготвяне на анализи и проучвания в областта на акредитацията на лечебните заведения и продължителното медицинско обучение.
 - Практическа организация по провеждането на работни семинари и конференции.
 - Осигуряване на публичност на дейностите по проекта, и др.

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА”

Министерство на здравеопазването участва като партньор в проект SEE ЕоI/A/788/4.1/X **„ПРАВИТЕЛСТВЕНА СОЦИАЛНА ОТГОВОРНОСТ: ИНОВАТИВЕН ПОДХОД НА КАЧЕСТВО В ПРАВИТЕЛСТВЕНИТЕ ДЕЙСТВИЯ И РЕЗУЛТАТИ, МОДЕЛ G.S.R. (Governmental Social Responsibility Model: An Innovative Approach of Quality in Governmental Operations and Outcomes) - G.S.R. Model”.**

Водещ партньор е гръцката организация за стандартизация - Hellenic Organisation for Standartization (ELOT).

Общият бюджет на проекта е 1 985 000 евро, а бюджетът предвиден за Министерство на здравеопазването е 120 000 евро.

Изпълнението на проекта стартира през м. април 2009 година и продължителността му е 36 месеца.

Основните цели на проекта са:

- Развитие в общ вид на модел за управление на система от социални услуги (GSR модел), чието прилагане би могло да доведе до доближаване до характеристиките и изискванията на Стандарта за социална отговорност. Моделът ще бъде приспособим към всички съществуващите системи за социални услуги в страните членки, както и към конкретните нужди на всяко звено.
- Развитие и прилагане на съответните пилотни стратегии.
- Повишаване на информираността на обществото и администрацията за необходимостта от стандарти за качество в областта на социалните услуги.

- Изграждане на капацитет на администрацията за прилагане: обучение - оценка на целевите групи.
- Разработване на планове.
- Мониторинг и оценка на резултатите.

Реализирани основни дейности през 2009г. :Има само сключен договор за изпълнение

Оперативна програма „Регионално развитие”

Министерство на здравеопазването е конкретен бенефициент за държавните лечебни и здравни заведения в рамките на ОП РР, Приоритетна ос 1. Устойчиво и интегрирано градско развитие, Операция 1.1. „Социална инфраструктура”.

През 2009г. МЗ подготви Средносрочна рамкова инвестиционна програма и съответните формуляри за отделните проектни предложения на лечебни заведения, които бяха внесени за разглеждане от Управляващия орган на ОП РР при МРРБ. Рамковата програма беше върната, тъй като не събра необходимия минимален брой точки за разглеждането ѝ.

Към момента МЗ разработва нова Средносрочна рамкова инвестиционна програма и проектни фишове, които предстои да бъдат депозирани за разглеждане и оценка от Управляващия орган на ОП РР до края на м. септември 2010г.

• По ТРАНСПЛАНТАЦИЯ И КРЪВ

В областта на дейностите, свързани с трансплантация на органи, тъкани и клетки, както и осигуряването на кръв и кръвни съставки приоритет е осигурено гарантирането на качество и безопасност на тези продукти с човешки произход. Трансплантациите, кръвта и кръвните съставки са регламентирани съгласно съответните Директиви на ЕС, а дейностите се извършват при стриктно съблюдаване на изискванията. В областта на трансплантациите действа Национална програма за развитие на трансплантацията на стволови клетки, която се финансира от МЗ.

• По МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА

От 2009 г. влезе в сила Закона за изменение и допълнение на Закона за здравето - Гл.трета, Раздел IV- Медицинска експертиза. Приетите изменения променят цялостно съществуващия до момента механизъм за провеждане на медицинската експертиза, тъй като се обособяват три групи лица подлежащи на медицинска оценка: деца до 16 год., лица в трудоспособно възраст и лица придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл.68 от КСО.

Предстои създаване на междуведомствена работна група с участието на експерти от МЗ, НЕЛК, НЗОК, МТСП , НОИ, Националния съвет за интеграция на хората с увреждания, която ще разработи нов Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза нова Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

Съвместно с НОИ е изработено и изпратено до РЦЗ и ТУ на НОИ Указание за създаване на организация на работа и взаимодействието между органите на медицинската експертиза на работоспособността и Териториалните поделения на НОИ във връзка с приложението на чл.112, ал.9 от Закона за здравето и чл.98, ал.7 от КСО.

Изготвени са предложения за промени в законодателната уредба (Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване, ЗЗ) във връзка с усъвършенстване разрешителния режим, устройството на лечебните заведения , взаимовръзките, НЗК и др.

1.3. Обобщение и изводи

На базата на представените анализи и оценки могат да бъдат направени следните обобщения и изводи:

1. Изпълнението на Стратегията и Плана за действие е неритмично и в недостатъчна степен организирано.
2. Съответствието на Стратегията и Плана за действие е недостатъчно спрямо Програмата на Правителството.
3. Анализите и оценките на стратегията и плана за действие се затрудняват поради често общия характер на заложените цели, задачи, дейности и резултати.
4. Анализите и оценките по изпълнение на стратегията са субективни поради липсата на обективно измерими индикатори за оценка
5. Изпълнението на Стратегията и Плана за действие не е обвързано с необходимите ресурси – финансови, кадрови и т.н.
6. Много от заложените цели, дейности и програми са само на хартия, нямат реално приложение.
7. Много от заложените цели, дейности и резултати отговарят на съответните в международните документи и договорености – със СЗО, ЕС и други, но не са имплементирани в Стратегията и в Плана за действие като реално оценени приоритети и дейности, а като пожелателни усилия.
8. Стратегията и Плана за действие са общополитически документи, но в тях липсват акценти, които да се съотнасят с приоритетите на страната и на гражданите.
9. Необходимо е внимателно преоценяване на всяка от стратегическите цели, дейности, задачи и резултати, като се акцентира върху връзката им с действителния живот и приоритетите на обществото. Необходимо е залагане на ясни, постижими, реалистични и оценени цели, дейности, задачи, а не на общовалидни ценности, както е в повечето случаи в Стратегията и Плана за действие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравето на гражданите на страната е многофакторно обусловено явление, което не се променя за кратки периоди, особено за едногодишен период, за който се изготвя настоящия доклад. Ето защо не можем да очакваме, че през 2009 г. са настъпили кардинални промени в статуса на общественото здраве. Въпреки това можем да отбележим, че в статистическите данни се отчита положителна промяна, която са претърпели някои от демографските показатели, както следва:

- *Раждаемостта* бележи лека тенденция към увеличаване и се изравнява със средната в ЕС. Продължава установената след 1992 г. тенденция за повишаване стойността на *тоталния коефициент на плодовитост*, който вече е дори по-висок от този в ЕС.
- Редица заразни болести са ликвидирани в течение на последните години или сведени до единични случаи (дифтерия, полиомиелит, малария, коремен тиф и др.) и през 2009 г. се запазва тази тенденция.
- Положителен факт е продължаващото намаляване на нивото на болестността и заболяемостта от туберкулоза (съответно 109.4 и 33.6‰).
- В резултат на устойчиво високия имунизационен обхват на новородените с ваксина против хепатит В (наред с другите последователно провеждани комплексни превантивни мерки) е постигнато рязко снижаване на заболяемостта от вирусен хепатит В при децата до 14 години, което е определен успех.
- Резултатите от проведените антропометричните измервания показват, че с нормално физическо развитие са над 89% от децата, посещаващи детски заведения и над 83% от учениците. Не се наблюдават съществени различия в данните за физическото развитие на децата и учениците, сравнени с предходните години.
- Въпреки финансово-икономическа криза, доходите на населението през 2009 г. все още нарастват и се запазва регистрираната и в предходните години структура, като населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст. Неблагоприятните икономически обстоятелства през 2009 г. не са довели до съществена динамика в общото равнище на бедност в страната.
- Общият брой на трудовите злополуки и на изгубените календарни дни съществено намалява, и за първа година намаляват и злополуките със смъртен изход. Тези данни свидетелстват за подобряване на информираността относно рисковете за здравето и безопасността при работа, начините и средствата за намаляването им, по добър контрол на дейностите по здраве и безопасност при работа и др.
- Постигнат е висок процент на стандартни резултати за качество на питейната вода в страната (98,74%) .
- Отчита се отсъствието през 2009 година на високите стойности на шумови нива от диапазона 78-82 dB(A) и намаляването с 1,93% на шума от диапазона 73-77 dB(A) в 14 от контролните пунктове.
- Показателите за естествения радиационен фон в България са в рамките на средните показатели в други страни.
- Запазва се традицията за извършване на периодичен здравен контрол на въздуха, водата, шума, безопасността на храните и др

- В България е в действие добре структурирана система за граничен здравен контрол, основаваща се на изградени постоянни и функционални звена за граничен контрол.
- Има ориентация към проблемите на промоцията на здравето и профилактиката на болестите чрез работата по национални програми.
- Увеличена е използваемостта на леглата в специализираните болници за рехабилитация и в психиатричните лечебни заведения.
- Продължава стабилната тенденция за намаляване *на болничния престой*
- През периода 2008-2009г., заедно с обновяването на автопарка на ЦСМП, е извършена подмяна на остарялата и амортизирана апаратура в санитарните автомобили - дефибрилатори, респиратори, инфузионни помпи. На този етап екипите на ЦСМП са оборудвани с необходимата съвременна медицинска апаратура.
- През 2009г. бе усъвършенствана комуникационно-информационната система с оглед по-бързо, по-достъпно и по-надеждно обслужване и развитие на хоризонталната връзка (между всички ЦСМП) и вертикалната (свързването в национална мрежа с оформяне на единна база данни и единен координационен център) интегрираност на системата. Като резултат от създаването и развитието на Националната система за спешни повиквания с единен европейски телефонен номер 112, през 2009г. се извърши практическото му внедряване за нуждите на МЗ и ЦСМП.
- През 2009г. 300 от новозакупените 420 санитарни автомобили са оборудвани с GPS позициониращи устройства.
- Осигуреността на населението с общопрактикуващи лекари (ОПЛ) се запазва на почти едно и също ниво и през 2009 г. е 65‰ и е незначително увеличена спрямо 2008 г.(62.8‰)
- През учебната 2009/2010 година се увеличава броят на местата за прием на лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти, медицински сестри, акушерки и другите специалности от професионално направление „Здравни грижи”.
- В рамките на изпълнението на НЗС са извършени редица дейности свързани с въвеждането на подхода “Здраве във всички политики”, повишаване информираността на населението, оптимизиране дейността по опазване на общественото здраве, усъвършенстване на нормативната база в различни сфери, разработване на медицински стандарти, на индикатори за оценка на болничната дейност и др.

В същото време могат да се отбележат и редица негативни явления, повечето от които се наблюдават от години, но въпреки това са тревожни и изискват намеса:

- Отчита се застаряване на населението, общо намаляване на броя му и особено негативна е тенденцията по отношение на работната сила - абсолютният брой намалява при значително увеличаване на относителния дял на застаряващите работещи.
- *Въпреки незначителното нарастване на средната продължителност на живота* през периода 2006-2009 г. следва да се отбележи, че тя е с 6 години по-ниска от тази в ЕС.

- Нарастващото през последните две десетилетия ниво на *смъртност* бележи слабо понижение, започващо от 2008 г., но въпреки това България продължава да е страната с един от най-високите показатели за смъртност в ЕС и *най-нисък естествен прираст*.
- След период на няколкогодишно намаляване на стойността на показателя за детска смъртност, през 2009 г. се отчита повишаване на нивото на *детската* и на *ранната неонатална смъртност*, както и високо ниво на *перинаталната смъртност*. Показателите за детска смъртност продължават да са два-три пъти по-високи от тези в страните на ЕС.
- Неблагоприятни в сравнение с ЕС са данните и за *мъртворождаемостта* - 7.55%. Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст поради факта, че не се откриват своевременно патологични състояния, причиняващи втρεутробна смърт на плода.
- През 2009 г. нарастват болестността и заболяемостта от злокачествени новообразувания (съответно 3 453.8 и 438.3‰). Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1 163.9‰) и рак на женските полови органи (1 027.1‰), а на заболяемостта - от рак на храносмилателните органи (106.9‰), рак на млечната жлеза при жените (94.7‰) и рак на женските полови органи (86.5‰).
- След седемгодишен период без регистрирани местни случаи, в средата на месец април 2009 г. е съобщен първият семеен взрив от морбили сред ромска общност като за кратко време започва епидемично разпространение на заболяването.
- В структурата на смъртността по причини традиционно продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията като сред тях с най-висок дял са представени мозъчно-съдовата и исхемичната болест на сърцето (съответно 29.8% и 18.7%). Сравнението с другите европейски страни показва, че въпреки намаленото ниво на смъртността от болести на органите на кръвообращението, стандартизираният показател остава значително по-висок от този в ЕС, а при злокачествени новообразувания - се отчита и неговото увеличаване.
- Резултатите от контролната дейност по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд все още са далеч от практиката в страните от ЕС, и показват частично или формално изпълнение на ЗЗБУТ както от страна на работодателите, така и от службите по трудова медицина,.
- Независимо от доброто качество на питейната вода в страната, в интерес на общественото здраве е поставянето на следните негативни констатации:
 - Трайните отклонения (нитрати, хром, флуор, манган) са с дълъг давностен период и не са намерили решение десетилетия;
 - Няма традиция за подкрепа на реализирани научно-приложни проекти свързани с качеството на питейната вода;
 - Поради слабости в мониторинга на питейните води, липсват необходимите данни за оценяване на качествения статус, безопасността на питейните води и давността на експозицията по отношение на органични токсични и други нормативно изисквани специфични замърсители;
 - Все още не се осъзнава необходимостта от прилагане на интегриран подход включващ структури и дейности на МЗ, МОСВ, МРРБ и водоснабдителите с цел изпълнение хармонизираната Европейска директива за питейната вода 98/83/ЕС.

- Запазва се утежнена акустична обстановка в урбанизираната среда, която без съмнение е свързана с възникването на здравен риск. Непрекъснато нарастващият брой на МПС в движение, при зле поддържаната пътна инфраструктура, недостатъчният контрол на автотранспорта, недобрата организация на движението, неадекватните градоустройствени решения, вкл. недостатъчното озеленяване и неспазването на изискванията на Закона за устройство на териториите са водещите причини за трайна тенденция към влошаване на акустичната обстановка в градовете на страната.
- Установява се липса на знания и нагласи за предпазване от слънчевата UV радиация, което представлява определена заплаха за здравето на населението.
- Високата честота на рискови за здравето фактори сред българското население (високо артериално налягане, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене, повишено ниво на холестерол в кръвта наднормено телесно тегло, ниска физическа активност) обуславя в решаваща степен и високата заболяемост и смъртност от заболявания с голяма социална значимост - хипертонична болест, исхемична болест на сърцето (миокарден инфаркт), мозъчно-съдова болест (мозъчен инсулт), някои форми на онкологични заболявания и др. На практика тази група болести има основно значение в структурата на заболяемостта, както и сред причините за смърт. Лечението им ангажира преобладаващата част от всички медицински разходи. Като цяло те водят до значителна загуба на национален доход. Тази неблагоприятна ситуация е резултат както от наличието на значителен дефицит на знания, умения и мотивация сред населението за превенция и контрол на предотвратимите рискови фактори, което е особено характерно за уязвимите групи и лицата в неравностойно положение, така и от наличието на нездравословна по своя характер социално-икономическа и културна среда, което предопределя здравословния избор като невъзможен за значителна част от населението, особено за тези граждани, които са с ниско ниво на доходи и образование.
- Отбелязаните през предходните години **проблеми в извънболничната и болничната помощ** не са преодолени и през 2009 г.:
 - ✓ не са отстранени сериозните трудности за достъп до ОПЛ в отдалечени, труднодостъпни и слабо населени места;
 - ✓ запазват се изразените териториални различия по отношение на нивата на всички наблюдавани показатели за ИМП;
 - ✓ продължава да доминира индивидуалната практика като форма на организация на работа, което влияе негативно върху достъпността и качеството на медицинската помощ;
 - ✓ все още не е регламентирана горна граница на регистрираните ЗЗОЛ при един ОПЛ, а прекомерно големият им брой затруднява достъпа и влошава качеството на медицинската помощ;
 - ✓ необходимо е да се реши въпросът с наличието и разпределението на регулативните стандарти с оглед потребностите по региони и осигуряване на адекватен достъп и своевременност на прегледите при специалист;
 - ✓ все още е недостатъчен обемът на промотивните и профилактични дейности на ОПЛ и липсва специфичен инструментариум за оценка на тяхната ефективност;

- ✓ не е подобрена координацията между извънболничната (първична и специализирана) и болничната помощ, което затруднява приемствеността в наблюдението и лечението на болните;
- ✓ в денталната помощ се регистрира ниско ниво на профилактичната дейност, особено за децата;
- ✓ запазва се високата концентрация на лекари-специалисти в областните и регионални центрове, което затруднява достъпа на ЗЗОЛ до заплатени от НЗОК изследвания и снижава контрола над хроничните заболявания;
- ✓ към настоящия момент лечението и рехабилитацията на здравноосигурени граждани, зависими към психоактивни вещества, не е включено в достатъчен обем в обхвата на медицинската помощ, която се заплаща от Националната здравноосигурителна каса и не се използва като възможност. Дълготрайното лечение не съществува като възможност за заплащане от НЗОК;
- ✓ достъпът до лечение на лицата, зависими към наркотици е затруднен по териториални и финансови причини;
- ✓ не е направена оценка и необходимото реструктуриране на болничната мрежа; продължава съществуването на нерационална структура на болничния леглови фонд по области и специалности;
- ✓ липсата на адекватна информация за потребностите на населението от адекватни медицински услуги води до неравномерно разпределение на съществуващите ресурси;
- ✓ все още няма изработена здравна карта, която да ориентира вземашите решения за необходимостта от планиране на услугите и ресурсите;
- ✓ процесът на увеличаване на броя на лечебните заведения за болнична помощ продължава без да е доказана необходимостта от тях въз основа на оценка на здравно-статистически данни и здравна карта.
- ✓ продължава драстичното увеличаване на показателя за хоспитализация, което се дължи на недобре функциониращата извънболнична помощ (недостатъчна квалификация на ОПЛ, ограничени регулативни стандарти в първичната помощ и неограничени възможности за хоспитализиране), разкриването на спешни отделения в болниците, липсата на ясно дефиниран пакет от услуги, финансиран от НЗОК адекватен на наличните финансови ресурси, липсата на здравна карта и др.
- ✓ ограничени са финансовите средства за поддържане на дълготрайните активи като сгради, оборудване, инфраструктура. Остарялата материално-техническа база на държавните и общинските лечебни заведения се нуждае от модернизиране;
- ✓ всички видове медицинска радиологична апаратура не само са амортизирани, но и морално остарели, и липсват функции, осигуряващи качество на образите и безопасността на пациентите. Тревожна е тенденцията през последните години за закупуване на уредби втора употреба. Една от причините за предпочитанията у нас към апаратурата втора употреба, особено от частни центрове, е, че НЗОК не обвързва реимбурсирането на изследванията с възрастта и качеството на апаратурата;
- ✓ у нас няма център за лъчелечение, оборудван с повече от 1 ускорител, в противоречие със стандартите за лъчелечение, изискващи най-малко 2

ускорителя в един център, а в звена с национално значение – 4 или 6 ускорителя. Работата с неточно калибрирани лъчетерапевтични уредби, поради остарялото оборудване на Националната дозиметрична апаратура, увеличава риска от грешки и инциденти, които могат да бъдат фатални за изхода от лъчелечението и могат да бъдат заплаха за безопасността на пациентите;

- ✓ скринингът (провежданите мамографии) губи смисъла си, ако се провежда от недостатъчно подготвени специалисти или с апаратура, която не отговаря на определени стандарти за качество;
- ✓ налице е тенденция за увеличаване равнището на просрочените задължения на лечебните заведения – търговски дружества;
- ✓ стойността на КП не е обвързана с тежестта на заболяването, придружаващите заболявания и качеството на предоставеното лечение, което създава възможност за увеличаване хоспитализациите на болни по “доходоносни” КП и стремеж за вписване на диагноза, която е включена в КП с по-добро финансиране и ограничено хоспитализиране на възрастни, полиморбидни и рискови пациенти;
- ✓ подходът на финансиране по КП се свързва с генериране на загуби от лечебни заведения, които лекуват комплицирани случаи;
- ✓ рискът да не се осъществи заплащане от НЗОК води до изкривявания на диагностичния процес – извършват се само диагностични дейности, които са вписани в алгоритъма на КП, включваща окончателната диагноза и в редица случаи се пропускат диагностично-лечебни дейности, които са необходими за уточняване на състоянието и комплексното лечение на пациента;
- ✓ системата за спешна помощ изпитва хроничен недостиг на персонал, неуреденият проблем със собствеността на сградния фонд на централните затруднява извършването на капиталови разходи за поддръжка и води до чести спорове между ЦСМП и съответното търговско дружество, в чийто капитал са вписани помещенията;
- ✓ съществуващите спешни портали към лечебните заведения продължават да бъдат входна врата за директни хоспитализации без да е доказана нуждата от тях, което води до увеличаване на дълговете на големите болници.

• В системата на финансиране на здравеопазването съществуват проблеми, по характерни от които са:

- ✓ недостатъчно публично финансиране, което представлява основна бариера и на практика не може да се осигури добър достъп на всеки до необходимата медицинска помощ, както и да се отговори на здравните потребности на населението;
- ✓ съществува диспропорция в разпределението на финансовия ресурс между извънболничната и болничната помощ, както и спрямо равнището на възнагражденията на заетите в отраслите на материалния сектор на икономиката;
- ✓ отсъства ясно дефинирана методология и информационна система за финансиране на болничния сектор на пазарен принцип;

- ✓ липсва модел за ясен и мотивиран начин за финансиране на спешната медицинска помощ, включително и на интензивните и спешните отделения в болничните структура;
 - ✓ отсъства система за адекватно, като обем и целево ориентирано финансиране на инвестиционните разходи на болниците и произтичащото от това забавяне на оптимизирането на болничната мрежа;
 - ✓ периодично възникваща задлъжнялост на болничния сектор, която съпътства дейността на здравната система през последните няколко години;
 - ✓ недостатъчни стимули за разпределяне на финансов ресурс за промоция на здравето и профилактика на болестите;
 - ✓ не е изградена интегрирана система на национални здравни сметки;
 - ✓ ролята на доброволното здравно осигуряване във финансирането на здравните услуги е незначителна.
 - ✓ липсва стратегия за решаване на проблема с увеличаващия се брой на осигурените лица. Натоварването на все по-малка група с по-високата здравна вноска, при запазване и дори влошаване на качеството на предлаганите медицински услуги затваря порочен кръг по отношение цялостната мотивираност на гражданите да участват в солидарния модел.
 - ✓ липсват ясни правила за изработване и остойностяване на нови клинични пътеки, както и механизъм за преценка и преостойностяване на съществуващите на база на ясни критерии свързани със здравно-статистическата информация.
- **Проблемите на човешките ресурси** в здравеопазването са свързани главно с:
 - ✓ регионални диспропорции, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ;
 - ✓ ниска осигуреност с медицински сестри и неблагоприятно съотношение между медицински сестри и лекари, създаващо проблеми при правилното организиране на предоставянето на медицинската помощ;
 - ✓ продължава тенденцията за намаляване на желаещите да специализират по някои дисциплини и специалности, което застрашава качеството и интегритета на лечебния процес.
 - ✓ сравнително висока средна възраст на лекарите-специалисти;
 - ✓ незаети лекарски практики, особено в отдалечените райони на страната;
 - ✓ съществуващи финансови и организационни трудности при придобиване на специалност и продължаващо обучение;
 - ✓ висок относителен дял на незаетите места от отпуснатите за специализация;
 - ✓ неадекватно ниско заплащане на труда;
 - ✓ миграцията на лекари и сестри, което може да доведе до недостиг на кадри. Липсват точни данни за миграцията, както и система и ресурси за наблюдение на явлението, в т.ч. за реализацията на здравните кадри в чуждите здравни системи и на завърналите се в нашата страна;

- ✓ все още липсва официален регистър на категориите медицински персонал, задача, която е приоритетна за министерството на здравеопазването. Липсва и национална стратегия за развитие на човешките ресурси в системата.
- По отношение **изпълнението на Националната здравна стратегия** и Плана за действие се установява:
 - ✓ Изпълнението е неритмично и в недостатъчна степен организирано;
 - ✓ Анализите и оценките на стратегията и плана за действие се затрудняват поради често общия характер на заложените цели, задачи, дейности и резултати;
 - ✓ Анализите и оценките по изпълнение на стратегията са субективни поради липсата на обективно измерими индикатори за оценка;
 - ✓ Изпълнението на Стратегията и Плана за действие не е обвързано с необходимите ресурси – финансови, кадрови и т.н.;
 - ✓ Много от заложените цели, дейности и програми са само на хартия, нямат реално приложение;
 - ✓ Редица заложените цели, дейности и резултати отговарят на съответните в международните документи и договорености – със СЗО, ЕС и други, но не са имплементирани в Стратегията и в Плана за действие като реално оценими приоритети и дейности, а като пожелателни усилия;
 - ✓ Стратегията и Плана за действие са общополитически документи, но в тях липсват акценти, които да се съотнасят с приоритетите на страната и на гражданите.

Установените факти подкрепят становището, че здравето на населението е многофакторно обусловено явление. От една страна, то зависи от подобряването на благосъстоянието и повишаването на здравната култура, с оглед възможности за здравословен избор на начин на живот, от друга - от състоянието на здравната система, достъпа до качествени здравни услуги и не на последно място - от успешното междусекторно сътрудничество. Съществено значение има и степента на икономически растеж на страната. Настоящата тежка икономическа криза, както и нестартиралите реформи в системата на здравеопазването, без съмнение представляват сериозен риск по отношение на здравето на гражданите.

Подобряването на условията на живот и труд, повишаването на доходите, намаляването на безработицата и бедността, повишаването на достъпа и качеството на образованието, въвеждането на здравно образование още в детска възраст, на програми за обучение за справяне със стреса на работното място, повишаването на социалния статус, преодоляване на дискриминиращите фактори като пол и възраст при определяне на възнаграждението, целенасоченото използване на вътрешни и международни ресурси за намаляване броя на децата, живеещи в бедност, са малка част от предизвикателствата, пред които е изправено съвременното ни общество.

Поради изключително голямото разнообразие на социалните детерминанти, определящи здравето на всяка нация, партньорството и междусекторното сътрудничество са от изключително значение за постигане на успехи в опазването и подобряването здравето на населението. Това е необходимия отговор и на системата на здравеопазване, чрез предоставянето на равен достъп до обществените и индивидуални медицински услуги.

Основните приоритети за подобряване здравето на нацията трябва да бъдат насочени към повлияване на детерминантите на здравето, в това число на социалните.

За тази цел е необходимо у нас да бъде изградена стандартизирана система за мониторинг и оценка на рисковите фактори, свързани с начина на живот. Това ще даде възможност да бъде извършвана обективна оценка на действията за превенция и контрол на рисковите фактори, както и да бъде повишена ефективността на мерките за намаляване на тяхното въздействие върху здравето на населението.

По отношение на факторите на средата, имащи пряко отношение към здравето на населението следва да се отбележи, че:

- ✓ Районите с установени проблеми подлежат на оценка и управление на качеството на атмосферния въздух чрез задължително разработване или актуализиране на съществуващи оздравителни програми, което е функция от съвместните действия на редица институции и организации, включително РИОКОЗ, РИОСВ, общинската администрация.
- ✓ Подходът за ограничаване въздействието на шума в условията на градската среда предполага действия по установяване на акустичен комфорт и избягване на здравния риск чрез добра организация на транспорта, пътната инфраструктура, начина на застрояване и организация на териториите, създаване и поддържане на “тихи зони” и зони, подлежащи на усилена шумова защита, прилежащи към детските, здравните и учебните заведения, жилищата и местата за отдих и рекреация. Това са фактори, зависещи от доброто управление на градската среда, изцяло в прерогативите и възможностите на стопаните на градовете – общинските им ръководства, като техен надежден сътрудник по места са РИОКОЗ. Ежегодно предоставяните данни от контрола на шума и уместно направените от тях препоръки и предложения за ограничаване и намаляване на интензитета и влиянието му по същество имат определен здравен смисъл. Мултидисциплинарният подход към защитата на здравните интереси на обитателите на градовете е единствено възможният път към успешна профилактика.
- ✓ Във връзка със защита от нейонизиращи лъчения е необходимо да бъдат изготвени конкретни предложения за промяна в действащото законодателство, с цел осигуряване на по-ефективен контрол върху базовите станции в процеса на тяхното проектиране, изграждане и функциониране.
- ✓ За да се подобри контролът върху медицинското облъчване е необходимо: при създаване на клинични пътеки да се спазва принципът за обосноваване на процедурите с йонизиращи лъчения; включването на диагностични изследвания с йонизиращи лъчения в клиничните пътеки да става *след внимателна преценка на необходимостта*; включването на флуорографски изследвания, особено на здрави хора с профилактични цели, да бъде *строго обосновано*; при създаването на системата за реимбурсиране на изследванията да се предвиди *механизъм за стимулиране намаляването на необосновани изследвания* с йонизиращи лъчения, противно на сега съществуващата система за реимбурсация според броя на направените изследвания. *Цената* на рентгенови и нуклеарно-медицински изследвания и лъчетерапевтични процедури *да се определя от вида и състоянието на апаратурата*, по следните критерии: диагностични/терапевтични възможности на апаратурата, съответстващи на изследването/процедурата; възраст/поколение на апаратурата; съответствие с формалните изисквания на Наредба 30/2005 на МЗ и медицинските стандарти; наличие на програма за контрол на качеството, съставена от медицински физик (на щат или на договор) и протоколи от контрола на качеството; наличие на

техническа поддръжка, удостоверено с представяне на договор за сервизна поддръжка от лицензирана фирма.

Необходимо е да се предприемат действия по изпълнение на изискването на Наредба 30/2005 на МЗ за издаване на *Радиационен паспорт* на всеки български гражданин за регистриране на дозите от всички проведени медицински облъчвания с диагностична или лечебна цел. Доказано е, че по този начин се *намаляват необосновано повторени изследвания*. Радиационният паспорт може да бъде *отделен документ или част* от Здравно-осигурителната книжка. Той може да има и *електронна форма*, като се включи в бъдещата електронна здравна карта на всеки пациент. Препоръчително е специалисти по проблема да участват в работните групи при: ¹*подготовка на техническите спецификации за централизирани доставки* на рентгенова апаратура; и при ²*подготовка на национални програми за скрининг* с използване на рентгенови лъчения – мамографски, флуорографски и др.

- ✓ Кризите, свързани с безопасността на храните през последното десетилетие, изостриха необходимостта от координиране на дейностите и сътрудничеството на институциите. Взаимният обмен на информация или т.н. междусекторна колаборация между заинтересованите ведомства на здравеопазването, земеделието, хранителната промишленост и организациите на потребителите е важна предпоставка за постигането на високо ниво на безопасността на храните в страната.

Подобряването на достъпа на населението до здравните услуги е от изключително значение за подобряване както на общественото, така и на индивидуалното здраве. С оглед намаляване трудностите при достъпа до ОПЛ в отдалечени и населени места с малък брой население е необходимо да се преразгледат критериите за оценка на „неблагоприятни условия“, както и стимулите, отпускани за такива практики и да се стимулира разкриването на групови практики като форма на организация на работа в ИМП.

За подобряване качеството на предоставяната първична медицинска помощ е необходимо да се регламентира горна граница на регистрираните ЗЗОЛ при един ОПЛ, като същевременно се преосмислят подходите за заплащане на изпълнителите в ПИМП, като тежестта се премести от доминиращото сега капитационно към други форми на заплащане. Необходимо е да се реши въпросът с наличието и разпределението на регулативните стандарти с оглед потребностите по региони и осигуряване на адекватен достъп до лекари от СИМП. Изработването и въвеждането на ефективен инструментариум за оценка на профилактичната и промотивна дейност в извънболничната медицинска и дентална дейност определено ще допринесе за оптимизиране на координацията между извънболничната (първична и специализирана) и болничната помощ, което ще подобри приемствеността в наблюдението и лечението на пациентите.

Провеждането на задълбочен анализ и оценка на нормативната база и съществуващата здравна мрежа, особено болничния сектор е крайно наложително, както и доказаната необходимост от създаване на мрежа от лечебни заведения за долекуване, хосписи и социални домове и не на последно място - подобряването на координацията между отделните звена.

Специално внимание следва да бъде обърнато и на повишаването на качеството и достъпността на спешната медицинска помощ чрез въвеждане на адекватна нормативна база с ясно дефиниране на функциите и задълженията, освобождаване и ограничаване на неспецифичните дейности, усъвършенстване на хоризонталната интеграция, осъществяване информационен обмен между националната система за

спешна медицинска помощ и системата на единния европейски номер за спешни повиквания 112 и осигуряване на необходимия човешки ресурс и др.

Въпреки, че за този проблем се говори от години, считаме за необходимо да отбележим необходимостта от въвеждане на единна методика за остойностяване на клиничните пътеки въз основа на здравно-статистически анализи и въвеждане на коефициенти за тежест и коморбидност. Водещ принцип при формулирането на клиничните пътеки да бъде диагнозата, а не процедурата.

Преодоляването на ограниченията в достъпа до здравни услуги може да бъде постигнато на базата на осъществяването на превантивен контрол относно финансирането на системата. Неотложните мерки, които следва да се предприемат, няма да доведат до желаните ефекти, ако не се извършат структурни промени в системата, реструктуриране на бюджетните разходи с оглед целесъобразното изразходване на средствата в Министерство на здравеопазването.

Осигуряването на достатъчен и висококвалифициран персонал и гарантирането на устойчивото му развитие изисква да се оцени състоянието на наличните човешки ресурси и се определят реалните потребности от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности и възрастови групи. Разработването и въвеждането на информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването, в т.ч. и на мигриралите кадри е наложително, както и създаването на стройна концепция за квалификация и надграждащо продължително обучение на медицинските и немедицинските специалисти.

Съответствието на НЗС с Програмата на правителството е във висока степен, но би могло да се помисли за определянето на допълнителни задачи с оглед оптимизирането му.

Необходимо е да се прецени необходимостта от промяна в стратегията и Плана за действие, което би довело до по-голямо съответствие със заложените цели и задачи от Правителството. Налага се внимателно преценяване на всяка от стратегическите цели, дейности, задачи и резултати, като се акцентира върху връзката им с действителния живот и приоритетите на обществото. Стремехът е залагане на ясни, постижими, реалистични и оценени цели, дейности, задачи, а не на общовалидни ценности, както е в повечето случаи в Стратегията и Плана за действие.

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

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1. Смъртност по причини през 2009 г.

<i>Причини за смърт (МКБ-10)</i>	Брой ¹⁾	<i>На 100000 население</i>	<i>Структура (%)</i>
Общо	108068	1424.7	100.0
Някои инфекциозни и паразитни болести	587	7.7	0.5
Новообразувания	17157	226.2	15.9
Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	160	2.1	0.1
Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	1989	26.2	1.8
Психични и поведенчески разстройства	77	1.0	0.1
Болести на нервната система	954	12.6	0.9
Болести на окото и придатъците му	7	0.1	0.0
Болести на ухото и мастоидния израстък	3	0.0	0.0
Болести на органите на кръвообращението	71306	940.1	66.0
Болести на дихателната система	4154	54.8	3.8
Болести на храносмилателната система	3268	43.1	3.0
Болести на кожата и подкожната тъкан	27	0.4	0.0
Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	38	0.5	0.0
Болести на пикочо-половата система	1239	16.3	1.1
Бременност, раждане и послеродов период	4	0.1	0.0
Някои състояния, възникващи през перинаталния период	323	4.3	0.3
Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	152	2.0	0.1
Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	3207	42.3	3.0
Външни причини за заболяемост и смъртност	3416	45.0	3.2

Източник: НЦЗИ

¹⁾ по данни на НСИ

Таблица 2. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели) в стационарите на лечебните заведения

Година	Възраст (в навършени години)				
	Общо	0-17	18+	от тях:	
				18-64	65+
Брой					
2005	1614313	308107	1306206	880895	425311
2008	1825488	308665	1516823	989356	527467
2009	1958897	322852	1636045	1058525	577520
На 100 население⁴⁾					
2005	20857.0	22576.3	20489.0	17459.0	31986.7
2008	23945.9	24114.4	23911.9	19708.8	39853.6
2009	25825.5	25526.1	25885.4	21189.7	43590.9

Източник: НЦЗИ

Таблица 3. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели) в стационарите на лечебните заведения по класове през 2009 г.

№	Класове по МКБ-10	Брой	На 100000 население	Структура (%)
	Общо	1958897	25825.5	100.0
	I. Някои инфекциозни и паразитни болести	56034	738.7	2.9
	II. Новообразувания	118680	1564.6	6.1
	III. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	12454	164.2	0.6
	IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	73352	967.1	3.7
	V. Психични и поведенчески разстройства	51859	683.7	2.6
	VI. Болести на нервната система	68946	909.0	3.5
	VII. Болести на окото и придатъците му	60238	794.2	3.1
	VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък	28053	369.8	1.4
	IX. Болести на органите на кръвообращението	293331	3867.2	15.0
	X. Болести на дихателната система	246528	3250.1	12.6
	XI. Болести на храносмилателната система	158733	2092.7	8.1
	XII. Болести на кожата и подкожната тъкан	35190	463.9	1.8

XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	70749	932.7	3.6
XIV. Болести на пикочо-половата система	135490	1786.3	6.9
XV. Бременност, раждане и послеродов период	153465	2023.2	7.8
XVI. Някои състояния, възникващи през перинаталния период	14872	196.1	0.8
XVII. Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	5758	75.9	0.3
XVIII. Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	5268	69.5	0.3
XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	104083	1372.2	5.3
XXI. Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби ¹⁾	265814	3504.4	13.6

Източник: НЦЗИ

¹⁾ вкл. 63103 здрави живородени

Таблица 4. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели) на възраст 0-17 години в стационарите на лечебните заведения по класове през 2009 г.

<i>№</i>	<i>Класове по МКБ-10</i>	<i>Брой</i>	<i>На 100000 население</i>	<i>Структура (%)</i>
Общо		322852	25526.1	100.0
I. Някои инфекциозни и паразитни болести		28325	2239.5	8.8
II. Новообразувания		2746	217.1	0.8
III. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм		3017	238.5	0.9
IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата		4207	332.6	1.3
V. Психични и поведенчески разстройства		2347	185.6	0.7
VI. Болести на нервната система		5554	439.1	1.7
VII. Болести на окото и придатъците му		3338	263.9	1.0
VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък		3454	273.1	1.1
IX. Болести на органите на кръвообращението		3854	304.7	1.2
X. Болести на дихателната система		112717	8911.9	34.9
XI. Болести на храносмилателната система		15459	1222.3	4.8
XII. Болести на кожата и подкожната тъкан		3525	278.7	1.1
XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан		2525	199.7	0.8
XIV. Болести на пикочо-половата система		9312	736.2	2.9

XV.Бременност, раждане и послеродов период	9944	786.2	3.1
XVI.Някои състояния, възникващи през перинаталния период	14872	1175.8	4.6
XVII.Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	4547	359.5	1.4
XVIII.Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	571	45.2	0.2
XIX.Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	21014	1661.5	6.5
XXI.Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби ¹⁾	71524	5655.0	22.2

Източник: НЦЗИ

1) вкл. 63103 здрави живородени

Таблица 5. Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания

На 100 000 население

<i>Локализация на новообразуванието по МКБ-10</i>	<i>2008</i>		<i>2009</i>	
	<i>Общо</i>	<i>в т.ч.: новооткрити</i>	<i>Общо</i>	<i>в т.ч.: новооткрити</i>
Общо	3437.6	426.0	3453.8	438.3
Устни, устна кухина и фаринкс	118.3	10.8	112.2	11.9
в т.ч.: устна	69.5	2.4	63.5	2.8
Храносмилателни органи	516.6	106.6	521.4	106.9
в т.ч.: стомах	80.9	21.2	78.9	20.1
дебело черво	206.4	33.9	212.2	34.6
ректосигмоидална област, право черво (ректум), анус и анален канал	158.3	23.3	158.8	24.1
Дихателни органи и гръден кош	224.1	58.7	221.5	57.5
в т.ч.: трахея, бронхи и бял дроб	146.5	49.2	143.0	47.9
Кости и ставни хрущяли	11.2	1.0	11.0	0.9
Меланом и други злокачествени новообразувания на кожата	736.3	53.1	734.3	60.7
Мезотелиална и меки тъкани	37.0	3.9	37.0	4.1
Млечна жлеза	601.3	46.6	607.2	49.5
в т.ч.: млечна жлеза при жените	1156.6 ¹⁾	89.2 ¹⁾	1163.9 ¹⁾	94.7 ¹⁾
Женски полови органи	1007.2 ¹⁾	83.0 ¹⁾	1027.1 ¹⁾	86.5 ¹⁾
в т.ч.: шийка на матката	351.5 ¹⁾	28.1 ¹⁾	355.1 ¹⁾	27.5 ¹⁾
тяло на матката	429.1 ¹⁾	29.1 ¹⁾	437.6 ¹⁾	32.5 ¹⁾
яйчник	176.7 ¹⁾	20.0 ¹⁾	181.2 ¹⁾	21.7 ¹⁾
Мъжки полови органи	369.5 ²⁾	50.5 ²⁾	375.7 ²⁾	51.7 ²⁾
в т.ч.: простата	271.1 ²⁾	42.9 ²⁾	275.5 ²⁾	44.1 ²⁾

Пикочна система	205.2	27.8	211.1	28.8
в т. ч.: пикочен мехур	143.0	18.7	147.0	19.0
Око, главен мозък и други части на централната нервна система	46.1	9.5	45.0	8.9
Щитовидна и други ендокринни жлези	55.9	4.2	57.6	4.1
Неточно определени, вторични и неуточнени локализации	48.2	16.7	45.7	17.5
Лимфна, кръвотворна и сродните им тъкани	138.9	19.8	137.8	17.6
Самостоятелни (първични) множествени локализации	0.0	0.0	–	–

Източник: НЦЗИ

¹ на 100 000 жени

² на 100 000 мъже

Таблица 6. Болни под наблюдение на психиатричните заведения

Наименование на болестите по МКБ-10	2008		2009	
	Брой	на 100 000 население	Брой	на 100 000 население
Общо	173079	2275.4	171717	2270.3
Психични и поведенчески разстройства	159747	2100.1	158917	2101.0
Деменция	3528	46.4	3497	46.2
Делир, непредизвикан от алкохол и други психоактивни вещества	906	11.9	872	11.5
Други разстройства, дължащи се на мозъчно заболяване	4232	55.6	4448	58.8
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на алкохол	15379	202.2	15291	202.2
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на други психоактивни вещества	887	11.7	764	10.1
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди	564	7.4	498	6.6
Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства	38779	509.8	38627	510.7
Шизофрения	28264	371.6	28339	374.7
Остри и преходни психотични разстройства	3007	39.5	2984	39.5
Разстройства на настроението [афективни разстройства]	29691	390.3	29380	388.4
Маниен епизод	3825	50.3	3730	49.3
Биполярно афективно разстройство	7034	92.5	7144	94.5
Депресивен епизод	7870	103.5	7824	103.4
Рецидивиращо депресивно разстройство	9549	125.5	9732	128.7
Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства	16833	221.3	16740	221.3

Разстройства на храненето, съня и сексуалността	186	2.4	177	2.3
Разстройства на личността и поведението в зряла възраст	6231	81.9	6203	82.0
Умствена изостаналост	39304	516.7	39283	519.4
Специфични разстройства в развитието	773	10.2	750	9.9
Генерализирани разстройства в развитието	425	5.6	409	5.4
Хиперкинетични разстройства	520	6.8	525	6.9
Други разстройства в поведението и емоциите	489	6.4	504	6.7
Неорганична енуреза	489	6.4	485	6.4
Всички останали класове болести	13332	175.3	12800	169.3
Епилепсия	13315	175.0	12785	169.0

Източник: НЦЗИ

Таблица 7. Регистрирани заболявания от активна туберкулоза

На 100 000 население

	2005	2008	2009
Общо	127.7	119.7	109.4
В т.ч. новооткрити	40.1	38.5	33.6

Източник: НЦЗИ

Таблица 8. Регистрирани заболявания от някои венерически и кожнозаразни болести

На 100 000 население

	2005	2008	2009
Сифилис	66.5	43.6	44.7
В т.ч. новооткрити	7.7	5.8	5.9
Гонорея	2.8	2.6	2.7
В т.ч. новооткрити	2.3	2.3	2.5
Микроспория	23.3	33.3	33.1
В т.ч. новооткрити	17.1	26.8	29.7
Трихофития	25.3	31.5	34.5
В т.ч. новооткрити	18.5	26.5	30.1

Източник: НЦЗИ

Таблица 9 Структура на инфекциозната патология и заболеваемост от остри заразни болести* в България през 2009 г.

№	Нозологични единици	Заболели (брой)	Заболеваемост (на 100 000)	Отн. дял (%)
1	Антракс	2	0,03	0,003
2	БММЕ пневмококов	46	0,60	0,07
3	БММЕ стрептококов	17	0,22	0,03
4	БММЕ хемофилус инфлуенце	15	0,20	0,02
5	БММЕ други	30	0,39	0,05
6	БММЕ с неуточнена етиология	65	0,85	0,10
7	Ботулизъм	2	0,03	0,003
8	Бруцелоза	4	0,05	0,01
9	Бяс	0	0,00	0,00
10	Вариант на болестта на Кройтцфелд-Якоб	0	0,00	0,00
11	Вариола	0	0,00	0,00
12	Варицела	29 117	382,79	45,87
13	Вирусни менингити и менингоенцефалити	270	3,55	0,43
14	Ебола/Марбург треска	0	0,00	0,00
15	Треска Ласса	0	0,00	0,00
16	ВХТ Кримска-Конго хеморагична треска	6	0,08	0,01
17	ВХТ Хеморагична треска с бъбречен синдром	5	0,07	0,01
18	Вирусен хепатит тип А	1 064	13,99	1,68
19	Вирусен хепатит тип В	504	6,63	0,79
20	Вирусен хепатит тип С	93	1,22	0,15
21	Вирусен хепатит тип D	6	0,08	0,01
22	Вирусен хепатит неопределен	220	2,89	0,35
23	Ентероколит	18 759	246,62	29,55
24	Дизентерия (шигелоза)	754	9,91	1,19
25	Дифтерия	0	0,00	0,00
26	Епидемичен паротит	1 111	14,61	1,75
27	Жълта треска	0	0,00	0,00
28	Йерсиниоза	8	0,11	0,01
29	Кампилобактериоза	26	0,34	0,04
30	Коклюш	251	3,30	0,40
31	Колиентерити (ешерихиози)	829	10,90	1,31
32	Ентерохеморагична <i>E. coli</i> инфекция	0	0,00	0,00
33	Кореман тиф/Паратиф	0	0,00	0,00
34	Ку треска	24	0,32	0,04
35	Лаймска борелиоза	882	11,60	1,39
36	Легионелоза	4	0,05	0,01
37	Лептоспирози	11	0,14	0,02
38	Листериоза	5	0,07	0,01
39	Марсилска треска	656	8,62	1,03
40	Менингококова инфекция	25	0,33	0,04
41	Морбили	2249	29,57	3,54
42	Орнитоза	0	0,00	0,00
43	Петнист тиф	0	0,00	0,00
44	Полиомиелит	0	0,00	0,00

45	Остри вяли парализи	111	1,46	0,18
46	Рубеола	44	0,58	0,07
47	Вродена рубеола	0	0,00	0,00
48	Салмонелоза	1 315	17,29	2,07
49	Скарлатина	4 937	64,90	7,78
50	Стрептококус пневмония, инвазивна инфекция	0	0,00	0,00
51	Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	0	0,00	0,00
52	Тетанус	0	0,00	0,00
53	Туларемия	7	0,09	0,01
54	Хемофилус инфлуенце тип В, инвазивна инфекция	0	0,00	0,00
55	Холера	0	0,00	0,00
56	Чума	0	0,00	0,00
ОБЩО		63 474	834,46	100,00

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

Таблица 10. Първично инвалидизирани лица над 16-годишна възраст

Години	<i>Загубена работоспособност</i>								Общо	
	над 90%		71% – 90%		50% – 70%		до 50%		брой	на 1000 население над 16 г.
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%		
2005	28451	24.7	44452	38.6	28837	25.0	13438	11.7	115178	17.5
2008	15339	24.3	22111	35.1	18544	29.4	7093	11.2	63087	9.7
2009	16330	23.6	24082	34.9	21019	30.4	7647	11.1	69078	10.7

Източник: НЦЗИ

Таблица 11. Първично инвалидизирани лица над 16-годишна възраст по класове болести за 2009 г.

№	Класове болести по МКБ-10	<i>брой</i>				
		над 90%	71%–90%	50%–70%	до 50%	Общо
	Общо	16330	24082	21019	7647	69078
	I. Някои инфекциозни и паразитни болести	57	666	145	42	910
	II. Новообразувания	5662	5381	701	89	11833
	IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	343	1457	2534	802	5136
	V. Психични и поведенчески разстройства	789	1204	1147	208	3348
	VI. Болести на нервната система	683	728	797	361	2569
	VII. Болести на окото и придатъците му	552	554	732	244	2082

VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък	28	345	526	221	1120
IX. Болести на органите на кръвообращението	5766	9710	8715	2968	27159
X. Болести на дихателната с-ма	70	231	664	445	1410
XI. Болести на храносмилателната система	267	529	492	148	1436
XIII. Болести на костно-мускулната с-ма и на съединителната тъкан	874	1980	2249	1053	6156
XIV. Болести на пикочо-половата система	321	504	677	237	1739
XVII. Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	17	68	169	58	312
XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	865	607	1267	693	3432
Останали класове болести	36	118	204	78	436

Източник: НЦЗИ

Таблица 12. Първично инвалидизирани лица до 16-годишна възраст

Години	Загубена работоспособност								Общо	
	над 90%		71% – 90%		50% – 70%		до 50%		брой	на 1000 население до 16 г.
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%		
2005	801	17.1	•	•	•	•	819	17.5	4674	4.0
2008	405	13.0	•	•	•	•	487	15.7	3106	2.8
2009	517	14.4	•	•	•	•	453	12.7	3578	3.3

Източник: НЦЗИ

Таблица 13. Първично инвалидизирани лица до 16-годишна възраст по класове болести за 2009 г.

№	Класове болести по МКБ-10	над 90%	50%–90%	до 50%	Общо
	Общо	517	2608	453	3578
	I. Някои инфекциозни и паразитни болести	3	125	2	130
	II. Новообразувания	49	55	0	104

IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	8	37	1	46
V. Психични и поведенчески разстройства	13	200	1	214
VI. Болести на нервната система	106	389	90	585
VII. Болести на окото и придатъците му	123	439	51	613
VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък	16	73	16	105
IX. Болести на органите на кръвообращението	8	111	9	128
X. Болести на дихателната с-ма	3	15	6	24
XI. Болести на храносмилателната система	0	543	190	733
XIII. Болести на костно-мускулната с-ма и на съединителната тъкан	7	34	3	44
XIV. Болести на пикочо-половата система	9	48	5	62
XVII. Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	2	41	5	48
XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	165	425	65	655
Останали класове болести	3	41	7	51

Източник: НЦЗИ

Таблица 14. Обем на мониторинга на химични и биологични контаминанти в храните, планиран за 2009 г.

Видове замърсители в храни	Планиран брой проби
Микроорганизми	2 255 (8 458 определения)
Нитрати (в пресен и замразен спанак, зелени салати, детски пюрета, моркови, зеле, краставици)	898
Тежки метали	680
Неорганичен калай	336
3-МСПД (в соев сос)	20
Микотоксини (в продукти местно производство пшеница, червен пипер, слънчогледово семе, ечемик, царевично брашно)	240
Микотоксини и оцветители във вносни храни (в кафе от внос; ядкови плодове, сушени плодове, червен пипер, къри, куркума)	56 Според количеството на внесените партиди
Акриламид	44
Фуран	36

Пестицидни остатъци	Съгласно отделна таблица за мониторинга
Консерванти, подсладители и оцветители в безалкохолни напитки	310
Водоразтворими витамини в хранителни добавки	12
Генно-модифицирани храни	260

Таблица 15. Болнични ЛЗ и леглови фонд към 31.12.2009 г. ⁹⁶

ЛЗ	2005		2007		2008		2009	
	брой	легла	брой	легла	брой	легла	брой	легла
ЛЗ за болнична помощ - всичко	262	45537	292	44650	305	45353	306	45906
МБАЛ	125	29270	123	27737	123	27697	122	27779
СБ	70	8327	70	8001	70	8051	69	8105
Психиатрични б-ци	12	2790	12	2790	12	2705	12	2685
Други б-ци	1	60	1	60	-	-	-	-
Б-ци към други ведомства	9	3525	15	2952	15	2847	10	2046
Частни болници	45	1565	71	3110	85	4053	93	5291
Диспансери	48	4089	48	4099	48	4154	48	4135

Таблица 16. Използваемост на легловия фонд по видове лечебни заведения за периода 2000-2009 г. (в дни)

Вид ЛЗБП	2000	2005	2007	2008	2009
МБАЛ	251	302	283	278	277
СБАЛ	239	269	268	277	276
СБДПР	204	274	272	270	271
СБДПЛ	245	291	299	319	317
СБР	180	243	245	247	255
ДПФЗ	267	271	250	247	239
ДКВЗ	185	284	255	244	244
ДОЗ	282	340	338	330	327
ДПЗ	297	313	294	294	294
Псих.б-ци	280	275	277	279	287
Частни ЛЗ	72	158	191	199	191

* без заведенията към други ведомства

⁹⁶ Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, НЦЗИ, София, 2010 г.

Таблица 17. Персонал в ЦСМП и СО на лечебните заведения към 31.12.2009 г.

	ЦСМП			СО		
	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Персонал – всичко, от тях:	6924	6805	6868	1024	1022	1060
- лекари	1445	1399	1395	271	280	273
- персонал за здравни грижи:	2521	2504	2522	474	432	462
в т.ч.: фелдшери	1402	1361	1379	45	39	40
мед. сестри	1028	1049	1056	411	388	416
акушерки	85	88	81	2	3	4
други	6	6	6	16	2	2
- друг персонал:	2958	2902	2951	279	310	325
в т.ч.: санитарни шофьори	278 2310	250 2251	252 2266	277 -	293 -	314 -

Изт.: НЦЗИ, 2009

Таблица 18. Изпълнени повиквания в ЦСМП

	2007 г.		2008 г.		2009 г.	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
Изпълнени повиквания - всичко	854037	100.0%	843029	100.0%	841488	100.0%
от тях: - за спешна мед. помощ	657799	77.0%	636638	75.5%	644649	76.6%
- за неотложна мед. помощ	88260	10.3%	94801	11.3%	84011	10.0%
- за санитарен транспорт	107978	12.7%	111590	13.2%	112828	13.4%

Изт.: НЦЗИ, 2009

Таблица 19. Обслужени лица от ЦСМП и от спешните отделения (СО) на лечебните заведения

	2008 г.		2009 г.	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
Обслужени лица - всичко	2410898	100.0%	2538420	100.0%
от тях:				
- от ЦСМП	1319793	54.7%	1355735	53.4%
- от спешни отделения	761421	31.6%	827747	32.6%
- от спешни портали	329684	13.7%	354938	14.0%

Изт.: НЦЗИ, 2010

Таблица 20. Човешки ресурси за 2009 г. по вид персонал

Персонал	Общо	ЛЗ за болн. помощ	ЛЗ за извън-болн. помощ	в това число:					
				МЦ	ДЦ	МДЦ	ДКЦ	МД лаб.	МТ лаб.
Лекари	27988	13999	11226	1574	-	69	1674	239	1
Други медицински специалисти с образователна степен "специалист", завършили медицински колеж или придобили специалност „здравни грижи”	48099	28938	6292	1887	237	93	2011	791	1273
Акушерки	3289	2696	278	155	-	2	119	2	-
Медицински сестри (всички профили)	31961	20772	2402	1062	169	64	1021	84	2
Медицински лаборанти	4382	2590	1230	248	3	14	403	560	2
Рентгенови лаборанти	1550	1043	483	88	38	7	207	140	3
Рехабилитатори	1525	1043	379	151	-	5	223	-	-

*Персонал на основен трудов договор

Изт.: НСИ, НЦЗИ

Таблица 21. Териториално разпределение на човешките ресурси за 2009 г.

Области	ЛЕКАРИ		ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА		МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ	
	брой	на 10 000	брой	на 10 000	брой	на 10 000
БЪЛГАРИЯ	27988	37.0	6493	8.6	31961	42.3
БЛАГОЕВГРАД	872	26.6	252	7.7	1207	36.8
БУРГАС	1101	26.1	272	6.4	1358	32.2
ВАРНА	2202	47.3	426	9.2	1895	40.7
В.ТЪРНОВО	831	30.2	209	7.6	1109	40.3
ВИДИН	364	33.7	108	10.0	355	32.8
ВРАЦА	697	35.4	115	5.8	866	44.0
ГАБРОВО	463	35.6	109	8.4	593	45.6
ДОБРИЧ	540	27.0	112	5.6	689	34.5
КЪРДЖАЛИ	402	26.0	115	7.4	592	38.3
КЮСТЕНДИЛ	493	33.9	126	8.7	575	39.5
ЛОВЕЧ	578	38.2	120	7.9	658	43.5
МОНТАНА	471	30.2	92	5.9	537	34.4
ПАЗАРДЖИК	814	28.0	224	7.7	872	30.0
ПЕРНИК	372	27.3	136	10.0	414	30.4
ПЛЕВЕН	1305	44.9	182	6.3	1449	49.9
ПЛОВДИВ	2916	41.6	936	13.3	3152	44.9
РАЗГРАД	314	23.7	65	4.9	466	35.1

РУСЕ	734	29.5	162	6.5	920	36.9
СИЛИСТРА	319	25.0	69	5.4	453	35.5
СЛИВЕН	581	28.4	137	6.7	664	32.4
СМОЛЯН	358	28.7	118	9.5	563	45.1
СОФИЯ-столица	5668	45.4	1479	11.8	5844	46.8
СОФИЯ	926	36.6	137	5.4	1061	41.9
СТ.ЗАГОРА	1427	40.7	283	8.1	1717	48.9
ТЪРГОВИЩЕ	394	30.4	62	4.8	515	39.7
ХАСКОВО	717	28.0	202	7.9	908	35.4
ШУМЕН	574	29.6	105	5.4	813	41.9
ЯМБОЛ	371	26.8	103	7.4	495	35.8

Изт.: НСИ, НЦЗИ

Таблица 22. Човешки ресурси за периода 1997-2009 г.

Показатели/години	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ЛЕКАРИ													
Общ брой	28655	28476	28261	27526	27186	27688	28128	27423	28197	28111	27911	27480	27988
на 10 000 население	34.6	34.6	34.5	33.8	34.5	35.3	36.1	35.3	36.5	36.6	36.5	36.1	37.0
ОПЛ на 10 000 население				6.7	6.5	6.7	6.9	6.9	6.8	6.7	6.5	6.3	6.5
Вътрешни болести на 10 000 население	9.6	9.1	9.3	6.1	5.7	5.3	5.6	5.2	5.4	5.6	5.3	5.5	5.7
Хирурзи на 10 000 население	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.4	3.7	3.5	3.6	3.6	3.1	3.2	3.2
АГ на 10 000 население	1.9	1.9	2.0	1.9	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8	1.8
Педиатри на 10 000 население	4.2	4.3	4.1	2.1	1.9	1.9	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	1.8	1.8
Офталмолози на 10 000 население	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Оториноларинголози на 10 000 население	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
Невролози на 10 000 население	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
Психиатри на 10 000 население	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7
Дерматовенеролози на 10 000 население	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Рентгенолози на 10 000 население	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.2	1.1	1.1	1.2
Физиотерапевти на 10 000 население	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Лабораторни лекари на 10 000 население	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.7	0.8	0.8
Епидемиолози на 10 000 население	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2
Паразитолози на 10 000 население	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

Анестезиолози на 10 000 население	1.4	1.5	1.5	1.5	1.3	1.4	1.5	1.4	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6
ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА													
Общ брой	5 240	4 838	4 655	6 778	6 482	6 144	6 475	6 491	6 493	6 512	6 432	6 288	6493
на 10 000 население	6.3	5.9	5.7	8.3	8.2	7.8	8.3	8.4	8.4	8.5	8.4	8.3	8.6
СЕСТРИ													
Общ брой	47 434	47 343	45 252	31 479	29 769	28 508	29 650	29 769	31 235	31 599	32 244	32 314	31961
на 10 000 население	57.3	57.5	55.2	38.6	37.7	36.3	38.0	38.4	40.5	41.1	42.2	42.5	42.3
АКУШЕРКИ													
Общ брой	5 923	5 826	5 494	4 131	3 518	3 433	3 456	3 417	3 455	3 429	3 401	3 336	3289
на 10 000 население	7.1	7.1	7.1	5.1	4.5	4.4	4.4	4.4	4.5	4.5	4.5	4.4	4.3
ФЕЛДШЕРИ													
Общ брой	5 888	5 663	5 351	3 158	2 334	1 972	2 334	2 549	2 466	2 568	2 660	2 508	2534
на 10 000 население	7.1	6.9	6.5	3.9	3.0	2.5	3.0	3.3	3.2	3.3	3.5	3.3	3.4

Изт.: Изт.: НСИ, НЦЗИ

Таблица 23. Осигуреност с човешки ресурси в България и ЕС
(на 100 000 души)

Година	България	ЕС
ЛЕКАРИ		
2004	352.43	320.01
2005	367.96	314.97
2006	366.46	315.04
2007	365	322.34
2008	361	323.71
2009	370	-
ОБЩОПРАКТИКУВАЩИ ЛЕКАРИ		
2004	68.9	98.8
2005	67.72	97.27
2006	66.59	86.31
2007	65.02	86.57
2008	62.78	85.59
2009	65	-
ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА		
2004	83.42	60.25
2005	84.04	61.16
2006	84.89	61.99
2007	84	62.11
2008	83	62.62
2009	86	-
МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ		
2004	382.58	725.58
2005	404.28	735.98
2006	411.93	741.56
2007	422	762.26
2008	425	775.24
2009	423	-
АКУШЕРКИ		
2004	43.91	36.05
2005	44.72	36.01
2006	44.54	28.16
2007	45	28.8
2008	44	29.21
2009	43	-

Изт.: НЦЗИ

Таблица 24. Извършени имунизации в България през 2009 г.

<i>Задължителни имунизации</i>	
Срещу ТУБЕРКУЛОЗА имунизирани новородени % на обхванатите	97,8 %
Срещу ПОЛИОМИЕЛИТ % на обхванатите	94,3
Срещу ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС и КОКЛЮШ % на обхванатите	94,1
Срещу ХЕПАТИТ В имунизирани новородени % на обхванатите	95.6
Срещу МОРБИЛИ, ПАРОТИТ и РУБЕОЛА с асоциирана ваксина % на обхванатите	96,1
<i>Целеви имунизации (брой)</i>	
Срещу БЯС при ухапване	4 083
<i>Препоръчителни имунизации (брой)</i>	
Срещу ХЕПАТИТ А	1902
Срещу ХЕПАТИТ В	719
Срещу ГРИП	50 111
Срещу ТЕТАНУС при нараняване	92 018

Източник: НЦЗИ – Извършени имунизации в Р. България през 2009 г.)

Таблица 25. Изпълнение на имунизационната програма на Р БЪЛГАРИЯ през 2009 г.- брой и % на децата със завършена първична имунизация

ВАКСИНА	БРОЙ		ОБХВАТ (%)
	ПОДЛЕЖАЩИ	ОБХВАНАТИ	
BCG (новородени)	76 774	75 119	97,8 %
НВУ 3 (на 6 месеца)	71 206	68 043	95.6
РУ 3 (на 4 месеца)	70 321	66 343	94,3
ДТК 3 (на 4 месеца)	69 819	65 717	94,1
MMR (на 13 месеца)	70 678	67 932	96,1

Източник: Анализ на имунизациите през 2009 г., НЦЗПБ

Таблица 26. Самоубийства и опити за самоубийства през 2009г. разпределени по области, пол и изход.

Област	Пол	Общо суицидни действия	Смъртен изход	Суициден опит
Благоевград	Жена	42	1	41
	Мъж	34	3	31
Бургас	Жена	38	13	25
	Мъж	27	22	5
Варна	Жена	138	16	122
	Мъж	86	33	53
Велико Търново	Жена	47	4	43
	Мъж	55	27	28
Видин	Жена	17		17
	Мъж	9		9
Враца	Жена	33		33
	Мъж	25	11	14
Габрово	Жена	31	7	24
	Мъж	26	10	16
Добрич	Жена	48	8	40
	Мъж	42	23	19
Кърджали	Жена	6	6	
	Мъж	15	15	
Кюстендил	Жена	6		6
	Мъж	5	4	1
Ловеч	Жена	10	5	5
	Мъж	11	10	1
Монтана	Жена	23	5	18
	Мъж	21	18	3
Пазарджик	Жена	44	1	43
	Мъж	33	21	12
Перник	Жена	28	1	27
	Мъж	33	12	21
Плевен	Жена	73	1	72
	Мъж	33	2	31
Пловдив	Жена	121	24	97
	Мъж	74	47	27
Разград	Жена	55	4	51
	Мъж	32	21	11
Русе	Жена	64	7	57
	Мъж	54	26	28
Силистра	Жена	15		15
	Мъж	16	2	14
Сливен	Жена	22	5	17
	Мъж	49	33	16
Смолян	Жена	8		8
	Мъж	8	2	6
София-град	Жена	457	37	420
	Мъж	269	103	166

София-облст	Жена	45	9	36
	Мъж	27	13	14
Стара Загора	Жена	43	7	36
	Мъж	32	9	23
Търговище	Жена	47	3	44
	Мъж	19	6	13
Хасково	Жена	61	1	60
	Мъж	26	8	18
Шумен	Жена	75	3	72
	Мъж	14	1	13
Ямбол	Жена	21	10	11
	Мъж	19	13	6
Общо за	Жена	1618	178	1440
страната	Мъж	1094	495	599
	Общо	2712	673	2039

Таблица 27. Средна възраст на суицидните деятели през 2009 г. (в години)

	Мъже	Жени	Общо
Суициден опит	39,59	35,90	36,98
Самоубийство	54,67	57,76	55,49
Общо	46,41	38,30	41,57

Таблица 28. Разпределение на суицидната дейтелност през 2009 г. по възрастови групи

Възрастови групи	Брой опита
Под 18	308
От 18 до 29	636
От 30 до 39	453
От 40 до 49	362
От 50 до 59	340
От 60 до 69	255
Над 70	325

Таблица 29. Причини за суицидния опит

Мотиви за суицидното действие	%
Конфликти със съпруг/а	19,62
Психотични	19,46
Конфликти с родители	14,19
Няма изявен мотив	9,25
Тежко соматично заболяване	7,18
Конфликти с деца	7,18
Раздяла с любим човек	4,31
Несподелена любов	4,31
Други	4,15
Тежки финансови проблеми	3,19

Загуба на близък човек	2,87
Загуба на работа	1,91
Конфликти с колеги	0,48
Конфликти с със съученици	0,48
Конфликти с ръководител	0,48
Лош успех в училище	0,16
Нежелана бременност	0,16
Религиозни	0,16
Сексуален тормоз	0,16
Страх от наказание	0,16
Конфликти с учители	0,16

Таблица 30. Способ на суицидното действие.

Способ на суицидния опит	Брой опити
Самоотравяне медикаментозно	1639
Обесване	410
Самоотравяне с химически средства	189
Хвърляне от височина	159
Порязване с хладно оръжие	117
С огнестрелно оръжие	81
Пробождане с хладно оръжие	41
Удавяне	23
Друг способ	22
Хвърляне под транспортно средство	14
Изгаряне	10
Няма данни	5
Електрически ток	2

Таблица 31. Опити за самоубийство през 2009г., разпределени по пол, изход от опита и възрастови групи

Възрастови групи	Пол	Смъртен изход	Суициден опит	Общо
От 5 до 14	Жена	1	84	85
От 5 до 14	Мъж	1	6	7
От 15 до 24	Жена	10	457	467
От 15 до 24	Мъж	24	122	146
От 25 до 34	Жена	14	268	282
От 25 до 34	Мъж	49	148	197
От 35 до 44	Жена	23	206	229
От 35 до 44	Мъж	60	115	175
От 45 до 54	Жена	28	161	189
От 45 до 54	Мъж	95	81	176
От 55 до 64	Жена	22	91	113
От 55 до 64	Мъж	128	62	190
От 65 до 74	Жена	26	62	88
От 65 до 74	Мъж	57	28	85
Над 75	Жена	50	96	146
Над 75	Мъж	73	31	104