

**ГОДИШЕН ДОКЛАД
НА
МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО НА
ГРАЖДАНИТЕ**

през 2010 г.

**И ИЗПЪЛНЕНИЕ НА
НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА
СТРАТЕГИЯ**

София, 2011

**ЕКСПЕРТНА РАБОТНА ГРУПА, СЪГЛАСНО ЗАПОВЕД
№ РД 09-202/ 04.08.2011 Г. НА МИНИСТЪР Д-Р СТЕФАН КОНСТАНТИНОВ:**

**ПРЕДСЕДАТЕЛ: Д-Р ИВАЙЛО ВАКЛИНОВ – ДИРЕКТОР НА НЦОЗА
СЕКРЕТАР: ИРЕНА ДРАГОМАНОВА – МЗ**

ЧЛЕНОВЕ:

**ПРОФ. Д-Р ТАТЯНА ИВАНОВА, ДМ – ЗАМ. ДИРЕКТОР НЦОЗА
ДОЦ. ХРИСТИЯН ГРИВА, ДИ - ЗАМ.ДИРЕКТОР НЦОЗА
ДОЦ. Д-Р ЖАНА ГОЛЕМАНОВА, ДМ – НЦОЗА
ПРОФ. Д-Р ХРИСТО ТАСКОВ, ДМН – ДИРЕКТОР НА НЦЗПБ
ПРОФ. РАДОСТИНА ГЕОРГИЕВА, ДМН – ДИРЕКТОР НА НЦРРЗ
Д-Р ЦВЕТА РАЙЧЕВА – ДИРЕКТОР НА НЦН
ДОЦ. Д-Р ЗЛАТИЦА ПЕТРОВА, ДМ – ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР
НА ИА «МЕДИЦИНСКИ ОДИТ»
Д-Р МАРИАНА КЕХАЙОВА – И.Д. ГЛАВЕН СЕКРЕТАР – НЗОК
ФАНИ МИХАЙЛОВА –МЗ
Д-Р ИВЕЛИНА ГЕОРГИЕВА – МЗ
РУМЯНА ЗАМФИРОВА – МЗ
Д-Р ИРИНА ВАСИЛЕВА – МЗ
МИЛЕНА ГРИГОРОВА – МЗ
Д-Р ИРЕНА БИЛДИРЕВА – МЗ**

**ЕКСПЕРТНА РАБОТНА ГРУПА, СЪГЛАСНО ЗАПОВЕД
№ РД 09-201/ 04.08.2011 Г. НА МИНИСТЪР Д-Р СТЕФАН КОНСТАНТИНОВ:**

**ПРЕДСЕДАТЕЛ: ДОЦ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ, ДМ – МФ, МУ -СОФИЯ
СЕКРЕТАР: АНТОНИЯ КОЗАРЕВА – МЗ**

ЧЛЕНОВЕ:

**ВЕНДА ЗИДАРОВА – МЗ
ПЕПА ВАСИЛЕВА – МЗ
Д-Р ИРИНА КОВАЧЕВА – МЗ
ВЛАДИМИРА ДОБРЕВА – МЗ
ДИМИТРИНА КОЛЕВА – МЗ
Д-Р ИВО АТАНАСОВ – МЗ
СТЕФКА ПЕТРОВА – МЗ
ЕВЕЛИНА НИКОЛОВА – МЗ
ДАНИЕЛА ВЕЛИНОВА – МЗ**

СЪДЪРЖАНИЕ

СЪКРАЩЕНИЯ	5
ВЪВЕДЕНИЕ	7
ПЪРВИ РАЗДЕЛ: ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА ГРАЖДАНИТЕ НА Р БЪЛГАРИЯ И ЗДРАВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ	9
1. ДИНАМИКА НА ОСНОВНИТЕ ЗДРАВНО - ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ	9
1.1. Население, раждаемост, смъртност	9
1.2. Заболеваемост и болестност	13
1.3. Трайна неработоспособност	21
2. ОСНОВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО	23
2.1. Социални детерминанти на здравето	23
2.2. Начин на живот и здраве - рискови фактори.....	28
ВТОРИ РАЗДЕЛ: ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	34
1. ОБЩЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ – ЗАЩИТА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО, ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ	34
1.1. Здравен контрол върху фактори на околната среда, продукти, стоки и дейности, имащи значение за здравето на населението	34
1.1.1. Атмосферен въздух.....	34
1.1.2. Питейни води	35
1.1.3. Шум.....	39
1.1.4. Нейонизиращи лъчения	41
1.1.5. Безопасност на храните	42
1.1.6. Йонизиращи лъчения.....	43
1.1.7. Трудова среда и здраве на работещото население	47
1.1.8. Надзор на заразните заболявания – Международни здравни правила	50
1.2. Промоция на здравето и профилактика на болестите.....	51
2. ИНДИВИДУАЛНИ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ.....	59
2.1. Извънболнична медицинска и дентална помощ (първична и специализирана)	59
2.1.1. Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП).....	59
2.1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП).....	62
2.1.3. Извънболнична помощ по дентална медицина (ИПДМ).....	63
2.1.4. Медико-диагностични, специализирани и високоспециализирани дейности	64
2.2. Болнична медицинска помощ.....	64
2.3. Спешна медицинска помощ.....	70
2.4. Контролна дейност.....	74
2.5. Финансиране на здравната система.....	75
2.6. Човешки ресурси, медицинско образование.....	80
ТРЕТИ РАЗДЕЛ:	85
ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ - 2010	85
1. АНАЛИЗ НА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ ЦЕЛИ.....	85
1.1. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 1. ОСИГУРЯВАНЕ УСЛОВИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ	85
1.2. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 2. ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГАРАНТИРАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ С ПОВИШЕНО КАЧЕСТВО И ОСИГУРЕН ДОСТЪП ДО ТЯХ.....	94
1.3. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 3. ПОДОБРЯВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	100
1.4. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 4. ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ И ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ.....	101
1.5. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 5. ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СЪОТВЕТСТВАЩИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА НАСЕЛЕНИЕТО.....	103
1.6. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 6. РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	108
1.7. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 7. СЪЗДАВАНЕ НА ИНТЕГРИРАНА СИСТЕМА ЗА ЕЛЕКТРОНЕН ОБМЕН НА ДАННИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.....	109
1.8. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 8. ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ.....	109
1.9. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 9. ЕФЕКТИВНО ЧЛЕНСТВО В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ.....	110
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	117

ПРИЛОЖЕНИЯ.....	120
ПРИЛОЖЕНИЯ ПО РАЗДЕЛ I И II.....	120
ПРИЛОЖЕНИЕ ПО РАЗДЕЛ III.....	144

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
ДМСГД	Дом за медикосоциални грижи за деца
ДЗК	Държавен здравен контрол
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ЕИП	Европейско икономическо пространство
ЕК	Европейска комисия
ЕМП	Електромагнитни полета
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
НЦООЗ	Национален център по опазване на общественото здраве
НЦОЗА	Национален център по общественото здраве и анализи
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
РЗИ	Регионална здравна инспекция
РИОСВ	Регионални инспекции по околната среда и водите
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
РС	Регулативни стандарти
РФ	Рискови фактори
РИОКОЗ	Районна инспекция за опазване и контрол на общественото здраве
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

Настоящият годишен доклад продължава традицията и задължението на министъра на здравеопазването да представя данни за състоянието на здравето на гражданите в страната и изпълнението на Националната здравна стратегия. Анализира се здравното състояние на населението през 2010 г., достигнатите нива на показателите, характеризиращи това състояние, както и извършените дейности и разходваните средства за постигане на изпълнението на основните цели и задачи в областта на здравеопазването. Особено внимание е отделено и на анализа на изпълнението на Националната здравна стратегия през 2010 г.

Изнесените факти в доклада са подкрепени с официални статистически национални и международни данни (НСИ, НЦОЗА, база данни на СЗО, официални документи, публикувани отчети на отделни институции, предоставени данни от МЗ и отделни експерти), подкрепени с мненията и оценките на двете работни групи, създадени със заповед на министъра на здравеопазването за изготвянето на настоящия доклад.

Докладът традиционно се представя в 3 взаимосвързани части, третиращи отделни аспекти на здравето на гражданите, функционирането на здравната система за осигуряване на необходимото ниво на здраве и изпълнението на Националната здравна стратегия през 2010 г.

В първата част, въз основа на съществуващата статистическа информация, се прави преглед на здравното състояние на гражданите, представени са тенденциите в основните демографски и здравни показатели, анализирани са социалните детерминанти на здравето, като е отделено с място на редица поведенчески фактори, като тютюнопушене, хранене, злоупотреба с алкохол, употребата на наркотични вещества, рисковото сексуално поведение, ниска физическа активност, наличието на артериална хипертония и др., които оказват съществено влияние върху нивото на здраве на населението.

Втората част е посветена на анализа на функционирането на здравната система, като е отделено специално място на предоставяните обществени здравни и индивидуални медицински услуги. Анализирани са дейностите по държавния здравен контрол, промоцията на здравето и профилактиката на болестите и изпълнението на националните програми. Особеното място, което е отделено на здравния контрол и проведените действия в тази област през 2010 г., се определя от важното място на обществените здравни услуги, предоставяни на цялото население.

Предоставянето на индивидуалните медицински услуги от извънболничната, болничната, спешната медицинска помощ и денталната помощ, тяхната достъпност, качество и ефективност са обект на анализ в специален раздел.

Разглеждането на ресурсите на здравната система, използвани за постигането на определените стратегически и оперативни цели включва финансовия ресурс и наличието и състоянието на човешките ресурси.

Третата част е посветена на анализ на изпълнението на Националната здравна стратегия. Всяка от частите представя в синтезиран вид основните установени факти, проблемите и възможностите за тяхното решаване.

Общите констатации са, че състоянието на общественото здраве не е на необходимото ниво, в сравнение с данните за другите страни.

Въпреки извършения голям обем дейности и постигнати положителни резултати, все още не може да се даде положителна оценка на здравето на нацията. Следва да се има предвид обаче, че много от въпросите, свързани със здравето, са извън възможностите на здравната система, подчертано в раздела за социалните детерминанти на здравето.

Това налага очертаните проблеми в здравето на населението да бъдат поставени за разглеждане на високо държавно ниво с участието на всички заинтересовани ведомства и институции, за да може да се постигне промяна в отношението към собственото здраве, повишаване на индивидуалната отговорност и ролята на държавата и гражданското общество за постигане на по-високо ниво на здраве на населението.

ПЪРВИ РАЗДЕЛ:
ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА ГРАЖДАНИТЕ НА Р БЪЛГАРИЯ
И ЗДРАВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ

1. ДИНАМИКА НА ОСНОВНИТЕ ЗДРАВНО - ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ

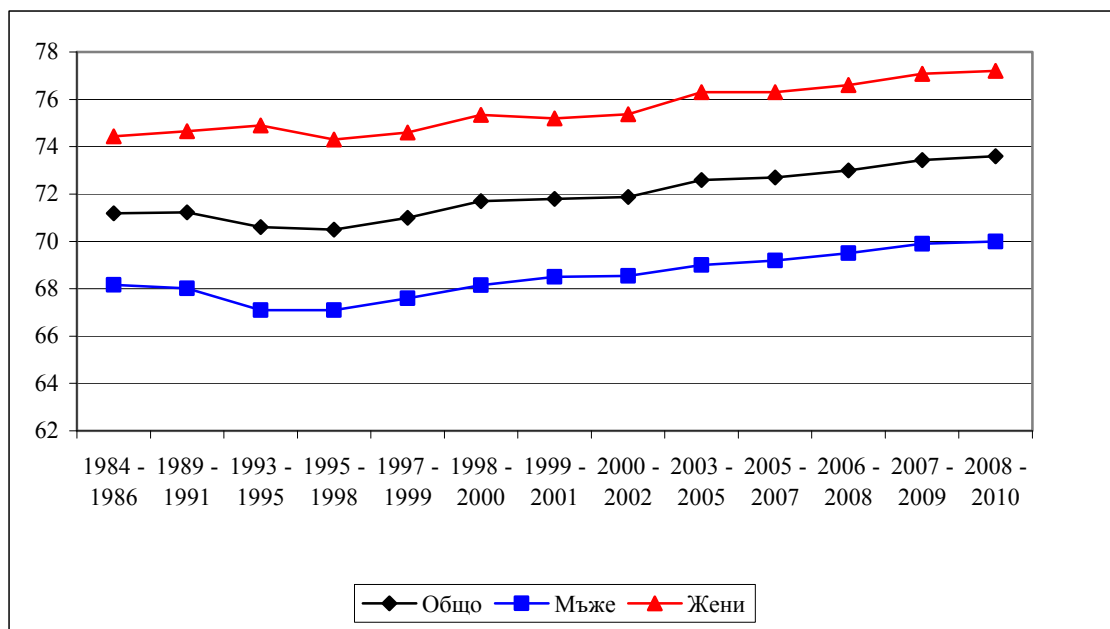
1.1. Население, раждаемост, смъртност

Населението в България към 31.12.2010 г. е 7 504 868 души и в сравнение с предходната година е намаляло с 58 842 (0.78%). Делът на жените (51.63%) е незначително по-висок от този на мъжете, като се запазва тенденцията за нарастване на съотношението жени/мъже след 45 годишна възраст. Като цяло демографските процеси се характеризират с трайна тенденция за намаляване на броя на населението и неговото застаряване.

По данни на НСИ през четвъртото тримесечие на 2010 г. икономически активното население в страната на възраст 15-64 навършени години е 3 358 000 души. Коэффициентът на икономическа активност е 66.6% и в сравнение с четвъртото тримесечие на 2009 г. почти запазва нивото си.

През периода 2008-2010 г. *средната продължителност на живота* у нас нараства от 73.43 години на 73.60 години, като показателят при мъжете е по-нисък от този при жените - съответно 70.00 и 77.20 години (Фиг. 1). През последните петнадесет години се наблюдава тенденция за увеличение на този показател и при двата пола. Въпреки това очакваната продължителност на живота в България е *с 6.00 години по-ниска* от тази в Европейския съюз (79.65 години, като при мъжете е 76.6 г., а при жените – 82.61).¹

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



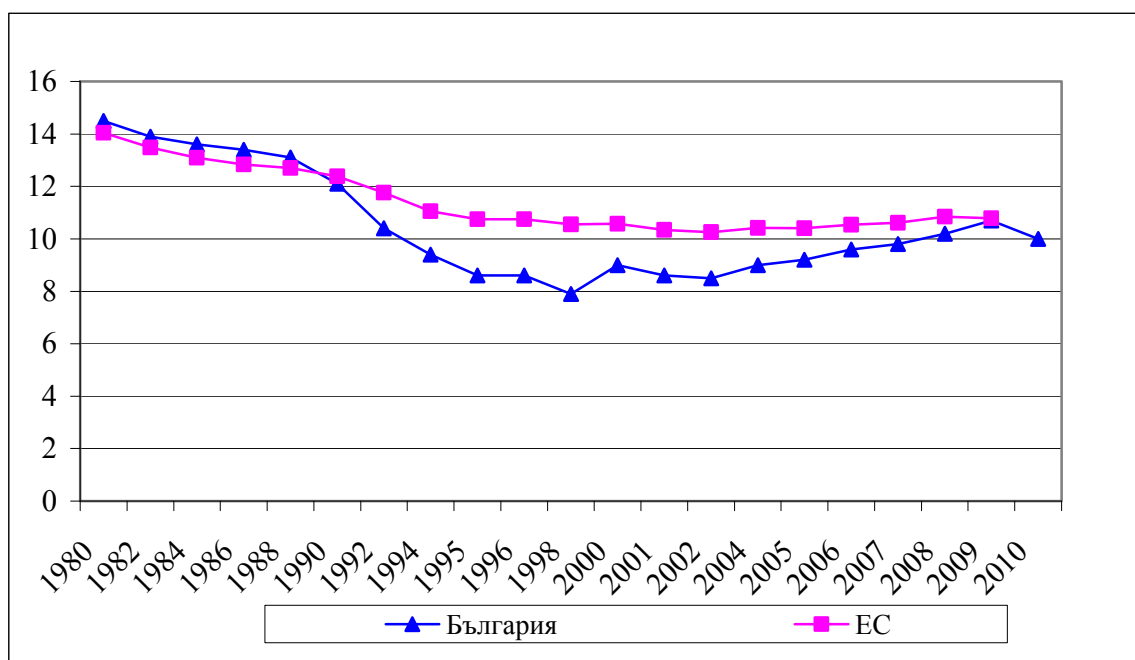
Източник: НСИ

Раждаемостта през последните години бележи незначителна тенденция към нарастване (Фиг. 2). Броят на ражданията в страната остава на сравнително високо ниво и през 2010 г. коэффициентът на общата раждаемост е 10.0‰ (ЕС – 10.78, 2009

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

г.). Раждаемостта в градовете през 2010 г. е 10.6‰, а в селата – 8.6‰. Нарастването на раждаемостта през последните години се дължи предимно на повишаването на плодовитостта на родилните контингенти, измерена чрез тоталния коефициент на плодовитост. Докато през 2005 г. средният брой живородени деца от една жена е бил 1.31, през 2008 г. той достига 1.48, през 2009 г. – 1.57 и през 2010 – 1.49 деца. Тоталният коефициент на плодовитост общо за Европейския съюз по данни за 2009 г. е 1.6 деца.

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)

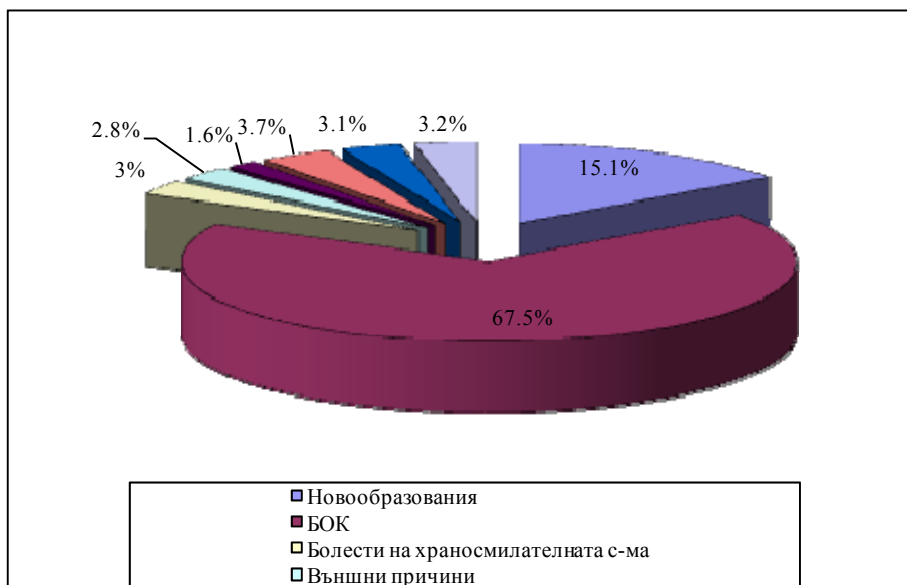
Раждаемостта в България е по-ниска от средната в ЕС-10.78‰ (Фиг.2), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

През последните две десетилетия нивото на *смъртността* в България нараства. От 2008 г. се отбелязва лек спад на показателя от 14.8‰ през 2007 г. на 14.5‰ през 2008 г. до 14.2‰ през 2009 г. (ЕС-9.64‰ за 2009 г.). През 2010 г. в общата смъртност на населението се наблюдава увеличение спрямо предходната година. Броят на умрелите лица е 110 165 души, а коефициентът на смъртност е 14.6‰. Смъртността продължава да бъде по-висока при мъжете (15.8‰), отколкото при жените (13.5‰) и е близо два пъти по-висока в селата (20.7‰), отколкото в градовете (12.2‰). Показателят на преждевременната смъртност намалява. През 2010 г. той е 23.4% (24.4% за 2009 г.). Общо за Европейския съюз този показател е близо 22%.

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, който е 625.1‰ за 2008 г. и 618.4‰ за 2009 г.

В смъртността по причини, водещи са болестите на органите на кръвообращението (67.5%) и новообразуванията (15.1%) (Фиг. 3).

Фиг. 3. Структура на умираиията по причини в България през 2010 г.

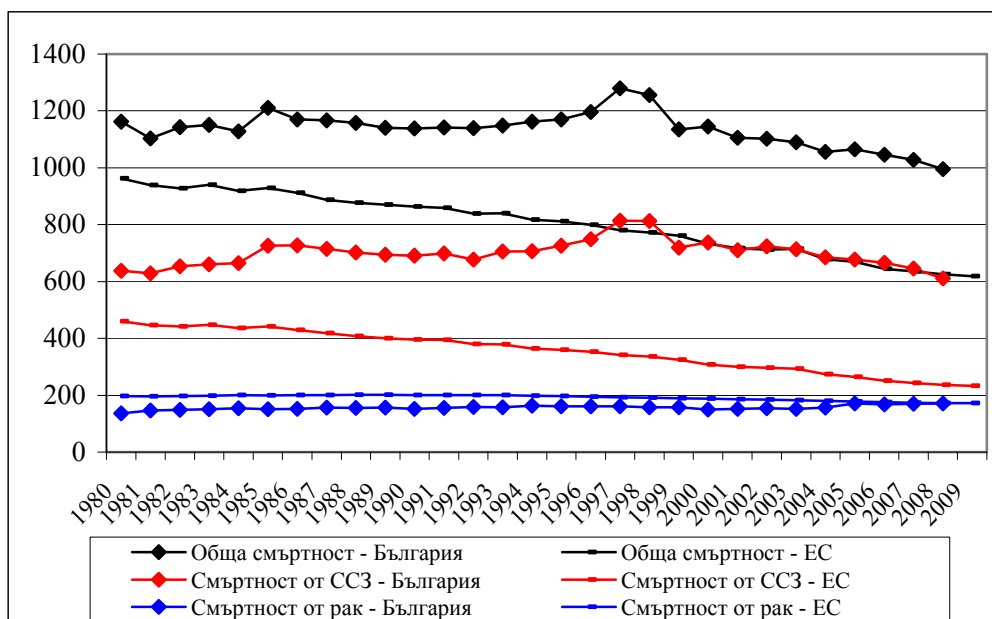


Източник: НЦОЗА, 2011

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 – 236.29‰ за 2008 г. и 232.77‰ за 2009 г. (Фиг.4). В структурата на този клас болести с най-висок дял са представени мозъчносъдовата и исхемична болест на сърцето (съответно 29.5% и 17.9% за 2010 г.).

В структурата на умираиията поради злокачествени новообразувания (ЗН) през 2010 г. водещи са заболяванията на ларинкса, трахеята, бронхите и белия дроб (22.1%), следват тези на дебелото черво (9.8%), стомаха (7.7%) и млечната жлеза при жените (6.7%). Смъртността от злокачествени новообразувания в България е по-висока от средната за ЕС - 171.91‰, но показва тенденция за увеличаване.

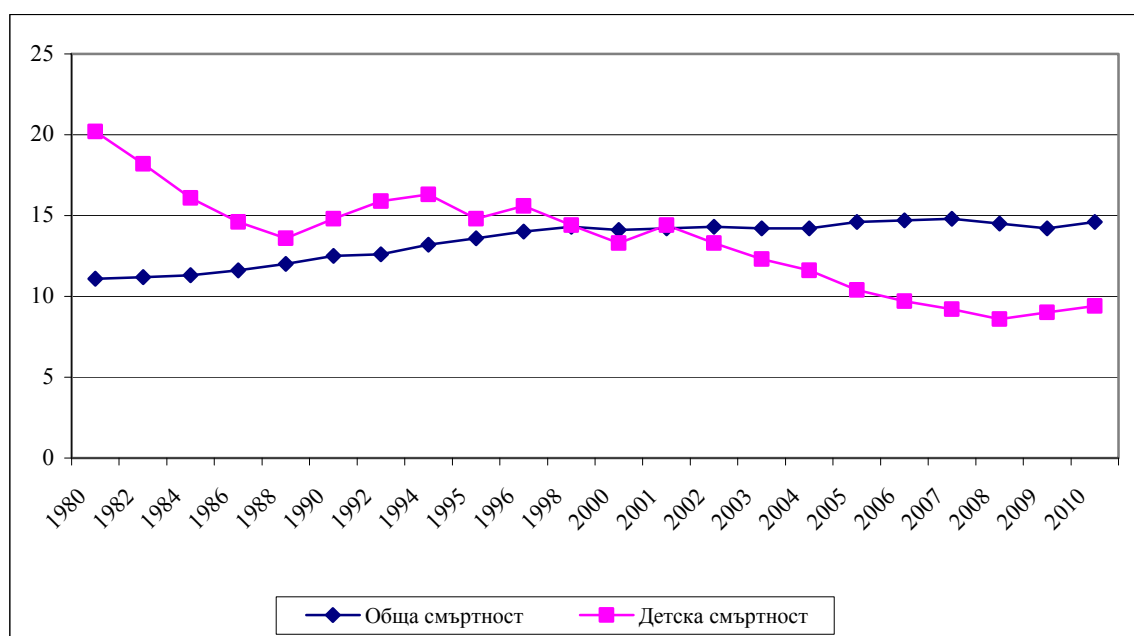
Фиг. 4. Стандартизирани показатели за обща смъртност и смъртност от някои заболявания в България и ЕС (на 100 000 население)



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

Положителна тенденция към снижаване се наблюдава по отношение нивото на *детската смъртност*. През 2010 г. в страната са умрели 708 деца на възраст до 1 г., като коефициентът на детската смъртност е 9.4‰, който е с 0.4‰ по-висок от този през 2009 (9.0‰). Достигнатото равнище на детската смъртност през последните 4 години е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (Фиг. 5), но все още е доста по-високо отколкото в ЕС – 4.27‰ (2009 г.). В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 13.4‰ и 8.1‰). 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 след 2009 г.

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



Източник: НЦОЗА

Перинаталната детска смъртност се задържа висока (11.4 на 1000 родени деца през 2010 г. при 11.3 за 2009 г.), при това тя е почти два пъти по-висока от страните от ЕС (5.58‰).

Неблагоприятни са данните и за *мъртвораждаемостта* - 7.78‰ за 2010 г. при 4.06‰ за ЕС. 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 2010 г. *ранната неонатална детска смъртност* достига 3.6 на 1000 живородени при 3.8‰ за 2009 г. (ЕС-2.01‰). Значение за нивото на този показател има обхватът на бременните под медицинско наблюдение до 3-ти лунарен месец (по данни на НЦОЗА 64.0% за 2010г.), което е все още недостатъчно.

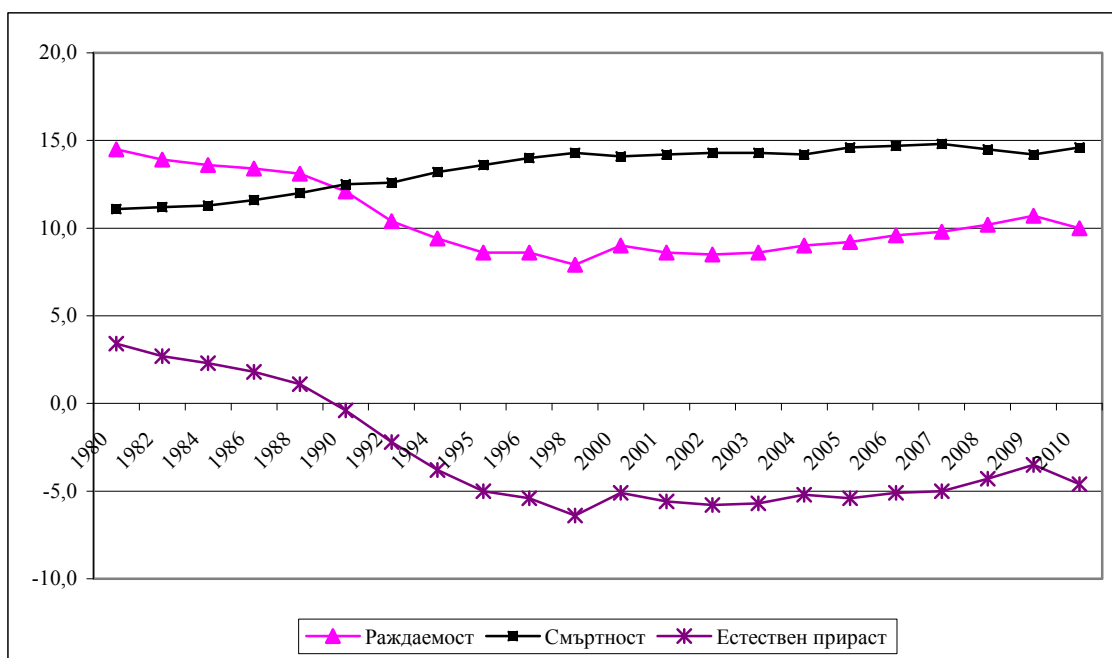
Недоносеността се намира в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ, освен това е фактор със съществен принос в перинаталната смъртност. През 2010 г. делът на живородените недоносени е 8.4% и е по-висок

спрямо предходната година (7.9%). 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 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 2010 г. коефициентът на естествен прираст е -4.6 ‰, като в селата той е значително по-висок от този в градовете (съответно -12.1‰ и -1.6‰). 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 - 10.2‰.

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



Източник: НСИ

1.2. Заболеваемост² 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 2005-2009г.³ показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰₀₀₀₀) до 1 958 897 (25 825.5‰₀₀₀₀) общо, както и по възрастови групи, а през 2010 г. той намалява незначително и е 1 917 199

² В доклада се използват и двата варианта на термина: “заболеваемост” и “заболеваемост”

³ НЦОЗА

(25 446.3‰). Сред причините за хоспитализация водещи са болестите на органите на кръвообращението (14.9%), факторите, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните заведения (13.9%) и болестите на дихателната система (12.3%), които обуславят общо 41.1% от хоспитализациите. Тъй като отчитането и заплащането по метода на клиничните пътеки оказват влияние върху нивото и структурата на хоспитализираната заболяемост, показателите следва да се разглеждат условно.

По данни на НЦОЗА, през 2010 г. нараства болестността от злокачествени новообразувания, докато заболяемостта намалява. Показателите са съответно – 3 469,2‰ и 425,6‰. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1 191.2‰) и рак на женските полови органи (1 029.4‰), а на заболяемостта - от рак на храносмилателните органи (99.6‰), рак на млечната жлеза при жените (92.3‰) и рак на женските полови органи (82.1‰).

Броят на психично болните под наблюдение на психиатричните заведения намалява (2 075.2‰) и това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения, рецидивиращо депресивно разстройство, биполярно афективно разстройство, депресивен епизод (по данни на НЦОЗА).

Редица заразни болести са ликвидирани или сведени до единични случаи: дифтерия, полиомиелит, малария, коремен тиф и др. Намалява болестността и заболяемостта от туберкулоза (съответно 90.5 и 30.3‰). Намалява заболяемостта от сифилис от 5.9‰ (2009 г.) на 5.7‰ (2010 г.), както и заболяемостта от гонорея и микроспория, докато заболяемостта от трихофития нараства.

През 2010 г. в България са регистрирани общо 68 028 случая на остри заразни болести (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 5 365 повече в сравнение с 2009 г., когато са регистрирани 63 474 случая (919.78‰ през 2010 г., и 834.46‰ през 2009 г.) – (Табл. 1). Основна причина за по-високата обща заболяемост е почти десетократното увеличение на заболелите от морбили, които от 2 249 случая през 2009 г. нарастват до 22 004 през 2010 г. Заболяемостта от морбили заема най-висок относителен дял (31.88%) в структурата на инфекциозната заболяемост през 2010 г., следвана от тази от варицела (28.57%) и ентероколити (24.75%) – Таблица 9 от Приложението.

Табл. 1. Заболяемост, смъртност и леталитет от остри инфекциозни болести* в България през 2000-2010 г.

Година	Брой заболели	Заболели н на 100 000	Брой умрели	Смъртност на 100 000	Леталитет (%)
2000	80 167	978.74	105	1.28	0.13
2001	51 333	629.89	131	1.61	0.26
2002	51 229	649.20	124	1.57	0.24
2003	50 913	648.92	116	1.48	0.23
2004	68 954	883.88	133	1.70	0.19
2005	59 913	771.97	108	1.39	0.18
2006	67 462	874.00	122	1.58	0.18
2007	70 277	915.15	121	1.58	0.17
2008	57 916	758.04	88	1.15	0.15
2009	63 474	834.46	97	1.28	0.15
2010	68 028	919.78	110	1.45	0.16

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

През 2010 г. се наблюдава увеличение и на броя на регистрираните смъртни случаи (110 случая), смъртността (1,45‰) и леталитета (0,16%) в сравнение с 2009 г. (97 случая, смъртност 1,28‰, леталитет 0,15%), което е свързано с по-големия брой на починалите от морбили (Табл. 1). Основна причина за летален изход и през 2010 г. са невроинфекциите – 43.64% (48) от всички смъртни случаи от остри заразни болести са по причина на менингит и менингоенцефалит.

Епидемията от морбили, започнала през април 2009 г., продължи и през 2010 г. Към 31.12.2010 г. броят на регистрираните заболели от морбили е 22 004 – (290.92‰), като заболяемостта е десетократно по-висока от тази през 2009 г. (29.57‰) и триста пъти по-висока от предходните седем години (2002-2008 г.). Регистрирани са 17 смъртни случая, вследствие на настъпили усложнения. Смъртността е 0,22‰, а леталитетът 0.08%. От всички 22 004 случая с морбили, 15.1% (3 322) са лабораторно потвърдени (серологично – IgM и/или PCR). При 19 от изследваните 20 проби в Регионалната референтна лаборатория „Морбили и рубеола” в Берлин е доказана 100% идентичност с *вариант D4-Hamburg*, генотип на вируса циркуиращ в страните от Западна Европа, вкл. и в Германия. Данните от епидемиологичните проучвания сочат, че 89.5% от всички заболели от началото на епидемията до 31.12.2010 г. са от ромски произход. Засегнати са всички 28 области на страната, а най-висока заболяемост е регистрирана в областите Монтана, Хасково, Ямбол, Пазарджик, София област, Сливен, Стара Загора, Пловдив, Враца, Видин, Кърджали и Варна.

Независимо от задоволителния имунизационен обхват с ваксина срещу морбили на национално ниво през периода 2005-2010 г. (с първа доза между 95.7% и 96.5% от подлежащите и с втора доза между 92.4% и 95.7%), в общините с концентрирано ромско население имунизационното покритие продължава да бъде недостатъчно, доказателство за което е разпространението на епидемията от морбили, както и данните за имунизационния статус на заболелите през 2010 г., представен на Таблица 2.

Табл. 2. Имунизационен статус на лицата, заболели от морбили през 2010 г.

Имунизационен статус (брой дози ваксина срещу морбили)	Брой заболели	Относителен дял (%)
Неизвестен статус (няма данни)	10 766	48,9
Неимунизирани (0 дози)	4 709	21,4
Непълно имунизирани (1 доза)	5 482	24,9
Имунизирани (2 дози)	1 050	4,8
Общо	22 004	100,0

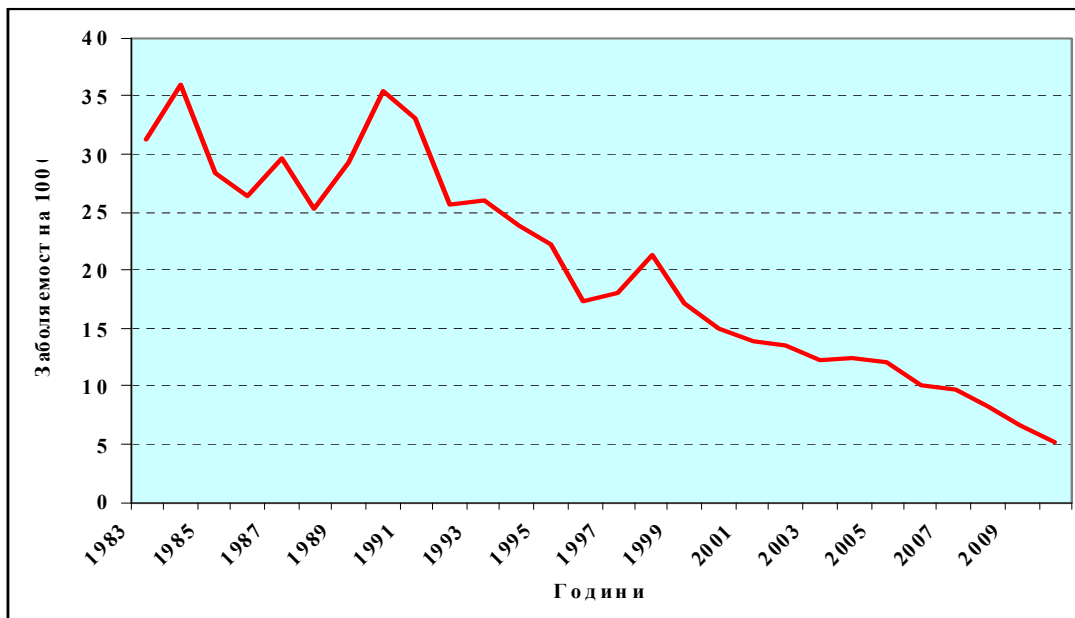
С цел прекъсване на разпространението на епидемията от морбили, още през 2009 г. МЗ започна имунизационна кампания за обхващане на рисковите групи с една допълнителна доза триваксина срещу морбили, паротит и рубеола. За периода април 2009-октомври 2010 г. в страната са приложени общо 191 670 извънредни дози триваксина.

През 2010 г. в България е регистриран най-ниският брой случаи на остър вирусен хепатит тип В от въвеждането на задължителна регистрация на хепатит В през 1983 г. (Фиг. 7). Заболели са само 387 души (5.12‰), от които над 95% са родени преди 1992 г. и поради това не са обхванати от имунизационната програма срещу хепатит В. Случаите при деца до 14 г. и младежи до 18 г. са сведени до

минимум в резултат на високия имунизационен обхват на новородените с ваксина против хепатит В в продължение на 19 години (Фиг. 8).

Фиг. 7.

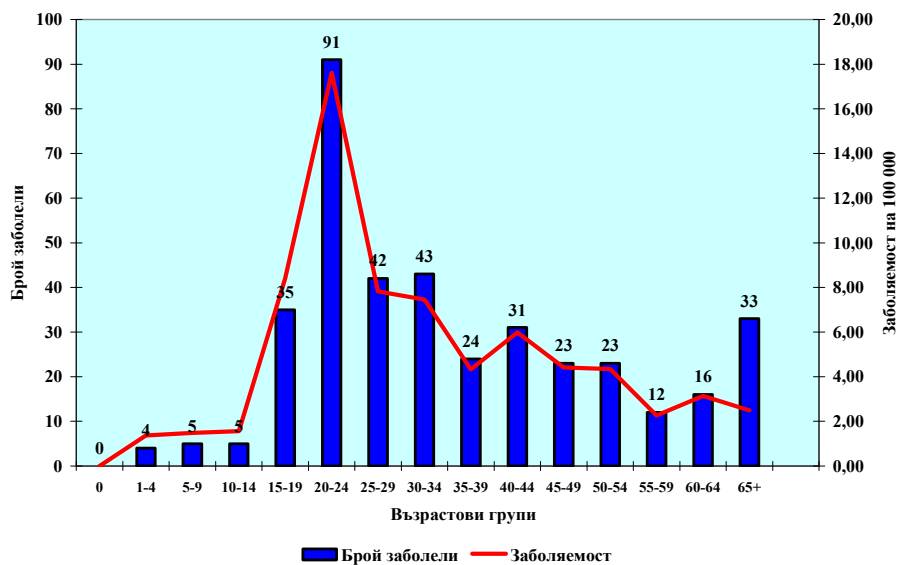
Динамика на заболяемостта от остър вирусен хепатит тип В в България, 1983-2010 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост 2010 г.

Фиг. 8

Брой заболели и заболяемост на 100 000 от остър вирусен хепатит В по възрастови групи в България през 2010 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост 2010 г.

Анализът на заболяемостта от грип и ОРЗ през 2010 г. е направен на основата на данните от Информационната система за сентинелен епидемиологичен надзор на грип и ОРЗ и резултатите от лабораторния надзор върху циркулацията на грипните вируси в посочения период. През 2010 г. в сентинелната извадка са участвали 352 лечебни заведения за извънболнична помощ, обслужващи общо 380 749 души. Във връзка с изискванията на Европейската система за надзор на заразните болести (TESSy) и Системата за надзор на грипа на СЗО, през 2010 г. са въведени следните нови 5 възрастови групи: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64 и над 65 г. Средногодишният брой на наблюдаваното население, броят заболели от грип и ОРЗ и заболяемостта по възрастови групи са показани в Таблица 3.

Табл. 3. Заболеваемост от грип и ОРЗ по възрастови групи през 2010 г.

Възрастови групи (години)	Средногодишен брой на наблюдаваното население	Брой регистрирани случаи	Заболеваемост на 10 000
0-4	19 146	27 159	14 185.21
5-14	31 873	26 996	8 469.86
15-29	82 125	25 596	3 116.71
30-64	195 954	26 418	1 348.17
65+	51 651	6 113	1 183.52
Общо	380 749	112 282	2 948.98

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост 2010 г.

През 2010 г. при наблюдаваните 380 749 лица са регистрирани общо 112 282 заболявания от грип и ОРЗ (2 948.98 на 10 000 население). Нивото е по-ниско от обичайно наблюдаваните средногодишни стойности, тъй като във връзка с пандемичното разпространение на щам А(Н1N1)2009, през грипния сезон 2009-2010 г. най-високото епидемично ниво беше достигнато много рано – още през 45-та седмица (02.11-08.11) на 2009 г., а не както обикновено – през януари-февруари на следващата година.

Както през предходните години, така и през 2010 г. заболяемостта от грип и ОРЗ е най-висока при малките деца от 0 до 4 години и децата от възрастовата група 5-14 г.

Изследванията на проби от болни и контактни лица, проведени в НРЛ „Грип и ОРЗ” с RT-PCR доказват, че и през 2010 г. доминираща роля е продължил да има пандемичният грипен вирус А(Н1N1)2009. Доказана е и значителна циркулация на респираторно-синцитиалния вирус.

Официалните данни на МЗ показват, че към 31.12.2010 г. в България са регистрирани общо 1272 ХИВ-позитивни лица. Броят на новорегистрираните през 2010 г. е 163 лица, от които 134 (82%) са мъже и 29 (18%) жени. Общият брой на случаите, които са заболели от СПИН е 292, от които 32 с поставена диагноза през 2010 г. Данните показват, че при 31% от случаите със СПИН през 2010 г., диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

Петдесет и девет процента от новорегистрираните случаи през 2010 г. са открити в Кабинетите за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС) и неправителствените организации, които работят сред най-уязвимите групи, което говори за тяхната ефективност.

През отчетния период са регистрирани ХИВ-позитивни лица в много широки възрастови граници от 15 до 68 години, като от няколко години се наблюдава

тревожно понижаване на долната възрастова граница. Повече от половината от случаите са сред млади хора във възрастовата граница 15-29 г. (52%). По път на инфектиране през 2010 г. се очертават следните уязвими групи: 36% от новорегистрираните са лица инжекционно употребяващи наркотици, а 19% са мъже, които са съобщили, че са имали сексуални контакти с мъже. При 44% основният път на предаване е при хетеросексуални контакти и 2% 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, Пазарджик, Варна и Бургас.

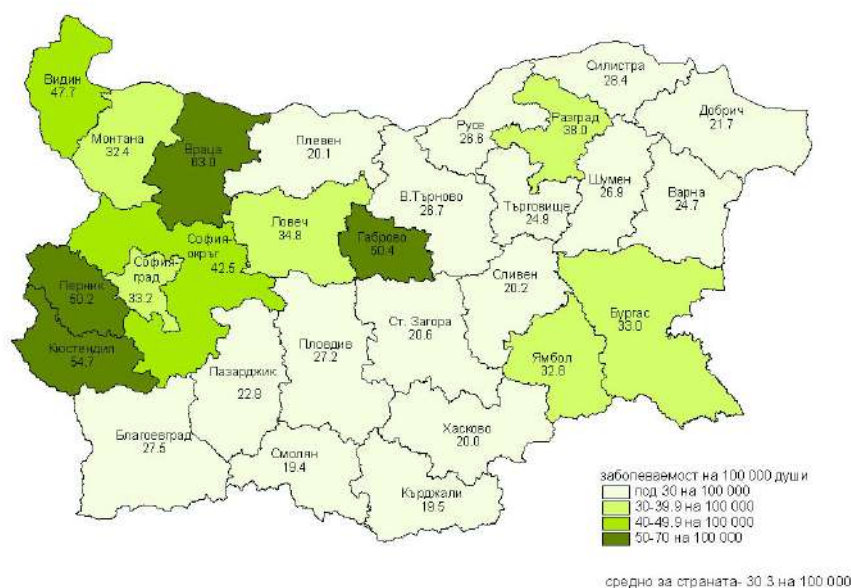
Заболеваемостта от туберкулоза у нас (новооткритите случаи) през последните 2 години показва тенденция на снижаване. В сравнение обаче, с тази в страните от ЕС (средно 13.2 на 100 000 население през 2009 г.), тя е почти 2.5 пъти по-висока. Регистрираната годишна заболеваемост от туберкулоза за 2010 г. е 30.3 на 100 000 население.

През 2010 г. са регистрирани и съобщени общо 2 649 случаи на туберкулоза в страната. В сравнение с 2009 г. (2 911 регистрирани случаи) се наблюдава понижение на общия брой случаи с 9%. Тенденцията за намаляване на заболеваемостта през последните три години се дължи на дейностите по Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата, насочени към активен скрининг сред най-уязвимите групи, активно издирване на контактните лица на болните от туберкулоза и предоставяне на специфична химиопрофилактика за лечението на латентната туберкулозна инфекция.

Запазва се високият относителен дял на пациентите с белодробна туберкулоза през последните няколко години. От регистрираните през 2010 г. болни, с белодробна туберкулоза са 1 851 случаи (70%), а с извънбелодробна - 798 случая.

Броят на регистрираните случаи на туберкулоза, както и заболеваемостта, варира значително по региони, като в някои региони в Северозападна и Централна България заболеваемостта е около два пъти над средната за страната (Фигура 9).

Фиг. 9. Заболеваемост от туберкулоза по области, България, 2010 г.



Източник: НЦОЗА

През 2010 г. регистрираните пациенти мъже са 65%. Най-засегнатите възрастовите групи са 35-44 години (446 случая или 17%) и над 65 години (499 случая или 19%).

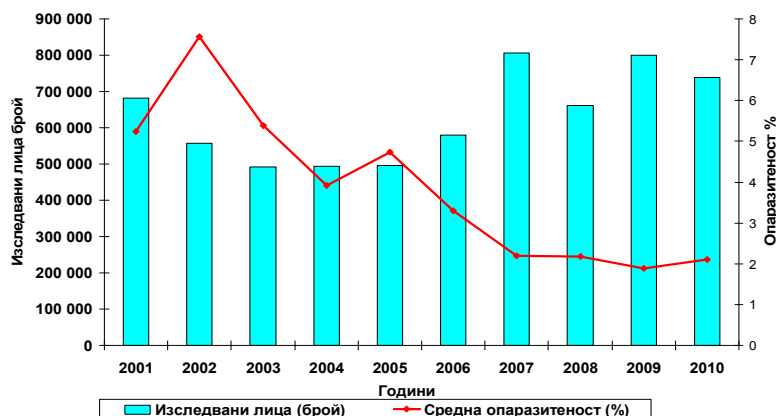
Относителният дял на новите болни, регистрирани през 2010 г. (2 300) е 87% от всички случаи е с 11% по-нисък в сравнение с 2009 г. Относителният дял на рецидивите (136 случая или 5.1%) намалява, а делът на случаите на повторно лечение (213 случая или 87%) се увеличава. Това доказва необходимостта от изпълнението на специфични дейности за подобряване на прякото наблюдавано лечение в продължителната фаза в амбулаторни условия. През 2010 г. регистрираните нови болни с белодробна туберкулоза са общо 1 553 случая, от тях с положителен резултат от микроскопско и/или културелно изследване са общо 993 случая или 64%.

Регистрираните случаи с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза през 2010 г., са общо 56 (5.7%) в сравнение с 43 случая през 2009 г. От тях новите случаи без предшестващо лечение за туберкулоза са 16 (1.9%) и случаи с предшестващо лечение за туберкулоза - 40 (24.2 %). Наблюдава се увеличаване на броя на случаите с MDR-TB в сравнение с 2009 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.

През 2010 г. на 1773 пациенти с туберкулоза е проведено консултиране и изследване за ХИВ, което представлява 67% от общия брой регистрирани случаи на туберкулоза през годината. Открити са 2 ХИВ-позитивни пациенти. Разширяването на обхвата на пациентите с туберкулоза, на които е предоставено консултиране, се дължи на провежданите обучения по време на супервизиите от консултантите от КАБКИС в лечебните заведения за туберкулоза.

През 2010 г. паразитозите запазват медико-социалното си значение, поради тенденция към нарастване или задържане на високи стойности на заболяемостта, значително превишаваща показателите за другите европейски страни. От общо изследвани 737 999 лица, през 2010 г. паразитози са диагностицирани при 15 501 (2.1%)- Фигура 10.

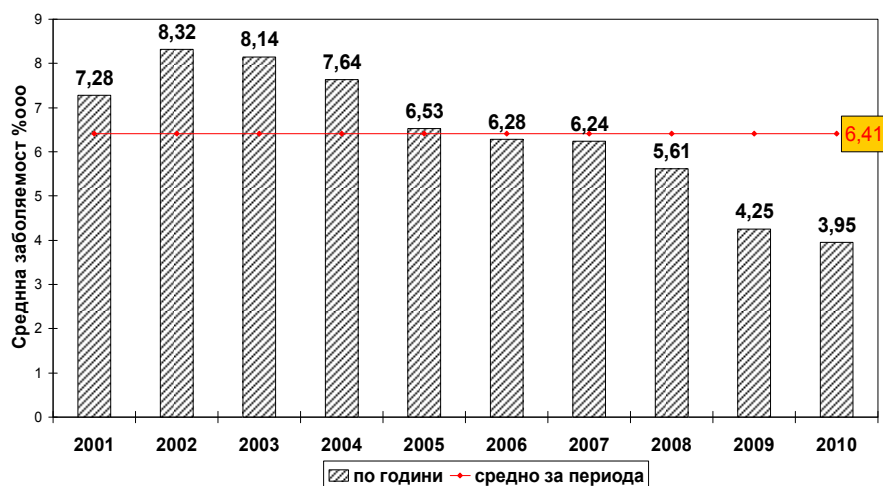
Фиг. 10. Брой лица, изследвани за паразитози и обща средна опаразитеност на населението (2001-2010 г.)



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2010 г.

Забележителността от ехинококоза продължава да бъде сериозен проблем за България, макар че през 2010 г. е по-ниска в сравнение с предходните години (Фигура 11). Регистрирани са общо 325 лица с ехинококоза, от които 291 са с първично заболяване. Средното ниво България (3.95‰) значително надвишава средната стойност за страните от ЕС (0.2‰). Тревожен е фактът, че 16.49% от всички регистрирани случаи са при деца и юноши (0-19 години). Най-висока средна годишна заболеваемост е регистрирана в Сливенски регион – 13.18‰.

Фиг. 11. Заболяемост от ехинококоза сред населението в България (2000 – 2010 г.)



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболеваемост 2010 г

През 2010 г. са регистрирани 3 епидемични взрива от трихинелоза. Месни продукти, опаразитени с трихинелни ларви са консумирали 50 лица, от които 16 са заболели. При два от епидемичните взривове източник е била домашна свиня, а при третия е консумирано смесено месо (от дива и домашна свиня).

Запазва се тенденцията за намаляване на честотата на геохелминтозите и контактните паразитози, което показва добра и постоянна във времето активност на специалистите паразитолози от РЗИ в проблемните райони. Екстензитетът на аскариндозата през 2010 г. е 0.13%, на трихоцефалозата – 0.02%, на ентеробиозата – средно 0.74%. С изследвания за ентеробиозата са обхванати 164 145 деца от различни видове детски заведения и при тях е установен екстензитет 1.15%.

За токсоплазмоза са изследвани 12 271 лица, от които 3 986 са с положителен резултат. Най-висока серопозитивност е регистрирана в областите: Габрово, Ямбол, Пазарджик и Плевен.

От 1988 г. ежегодно в страната се регистрират, макар и единични, и местни случаи на висцерална лайшманиоза. През 2010 г. броят на заболелите е 4.

Внасяните паразитози създават определен епидемиологичен и клиничен риск за населението и затова подлежат на постоянен епидемиологичен надзор и противоепидемичен контрол. През 2010 г. са изследвани общо 440 лица и опаразитяване е установено при 17 (3.86%) от тях. За малария са изследвани 352 лица и при 4 пациента е диагностицирана тропическа малария, а при 1 – тридневна малария (*P. vivax*). През 2010 г. няма починали от малария.

При изследване на 170 лица са диагностицирани и други внасяни паразитози (*B. hominis*, *E. histolytica*, *Larva migrans cutanea*, *Ancylostoma sp.*, *H. nana*, *G. intestinalis*). Не са регистрирани автохтонни вторични огнища, а на опаразитените своевременно е проведено лечение.

1.3. Трайна неработоспособност

По данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦОЗА⁴, базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК броят на лицата над 16-годишна възраст, първично инвалидизирани през 2010 г. е 64 447 души и е значително по-нисък от този през 2009 г. (69 078 души) или намалението е с 0.7 пункта (от 10.7‰ на 10.0‰), което е основно за сметка на лицата, на които се признава 3 годишен срок на инвалидност, които намаляват от 14 017 през 2009 г. на 11 492 през 2010 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 2010 г. 179 881 души, поравно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (40.5%), следвани от възрастта 60 и повече години (31.0%).

Относителният дял на инвалидизираните лица с трайно намалена работоспособност 50-70% е най-голям - 37.3%, следвани от лицата с 71-90% трайно намалено работоспособност - 34.6%, над 90% -20.7% и до 50% - 7.4%.

Най-честата причина за инвалидизиране са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 38.3% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (18.0%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (8.6%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (8.2%) и др. Тази структура, с много малки колебания се запазва през последните 10 години.

При децата до 16-годишна възраст, през 2010 година са признати за инвалиди 3 833 деца (3 578 за 2009 г.) или 3.5‰ (3.3‰ за 2009 г.). Най-голям е дялът на децата с 50 до 90% загубена възможност за социална адаптация – 68.7%. Най-честата причина за инвалидизиране при децата са болестите на дихателната система - 22.12%, болестите на нервната система (17.19%), психичните и поведенческите разстройства (16.96%) и вродените аномалии – 16.75%. Тази тенденция се запазва в годините.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Демографските процеси в страната 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 - 2010 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 много близък до този в ЕС.

⁴ НЦОЗА. 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 2009 г. През 2010 г. показателят за смъртност отново се покачва, поради което България продължава да е страната с един от най-високите показатели за смъртност в ЕС и най-нисък естествен прираст (-4.6%).
- В структурата на смъртността по причини водещи са болестите на органите на кръвообращението, като сред тях с най-висок дял са представени мозъчно-съдовата и исхемичната болест на сърцето (съответно 29.5% и 17.9%) и новообразуванията. Сравнението с другите европейски страни показва, че въпреки намаленото ниво на смъртността от болести на органите на кръвообращението, стандартизиращият показател остава значително по-висок от този в ЕС, а при злокачествените новообразувания се отчита и неговото увеличаване.
- През 2010 г. се отчита повишаване на нивото на детската смъртност, като нейните показатели продължават да са по-високи от средния за ЕС (4.27%).
- Неблагоприятни в сравнение с ЕС са данните и за мъртва раждаемостта - 7.78%. Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст.
- През 2010 г. делът на живородените недоносени е 8.4% и е по-висок спрямо предходната година (7.9%). Ражданията на недоносени деца са значително по-чести 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 обрачаемост 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 за нивото, структурата и тенденциите в разпространението на социално-значимите заболявания.
- По отношение на онкологичните заболявания може да се отчете, че през 2010 г. нараства болестността от злокачествени новообразувания, докато заболяемостта намалява (съответно 3 469.2 и 425.6‰). Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1 191.2‰) и рак на женските полови органи (1 029.4‰), а на заболяемостта - от рак на храносмилателните органи (99.6‰), рак на млечната жлеза при жените (92.3‰) и рак на женските полови органи (82.1‰).
- Положителен факт е продължаващото намаляване на нивото на болестността и заболяемостта от туберкулоза (достигащо през 2010 г. съответно 90.5 и 30.3‰).
- 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.
- Сред причините за хоспитализация водещи са два класа болести: на органите на кръвообращението и болести на дихателната система. Те обуславят общо 1/3 от

хоспитализациите. Тази структура се запазва традиционно през последните години.

- Броят на освидетелстваните и преосвидетелствани инвалиди е значителен – 179 881 души (2010 г.), поравно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (40.5%), следвани от възрастта 60 и повече години (31.0%).
- Най-честата причина за инвалидизиране са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 38.3% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица, следвани от новообразуванията (18.0%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (8.6%). Тази структура, с много малки колебания, се запазва през последните 10 години.
- През 2010 г. се увеличава честотата на инвалидизираните деца до 16-годишна възраст (от 3.3‰ за 2009 г. до 3.5‰). Тенденцията за най-честите причини за инвалидизиране при децата (болестите на дихателната система - 22.19%, вродените аномалии – 16.75%, болестите на нервната система -17.19% и психичните и поведенческите разстройства -16.96% се запазва в годините.

2. ОСНОВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО

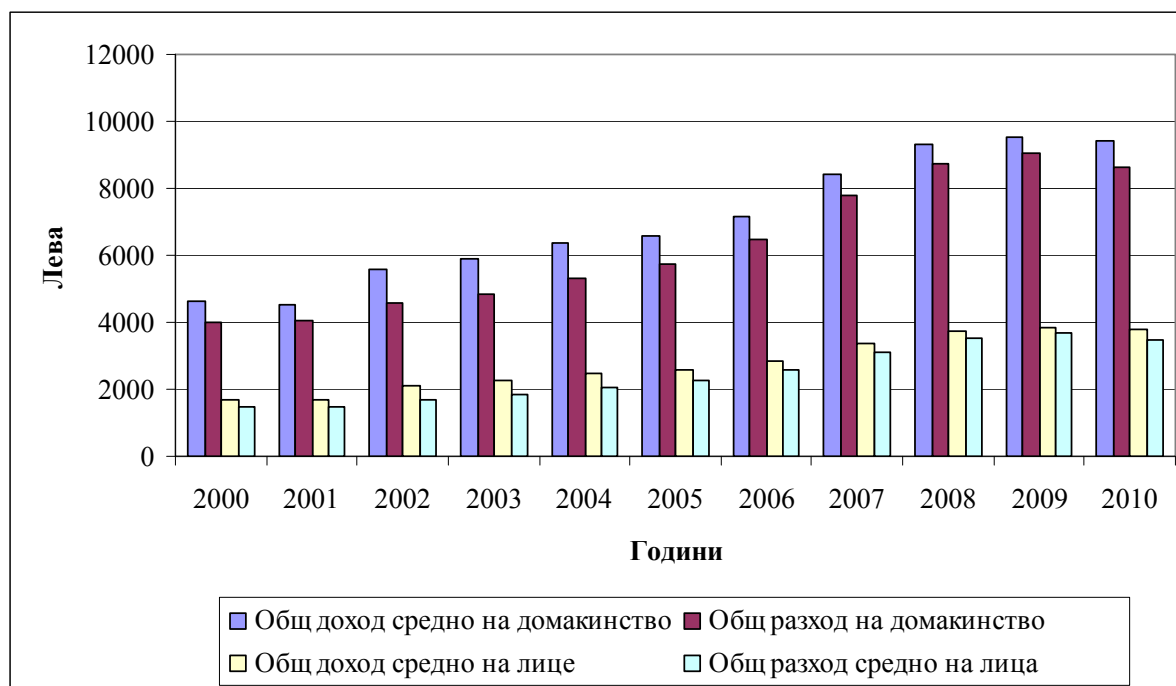
Детерминантите на здравето представляват широка гама от личностни, социални, икономически фактори и фактори на околната среда, които определят здравето на индивида и популацията. Част от тях са вътрешно присъщи на индивида, а останалите са външни, свързани с обществените нагласи. Факторите оказват комбинирано влияние и се намират в непрекъснато взаимодействие. В този смисъл те могат да спомогнат в укрепване на здравето (позитивни фактори) или в неговото влошаване (негативни). Сред най-важните детерминанти на здравето са: начин на живот, наследственост, външна среда, включително социално-икономически условия, здравна помощ и др.

2.1. Социални детерминанти на здравето

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 рискови фактори.

През 2010 г. се запазва регистрираната и в предходните години структура на доходи и разходи (Фиг.12). Работната заплата формира 50.9% от доходите на домакинствата и продължава да бъде най-значителният източник на приход. Вторият източник на доходи са пенсиите, които през 2010 г. формират 30.9% от приходите. Необходимо е да се отбележи, че относителният дял на доходите от този източник средно на домакинство от 2008 до 2010 г се е повишил с 7.7%.

Фиг. 12. Средногодишни доходи и разходи (в лева)



По данни на НСИ⁵

Доходите на домакинствата от предприемачество и собственост в България остават традиционно ниски. За 2010 г. те са едва 5.6% от доходите на домакинствата. Според структурата на доходите е видно, че населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст⁶.

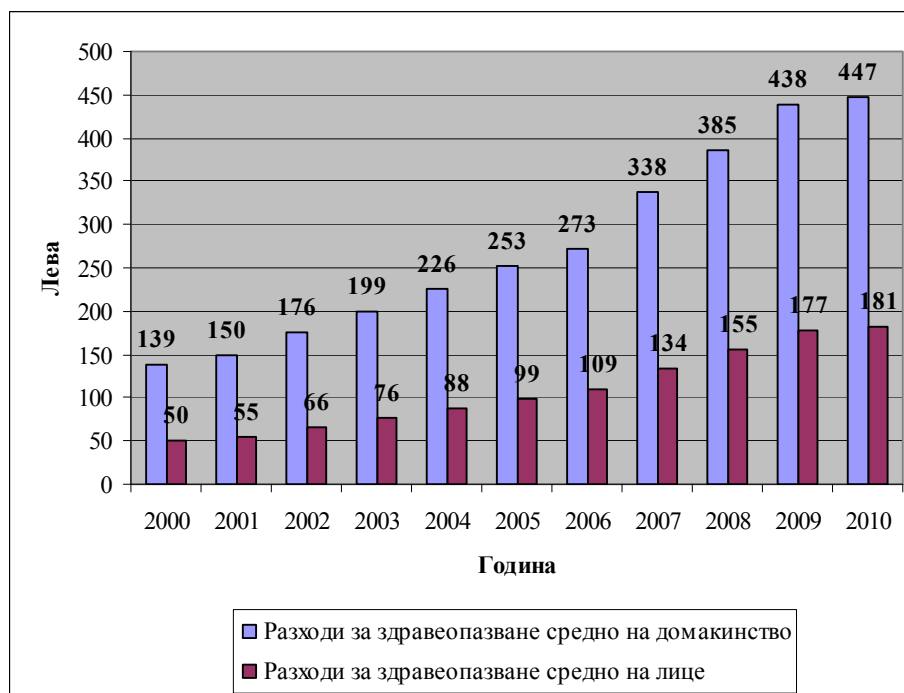
По данни на НСИ се отбелязва стабилна позитивна тенденция в структурата на разходите на домакинствата. Например продължава да намалява дялът на разходите за храна – от 44.9% през 2001 г. на 37.2% за 2011 г. Въпреки това, обаче, той се запазва относително висок в сравнение с повечето европейски страни. Разходите, свързани с образованието, свободното време и отдиха запазват приблизително едно и също ниво през последните 10 години – между 3.5 и 3.7% от всички разходи. Домакинствата са заплатили 0.2% по-малко за жилища, вода, електроенергия и горива в сравнение с предходната година.

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.

⁵ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

⁶ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

Фиг. 13. Среден разход на домакинствата и на едно лице за здравеопазване за периода 2000 – 2010 г.



По данни на НСИ⁷

Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. Така през 2000 г. домакинствата са разходвали 3.6% за здравеопазване, а през 2010 - 5.5% (фиг.13). Едногодишният ръст за периода 2009-2010 г. е 2.01% средно, като средният разход за здравеопазване на едно българско домакинство през 2010 г възлиза на 447 лв. Според доклад на Световната банка в България е най-висок делът на плащанията със собствени средства като процент от общите разходи за здравеопазване. Този факт, както и изключително ниските доходи на населението поставят сериозни проблеми пред достъпа на гражданите до здравни услуги. Един от основните проблеми здравната на система през последните няколко години е свързан с нерегламентираните плащания, които не само нарушават основните принципи и ценности на съвременното българско общество, но и увеличават социалното бреме за населението.

Безработицата е един от най-важните фактори, пораждащи бедност. 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 редица физически и психични проблеми.

Ниските доходи имат негативно влияние върху здравето. Те обикновено се свързват с материални лишения, с лоши условия на живот и хранене, с недостатъчни

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

възможности за придобиване на добро образование и съответно по-добро трудово възнаграждение, с високо ниво на стрес и др.

Линията на бедност е монетарен показател и трябва да гарантира задоволяването на т. нар. "минимални жизнени потребности" - паричната равностойност на фактически реализиран разход за потребление на хранителни стоки, които обезпечават препоръчителните норми за дневен калориен прием от 2700 килокалории. Взема се предвид и съотношението между равнището на разходите за нехранителни и хранителни стоки и услуги, което трябва да съответства на средното съотношение за 20% от домакинствата с най-ниски доходи. С Постановление № 257 от 30.10.2009 г. Правителството е определило 211 лв. за линията на бедност, като тя е по-висока със 17 лв. от предходната година. За 2010 г. Gini коефициентът⁸ е 0.280 и е почти равен по стойност на този за 2009 г., което е индикатор все още за отсъствието на подоходно обусловено социално разслояване по време на икономическата криза.

България е сред държавите-членки на ЕС, в които рискът от бедност за населението е над средното равнище за ЕС. През 2009 г. равнището на бедност в България е било 21.8% или бедни са били около 1 657 000 лица. Основният риск за изпадане в бедност на преобладаващата част от домакинствата в България се определя от тяхната икономическа активност и участието на пазара на труда. По възрастови групи рискът от бедност е най-висок за децата до 18-годишна възраст и за населението в над трудоспособна възраст. Според икономическия статус, рискът от бедност е най-голям за безработните (52.2%), пенсионерите (36.5%) и останалите икономически неактивни лица (24%). Работещи бедни са 7.4% от заетите, което неминуемо се отразява на равнището на бедност сред децата.

През 2010 г. световната криза продължава да се отразява негативно на пазара на труда в страната. През 2010 г. продължава започналата през 2009 г. тенденция на намаление на работната сила и нарастване на лицата извън работната сила на възраст от 15 до 64 г. група, който за 2010 г. е 66.5%, с 0.7 пункта по-нисък в сравнение с 2009 г. За 2010 г. икономически активните лица на възраст 15-64 навършени години са 3 356 000 (66.5%) от населението на същата възраст. Поради неблагоприятната демографска тенденция, в сравнение с предходната година коефициентът на икономическа активност е намалял с 0.7 пункта. Общият брой на заетите лица достига 3 052 800, от които 3 010 400 са на възраст 15-64 навършени години, като в сравнение с 2009 г. намаляват съответно с 6.2 и 6.1%. Коефициентът на заетост (относителен дял на заетите лица от населението в същата възрастова група) за населението на 15-64 навършени години е 59.7%, или с 2.9 пункта по-нисък в сравнение с 2009 г. (63.0% за мъжете и 56.4% за жените), а коефициентът за заетост за населението на възраст 20-64 навършени години (показател, включен в стратегия „Европа 2020“) намалява с 3.4 пункта в сравнение с 2009 г. и достига 65.4% (69.1% за мъжете и 61.7% за жените).

През 2010 г. коефициентът на заетост за възрастовата група 55-64 навършени години достига 43.5%, като в сравнение с 2009 г. е намалял с 2.6 пункта - с 3.8 пункта при мъжете (до 50.3%) и с 1.5 пункта при жените (до 37.7%).

Безработните лица през 2010 г. са 348 000, от които 196 300 са мъже и 151 700 – жени, като коефициентът на безработица се е увеличил с 3.4 пункта в сравнение с 2009 г. и достига 10.2%. При мъжете коефициентът на безработица е по-висок от този при жените.

Поради неблагоприятните условия на пазара на труда, коефициентът на младежката безработица е висок и за 2010 г. достига 23.2%. Продължително

⁸ Gini коефициентът се изчислява с индивидуалните данни за нетен еквивалентен общ доход на домакинствата и отчита неравенството в доходите им.

безработните лица (безработни за повече от 1 година) за същата година са 161 700 души (46.5% от всички безработни), като коефициентът е 4.8% (5.1% за мъжете и 4.4% за жените). Броят на обезкуражените лица (лицата извън работната сила, които желаят да работят, но не търсят активно работа, защото не вярват, че ще намерят) на възраст 15-64 навършени години през 2010 г. възлиза на 222 300 хиляди души и бележи ръст с 38 100 в сравнение с предходната година.

Безработните младежи до 29 г., регистрирани в бюрата по труда се увеличават, което до голяма степен се дължи на влиянието на икономическата криза. Делът им от общия брой на безработните остава почти непроменен – 18.1% при 18.3% през 2009 г. Сред регистрираните в бюрата по труда безработни младежи до 29 г. продължават да преобладават тези без квалификация и специалност (63.3%) и тези с основно и по-ниско образование (50.3%).

Безработните с основно и по-ниско образование и без квалификация и през 2010 г., подобно на 2009 г. нарастват като абсолютен брой, а като процент от общия брой на безработните намаляват. През 2010 г. относителният дял на безработните с основно и по-ниско образование е 49.9%, а този на безработните без квалификация е 56.4%. Продължително безработните нарастват значително през 2010 г. след отчетеното намаление през предходните две години. Делът им е 31.6% от общия брой на безработните. Сред продължително безработните преобладават лицата без квалификация (68.7%) и с основно и по-ниско образование (64.4%).

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, както и към хората без специалност и професия.

Образованието е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация. 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.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- И през 2010 г. се запазва регистрираната в предходните години структура на доходите, като населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст.
- Разходите за здравеопазване на домакинствата и индивидите бележат постоянен ръст в структурата на разходите. За периода 2009 – 2010 г. средният разход на домакинство е нараснал с малко повече от 2%.
- През 2010 г. все още се отчитат някои негативни тенденции на пазара на труда, като последица от световната финансова криза. Коефициентите на заетост както на лицата до 29 години, така и при населението до 64 години са намалели, регистрираният спад е минимален.
- Сред безработните продължава да преобладава делът на лицата с ниско ниво на образование и без придобита професионална квалификация.
- Поради изключително голямото разнообразие на социалните детерминанти, определящи здравето на една нация, партньорството и междусекторното сътрудничество са от изключително значение за постигане на успехи в опазването и подобряването здравето на населението.

2.2. Начин на живот и здраве - рискови фактори

Информацията, която се използва към момента по отношение разпространението на рисковите фактори, свързани с начина на живот сред населението в нашата страна, е по данни на Световната здравна статистика, доклади на СЗО, европейски проучвания, проведени изследвания в страната в рамките на профилактични програми и др

Тютюнопушенето е един от основните рискови фактори и е причина за 6% от всички смъртни случаи при жените и 12% от всички смъртни случаи при мъжете⁹. Около 6 милиона лица умират всяка година по причина тютюнопушене и експозиция на тютюнев дим. Към 2020 г. се очаква броят на смъртните случаи в резултат на тютюнопушенето да достигне 7.5 милиона или 10% от всички смъртни случаи за годината. Тютюнопушенето е причина за 71% от всички смъртни случаи от рак на белия дроб, 42% от хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) и 10% от ССЗ.

В Глобалния доклад на СЗО за състоянието на незаразните заболявания се посочва, че през 2008 г. ежедневни пушачи в България са 1/3 от населението. Сред страните от Европейския регион на СЗО страната ни заема 10 място при мъжете (41.9%) и 4 място при жените (27.2%). Сериозен остава проблемът с тютюнопушенето при децата - пушачи са 26.4% от момчетата и 31.8% от момичетата на възраст 13-15 г.

Хранителният модел и хранителният статус представляват ключови детерминанти на здравето и един от акцентите на превантивната стратегия за намаляване 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.

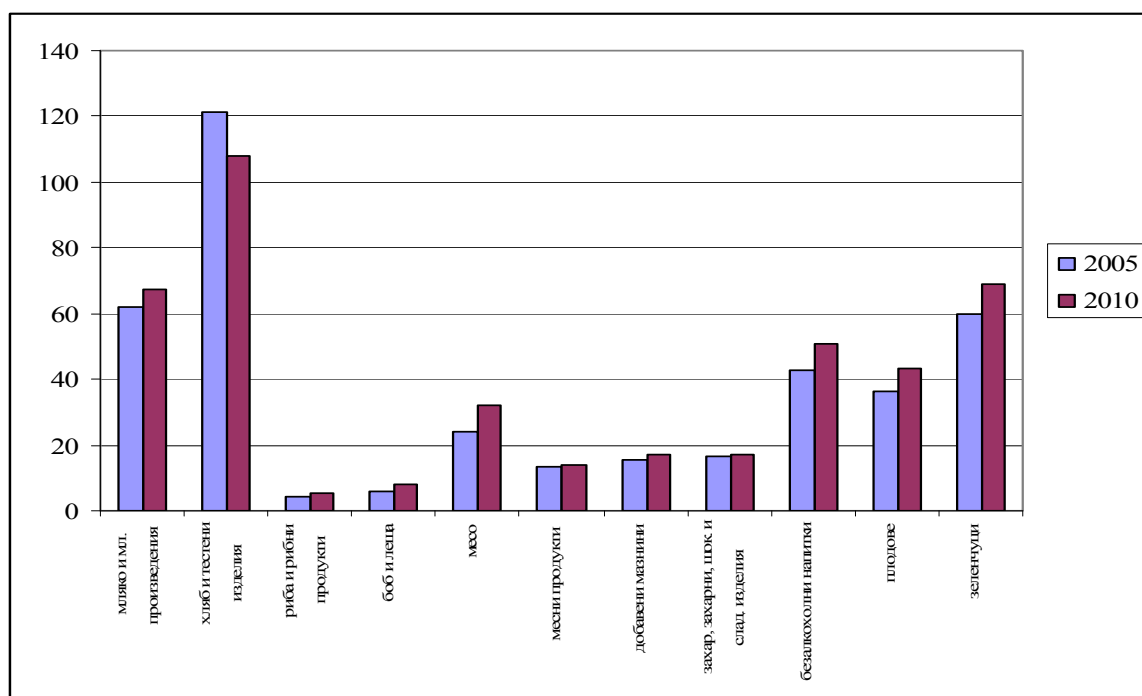
Анализът на хранителния модел на базата на бюджетите на домакинствата¹⁰ с представяне на данните средно на лице за година за периода 2005-2010 г. (Фиг. 14) показва тенденциите в хранителната консумация на населението в България. За посочения период се наблюдава тенденция за повишаване консумацията на *мляко и млечни продукти*, среднодневно на лице – от 170 г през 2005 г. на 184 г през 2010 г., за сметка на увеличение на консумацията на кисело мляко и сирене, като потреблението на мляко и млечни продукти все още не достига препоръчаните нива за здравословно хранене. Запазва се ниско потреблението на *риба и рибни продукти*, като наблюдаваната тенденция за повишаване консумацията на риба се запазва и от 11.5 г среднодневно на лице през 2005 г., тя се променя на 14.5 г през 2010 г., но е значително по-ниска от препоръчаната консумация на риба от 30-40 г средно дневно. Наблюдава се леко повишаване в 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 2010 г. – 7.5 кг. (20.5 г средно на ден/лице). Наблюдава се тенденция за повишаване потреблението на *месо* като през 2005 г. средната консумация на месо е 24.2 кг на лице за година, а през 2010 г. - 32.0 кг, като повишението е за сметка на свинско месо и кайма. Потреблението на месни продукти се запазва в същите нива – 13.4 кг през 2005 год. и 13.8 г. средно на лице през 2010 год. Потреблението на *добавени мазнини* за периода 2005-2010 г. се повишава – 15.6-16.9 кг средно годишно на лице, за сметка на увеличаване консумацията на олио. Запазва се наблюдаваната в предишни години тенденция за

⁹ Глобален доклад на СЗО за състоянието на незаразните заболявания

¹⁰ НСИ, 2010

увеличение в потреблението на *захар, захарни, шоколадови и сладкарски изделия* – от 16.7 кг средно на лице през 2005 г. на 17.1 кг средно на лице през 2010 г. Наблюдаваната тенденция за повишаване потреблението на *безалкохолни напитки* до 2007 г. (56.7 л) бележи обратно развитие през 2009 г. (52.2 л) и 2010 г. (50.9 л) като консумацията средно на лице намалява, но все още е по висока в сравнение с 2005 год. (43.0 л). Средният дневен прием на *плодове и зеленчуци* за лице се запазва нисък и е под препоръчваните нива от 500 г на ден, въпреки че се наблюдава тенденция за леко повишение в консумацията на пресни и замразени плодове и зеленчуци – от 96.1 кг средно на лице през 2009 г. (263.3 г средно на ден/лице) на 112.6 кг средно на лице през 2010 г. (308.5 г средно на ден/лице). Потреблението на плодове средно на лице през 2005 г. е 36.2 кг (99.2 г средно на ден/лице), а през 2010 г. – 43.5 кг (119.2 г средно на ден/лице), а потреблението на зеленчуци се повишава от 59.9 кг (164.1 г средно на ден/лице) през 2005 г., до 69.1 кг (189.3 г средно на ден/лице) през 2010 г.

Фиг. 14. Потребление на основни хранителни продукти от домакинствата в България (кг/средно на лице) за 2005 г. и 2010 г.



Източник: НСИ

Ниската физическа активност е причина за 3.2 милиона смъртни случаи в света и 32.1 милиона изгубени години живот в добро здраве поради ранна заболяемост, инвалидност и преждевременна смъртност по DALY (Disability Adjusted Life Years), което е около 2.1% от глобалния коефициент. Лицата с ниска физическа активност са с 20-30% повишен риск за смъртност по отношение на всички причини.

По данни на СЗО¹¹ 24.6% от мъжете и 31.8% от жените у нас са с ниска физическа активност, което определя съответно 27-мото място при мъжете и 23-тото място при жените сред 36 страни от Европейския регион на СЗО.

Изследване на Евробарометър показва, че 82% от населението в България не практикува спортни занимания или го прави един път месечно, като този дял е най-

¹¹ Глобален доклад на СЗО за състоянието на незаразните заболявания

висок за страните в Европейския съюз. Регулярно практикуват спортни занимания (5 и повече пъти седмично) едва 3% от населението.

За повечето страни в света, включително и за България, болестите на органите на кръвообращението са огромен социално-медицински проблем. Една от водещите нозологични форми в структурата на умираанията от тези болести е **хипертонията**. По данни на СЗО⁵ хипертоници в България през 2008 г. са 41.8% (съответно 44.3% от мъжете и 39.5% от жените).

Сред водещите фактори на риска за болестите на органите на кръвообращението са и **дислипидемията**. Нивото на серумния холестерол корелира пряко със смъртността от тези заболявания във всички възрасти. По данни на СЗО през 2008 г. в България с холестерол над 5 ммол/л са 51% от мъжете и 53.1% от жените, с холестерол над 6.2 ммол/л са съответно 14% и 17.2% от тях.

Злоупотребата с алкохол е друга проява на нездравословния начин на живот. *Консумацията на чист алкохол* при лица над 15 год. в България през 2008 г. е 11.4 литра на година, с което страната ни се нарежда на 29 място сред страните от Европейския регион на СЗО.

По данни на Националния статистически институт средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия е нараснал от 147 лв. през 2000 г. на 372 лв. през 2010 г. Потреблението на тези продукти заемат 6 място след храните и безалкохолните напитки, консумативите (жилище, вода, електроенергия, горива за битови нужди), транспорта, здравеопазването и съобщенията. Наблюдение, проведено в рамките на програмата Евростат-ОИСП „Паритети на покупателната способност”(ППС)³ сочи, че тютюневите изделия у нас са с най-ниско равнище на цените по отношение на средното за ЕС 27.

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 граждани от 15 до 64 години имат минимум една употреба на наркотик през живота си¹². Наблюдават се следните тенденции, свързани с наркотичните вещества:

- Употребата на наркотични вещества сред младите хора и най-вече сред учениците остава един от основните проблеми на обществото. 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 вещества¹³.
- 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

¹² „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.

¹³ “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.

България е между 20 000 и 30 000 лица ¹⁴, 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.

- 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 е почти постоянно и приблизително 4:1. Средната възраст на потърсилите лечение се е повишила от 23 на 25 години. Средната 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 години ¹⁵.
- Може да се каже, че се очаква увеличение на употребата на метамфетамини и най - вече на т.нар. „легални наркотични вещества“ през следващите години в България, както е и в Европа като цяло.

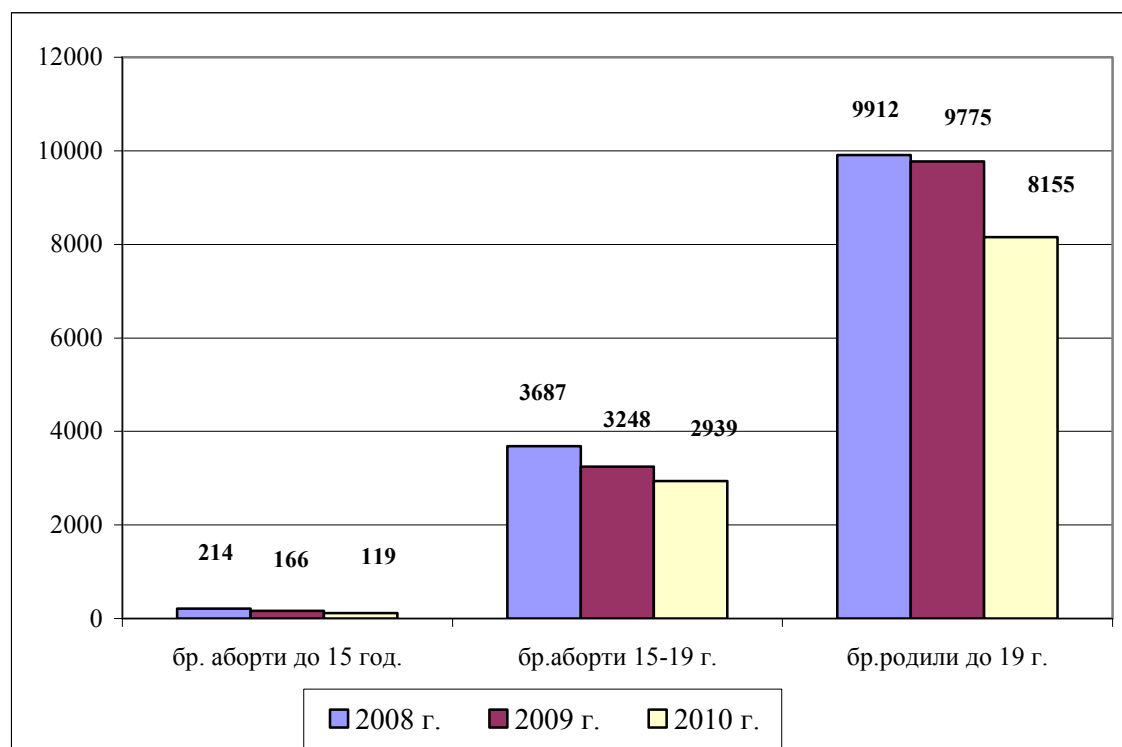
Рисковото сексуално поведение в юношеска възраст води до здравни и репродуктивни проблеми в по-късна възраст. Абортите и бременностите сред момичетата продължават да са с висока честота, макар че за последните 3 години (2008-2010 г.) се наблюдава тенденция за намаление на броя на абортите до 15-годишна възраст, от 15 до 19-годишна възраст, както и броят на родилите до 19 години (Фиг.15) Запазва се относителният дял на абортите във възрастта до 19 години – всеки десети аборт е на момиче до 19 години (9.69% за 2010 г.)¹⁶. Тази неблагоприятна тенденция налага въвеждането на системно сексуално и репродуктивно здравно образование в училищата, достъп до подходящи за тази възраст услуги, предоставяне на съвременни контрацептиви от държавата, на преференциални цени и др.

¹⁴ Тази оценка се базира на използването на метода Множител с използване данни от лечението (Multiplier Method Using Treatment Data).

¹⁵ Мониторингова информационна система за търсенето на лечение във връзка с употреба на наркотици, Национален фокусен център за наркотици и наркомании

¹⁶ НЦОЗА

Фиг. 15. Брой аборти на момичета до 19-годишна възраст и брой родили до 19-годишна възраст за периода 2008-2010 г.



Източник: НЦОЗА

Едновременно с това положителните промени, които се установяват през последните години (нарастване употребата на презервативи при първи полов акт, както и при полов акт със случаен партньор; намаляване делът на лицата, които са правили секс на възраст под 15 години, както и делът на тези, които през последната година са правили секс с повече от един сексуален партньор и др.)¹⁷ доказват, че дейностите по Националната програма по СПИН и сексуално-предавани инфекции и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” дават резултати. Продължава обаче да стои нерешен въпроса за ангажирането и на другите национални институции в решаването на този сериозен проблем.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Информацията, с която практиката разполага към момента у нас по отношение на разпространението на рискови фактори, не е достатъчно актуална и пълна. Това затруднява както реалната оценка за разпространението им, така и планирането на профилактични дейности за техния контрол.

¹⁷ „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. 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.

- Последните данни за разпространението на рискови фактори у нас показват, че те са широко разпространени сред населението, което в значителна степен обуславя високата заболяемост, смъртност и инвалидност в нашата страна.
- Основните предотвратими рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене и ниска физическа активност) са причина за почти 60% от общото бреме на болестите.
- Въпреки появилите се през 2010 год. някои положителни аспекти в потреблението на храни, моделът на хранене на българското население все още запазва някои неблагоприятни тенденции и характеристики.
- Употребата на наркотични вещества в България остава проблем свързан най-вече с младите хора. 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.
- Ограничаването на въздействието на тези рискови фактори може да се постигне чрез развитие на дейности за промоция на здравето и профилактика на болестите в рамките на програми, с участието на всички обществени структури и организации и най-вече на населението, като водеща е ролята на системата на здравеопазване.
- Изграждането на система за мониторинг и оценка на разпространението на рисковите фактори би допринесло за повишаване на ефективността на мерките, насочени към превенцията и контрола на тези фактори.

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 върху фактори на околната среда, продукти, стоки и дейности, имащи значение за здравето на населението

1.1.1. Атмосферен въздух

Политиката на министерството на здравеопазването по отношение качеството на атмосферния въздух 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 здравни инспекции провеждат периодичен мониторинг на качеството на атмосферния въздух в някои райони на страната, в които независимо от предприетите конкретни екологични мерки, чистотата на въздуха продължава да е проблем. Анализът на данните от провеждания от РЗИ мониторинг през 2010 г. идентифицира като приоритетни за качеството на атмосферния въздух следните атмосферни замърсители¹⁸:

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

серен диоксид – епизодично превишаващ средночасовите норми в районите на Кърджали и Пловдив;

сероводород – създаващ перманентен проблем за качеството на въздуха в района на Средногорие (Златица и Пирдоп) и периодичен проблем за Стара Загора и Силистра;

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

Информацията от мониторинга на качеството на атмосферния въздух 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.

Един от основните приоритети в държавната здравна политика е свързан с намаляване на вредните атмосферни емисии, съответно - осигуряване на безопасна за здравето на населението жизнена среда с експозиция на вредни вещества в концентрации, непревишаващи международно приетите стандарти. Обеспечаването на здравословна среда се гарантира от действащото законодателство, което подлежи на периодично актуализиране относно оценката и управлението на качеството на атмосферния въздух.

Паралелно с постоянния контрол на КАВ, включен към Национална автоматизирана система за екологичен мониторинг, някои от регионалните структури на МЗ извършват периодичен контрол на определени атмосферни

¹⁸ МЗ, Информация за дейността на РЗИ относно КАВ през 2010г.

замърсители, което допълва базата данни за качеството на въздуха за съответния район.

През 2010 година на територията на 14 населени места РЗИ поддържат функционирането на 23 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, хлороводород¹⁹. Изследвани са общо 5064 проби за аерозоли на прах (3631) и тежки метали (1433) и съответно 60293 - за газове. Пробите с отклонения, превишаващи регламентираните съгласно нормативните документи допустими концентрации за всеки конкретен атмосферен замърсител, са съответно: 347 (9,6%) за праховите аерозоли и 1088 (1,8%) за газообразните замърсители.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- 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.
- Пунктовете за мониторинг, поддържани от РЗИ, 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.

1.1.2. Питейни води

По данни на МЗ^{20,21}, през 2010 г. в страната са били в експлоатация 6 315 питейни водоизточници, от които 335 повърхностни (5,30 %) и 5 980 подземни (94,70 %). Само за около 1/3 от повърхностните (112 броя или 33,43 %) се прилага необходимото пречистване на водата²². Контролът на питейните води се осъществява по органолептични, микробиологични, химични и радиологични показатели за качество²³.

През 2010 г. микробиологичната нестандартност превишава допустимия критичен праг на СЗО (не повече от 5% нестандартност от годишния брой изследвани проби) в 14 области (Монтана, Ямбол, Пазарджик, Кърджали, Кюстендил, Бургас, Перник, Търговище, Силистра, Сливен, Разград, Ловеч, Добрич и Хасково). Сравнителният анализ на данни от три последователни години, показва, че трайните отклонения в микробиологичното качество на питейната вода се повтарят ежегодно в едни и същи области с малки вариации.

Табл. 4. Изследвани проби питейни води и нестандартност по микробиологични показатели за качество (%)

¹⁹ МЗ, Информация за дейността на РЗИ относно КАВ през 2010г.

²⁰ МЗ, 2011г., Обобщена информация на Дирекция "Обществено здраве" за състоянието на питейните води на територията на 28-те РЗИ по данни за 2010г.

²¹ МЗ, 2010г., Годишен доклад на министъра на здравеопазването, Състояние на здравето на гражданите през 2009г. и изпълнение на Национална здравна стратегия.

²² Наредба № 12 за качествени изисквания към повърхностните води, предназначени за питейно-битово водоснабдяване, обн. ДВ бр.63 от 28 юни 2002г.

²³ Наредба №9 за качествата на водата предназначена за питейно-битови цели, обн. ДВ бр.30 от 28 март 2001г.

РИОКОЗ	Брой изследвания по микробиологични показатели			% неотговарящи на Наредба № 9/2001			Критичен праг по СЗО
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	
БУРГАС	3 108	2 396	2058	5.98	8.14	8.50	Не повече от 5% несъответствие по микробиологични показатели за качество от годишния брой изследвани проби
ВРАЦА	1 642	1 816	1750	10.72	7.16	4.46	
ДОБРИЧ	1 480	1 368	1436	4.05	5.26	5.85	
КЪРДЖАЛИ	2 393	1 565	1843	5.22	6.33	9.6	
КЮСТЕНДИЛ	1 484	1 531	1529	1.62	6.99	8.57	
МОНТАНА	2 598	2 602	1937	7.81	8.88	13.58	
ПАЗАРДЖИК	876	1 120	1069	11.87	11.34	10.20	
ПЕРНИК	1 193	1 207	1686	5.87	8.86	8.24	
ПЛОВДИВ	2 598	1 341	1358	7.81	6.94	4.93	
СИЛИСТРА	538	1 728	484	6.88	5.27	5.37	
СЛИВЕН	1 677	1 341	1305	5.07	6.94	5.13	
ТЪРГОВИЩЕ	1 880	1 525	1228	7.29	7.61	7.82	
ХАСКОВО	3 062	6 325	2698	7.81	0.21	5.37	
ЯМБОЛ	570	780	644	11.58	9.23	10.31	

Източник: МЗ, 2011г., Обобщена информация на Дирекция "Обществено здраве" за състоянието на питейните води на територията на 28-те РЗИ по данни за 2010г.

Отклоненията по правило са характерни за малки водоснабдителни системи, които нямат пречистване и водата се подава на населението директно, много често съпроводено с редица недостатъци в дезинфекционния процес. Тази повтаряща се периодично нестандартност в микробиологичното качество на питейната вода, отразява неблагоприятията във водоподготовката, лошото състояние на водопроводните мрежи, липса на управляемост на процеса на дезинфекция и ползване на неподходящи биоциди, особено при малките зони на водоснабдяване и др.

Химическият състав на питейните води през 2010 г. е бил влошен в някои водоснабдителни системи по показателите със здравно значение, като: наднормено съдържание на нитрати, флуор, хром, арсен. На база многогодишна информация за качеството на питейната вода в страната по тези показатели и броя на експонираното население, са изведени тенденции, които биха могли да се ползват при вземането на решение от заинтересованите ведомства.²⁴

Най-масово са регистрирани наднормени количества нитрати (>50 мг/л). **Нитратите** са многогодишен проблем за питейното водоснабдяване в районите с интензивно земеделие. Проблемът се регистрира в около 20 области, като най-засегнати по брой експонирано население и засегнати водоизточници са: Хасково, Търговище, Пловдив, Стара Загора, Плевен, Шумен, Варна, Велико Търново, Разград, Русе, Ямбол, Бургас. През 2010 г. в областите София, Видин, Перник, Кърджали и Кюстендил няма регистрирани изследвани проби води с повишено съдържание на нитрати. Налице е обща тенденция на много бавно понижение на броя на експонираното население през последните три десетилетия, но прогнозата е, че не може да се очакват резки промени през следващите години. Към 2007 г. от проблема са били засегнати общо 298 населени места с 218 013 души експонирани

²⁴ НЦОЗА, РЗИ.

(2,75% от населението на страната). Преобладава експозицията на селското население в съотношение на селско към градско 3:1. Масово представените стойности са в границите 50-100 мг/л. В диапазона 100-150 мг/л експонираните са 10,89% и само 2,59 % от жителите консумират вода в екстремно високия диапазон 150-350 мг/л нитрати. Хронологично, тенденцията показва бавно понижение на относителният дял експонирано население или 2,2 пъти по-малко експонирани в сравнение с 1979 г. Подобряването на ситуацията се дължи главно на включване на повърхностни водоизточници на водоснабдяване (предимно язовири) и изоставяне на подземните водоизточници с високи стойности на нитрати.

В някои региони на страната съществуват трайни отклонения в съдържанието на **хром** в подземни питейни води. В малки населени места на области Монтана и Плевен от години се подава питейна вода с наднормено съдържание на хром. Към 2007 г. са били засегнати 20 села с около 17 000 души експонирано население (0,22% от общото население на страната). Концентрацията на хром е в диапазона 0,05-0,1 мг/л, т.е. превишение до 2 пъти на допустимата норма. Завишеното съдържание на хром в питейните водоизточници няма антропогенен произход, а се дължи на геогенно набогатяване на подземните води свързано със специфичност на земната кора в Дунавската равнина и упоменатите региони.

През 2010г. продължават да функционират малки водоснабдителни системи с наднормени концентрации на **флуор** в питейната вода. Засегнати са 17 села и малък град (Меричлери) в областите Благоевград и Хасково с около 8 500 души общо експонирано население. Касае се за природно обусловено повишено съдържание на флуориди в подземни води ситуирани в близост до минерални водоизточници. Концентрациите са сравнително неголеми – превишение с около 2 пъти на нормата от 1.5мг/л. Здравните последици са свързани с консумация на водата от малки деца и вероятността да развият зъбна флуороза в подрастваща възраст.

Макар и несистемно през последните години се извършват изследвания за наличие на **пестициди** в питейните води за обществено водоснабдяване. Както и в предишните години в отделни проби са установени невисоки стойности за пестициди от триазиновата група (нормативно изискване <0,1 мкг/л). Данните показват, че най-вероятно експозицията на населението с пестициди чрез питейната вода не е висока и не следва да се очаква възникване на здравни проблеми.

Съгласно действащото законодателство водоснабдителните дружества носят пълна отговорност за качеството и количеството на доставяната за населението питейна вода и за извършване на мониторинг по показателите на приложение 1 от Наредба № 9/2001 за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели. Органите на ДЗК проверяват съответствието на качеството на подаваната за населението питейна вода с изискванията по заложените в наредбата показатели. Регионалните здравни инспекции (РЗИ) разработват и изпълняват програми за мониторинг на питейната вода в размер не по-малък от 50 % от пълния обем мониторинг, извършван от водоснабдителните дружества.

През 2010г. 28-те РЗИ в страната са осъществявали мониторинг по химични, микробиологични и радиологични показатели за качество на доставяната за населението питейна вода в 8 395 пункта в страната. Анализирани са общо 20 410 проби, от които 17 342 (84,97 %) проби по показатели за постоянен мониторинг и 3 068 проби (15,03 %) по показатели за периодичен мониторинг. От изследваните проби за постоянен мониторинг 10 % са показали нестандартност, а за пробите по периодичния мониторинг – 15,7 %, срещу съответно 10,6 % и 15,4 % за 2009г.

През 2010г. в РЗИ извършените анализи са общо 409 567, от които 316 049 (77,17 %) в рамките на ДЗК, а останалите 93 518 (22,83 %) са извършени по искане на физически и юридически лица. Възложителите са предимно водоснабдителни

фирми, които не притежават лабораторен капацитет за много от мониторираните показатели, поради което ежегодно и броят на заявките плавно нараства. От общия брой анализи на питейни води, извършвани от РЗИ по ДЗК, съответствие с нормите има при 98,67 % от тях.

По ДЗК са извършени общо 226 014 анализа на органолептични, химически и радиологични показатели и резултатите показват несъответствие в 0,75 % от тях.

По микробиологични показатели през 2010 г. са извършени 50 035 анализи в рамките на ДЗК, като процентът на несъответствие е 4,41 % срещу 3,78 % през 2009г. Продължава тенденцията за намаление на общия годишен брой на извършваните микробиологични анализи, в резултат на мерките срещу практиката за извършване на излишно голям брой изследвания в предишните години.

Все още в периодичния мониторинг не са обхванати всички химически показатели, главна причина за което са силно ограничените аналитични възможности на водоснабдителните фирми и ограничените такива на РЗИ.

По мониторинга на питейните води през 2010 г. са регистрирани наднормени концентрации по показателите със здравно значение нитрати, хром, флуор, арсен.

Най-висок процент на несъответствие на анализиранияте проби през 2010г. по показател нитрати е регистриран в областите Велико Търново (14,81 %), Русе (11,61 %), Ямбол (11,57 %), Разград (11,14 %), Търговище (7,79 %), Добрич (7,68 %), Пловдив (7,63 %), Хасково (6,75 %), Плевен (6,39 %), Шумен (6,31 %). Запазва се картината от предишните години – преобладават отклонения в ниския диапазон 50-100 мг/л в около 85 % от случаите. Високи стойности над 150 мг/л се срещат само в отделни малки водоснабдителни системи и честотата им не надвишава 2-3 % от случаите

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Все още в периодичния мониторинг не са обхванати като обхват и честота всички химически показатели, главна причина за което са недостатъчните лабораторни аналитични възможности на водоснабдителните предприятия.
- Недостатъчно ефективна е координацията и взаимодействието между държавните институции (МЗ, МОСВ, МРРБ, МЗХ), водоснабдителните дружества и всички заинтересовани страни с цел изпълнение на изискванията за достъп на цялото население до чиста и безопасна питейна вода, заложено в директива 98/83/ЕС.
- Системните отклонения в микробиологичното качество на питейната вода се повтарят ежегодно в едни и същи области, с малки промени.
- Изразена е трайна тенденция към понижаване на относителния дял на населението експонирано на нитрати, хром и флуориди чрез питейната вода.
- Проблемът с нитратното замърсяване на питейните води очевидно не може да бъде решен само от водоснабдителните дружества, които следва да бъдат подпомогнати чрез разработване и финансиране на регионални програми с участие на отговорните ведомства (МРРБ, МОСВ, МЗХ, МЗ).
- Необходимо е разработване и прилагане на адекватна програма за мониторинг на пестициди в съответствие с изискванията на нормативната уредба за питейни води.
- Предприемане на ефективни мерки за постигане на стратегическата цел на Директива 98/83 ЕС за осигуряване на питейна вода, отговаряща на всички изисквания за безопасност и качество в РБългария.

1.1.3. Шум

Шумът е значителен риск за общественото здраве и въздействието му върху населението се увеличава, в сравнение с други стресови фактори на средата.

В страната са хармонизирани директиви 2002/49/ЕО (контрол и управление на шума в урбанизирана среда) и 2003/10/ЕО (защита на работещите от въздействие на шум) чрез действащия Закон за защита от шума в околната среда и наредби регламентиращи допустимите шумови нива в околната и работна среда.

От 2006 г. функционира Националната система за мониторинг на шума в околната среда, провеждан от РЗИ (през 2010 г. РИОКОЗ). РЗИ представят данни от проведените през 2010 г. Контролни измервания на градския шум в общо 696 пункта. Данните отразяват шумовите нива, създавани главно от транспорта в 35 града на страната. (Табл. 5).

Табл. 5. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р. България в периода 2006-2010 г.

Година	Общ брой пунктове	Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони, в брой						
		под 58 dB(A)	58-62 dB(A)	63-67 dB(A)	68-72 dB(A)	73-77 dB(A)	78-82 dB(A)	над 82 dB(A)
2006	527	74	95	172	144	39	3	0
2007	710	128	116	189	216	59	2	0
2008	726	130	130	207	189	65	5	0
2009	727	140	118	227	191	51	0	0
2010	696	145	108	223	170	50	0	0

Източник: РЗИ

Табл. 6. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р. България в периода 2006-2010 г. (%)

Година	Общ брой пунктове	Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони в %						
		под 58 dB(A)	58-62 dB(A)	63-67 dB(A)	68-72 dB(A)	73-77 dB(A)	78-82 dB(A)	над 82 dB(A)
2006	100%	14.04%	18.03 %	32.64 %	27.32%	7.40%	0.57%	0.00%
2007	100%	18.03%	16.34 %	26.62 %	30.42%	8.31%	0.28%	0.00%
2008	100%	17.91%	17.91 %	28.51 %	26.03%	8.95%	0.69%	0.00%
2009	100%	19.26%	16.23 %	31.22 %	26.27%	7.02%	0.00%	0.00%
2010	100%	20.83%	15.52 %	32.04 %	24.43%	7.18%	0.00%	0.00%

Източник: РЗИ

Извършените измервания показват в 481 от контролните пунктове превишение на допустимите шумови нива, като процентното съотношение от 2009 година се запазва.

Нивата на шума в характерния за страната диапазон 63-67 dB(A), се е увеличил с 0.82%, в диапазона 68-72 dB(A) са намалели с 1.84%. Това е много слабо изразена положителна тенденция, дължаща се на намаляването на шума в 4 контролни пункта като стойностите не променят статистическите данни.

С 1,57% са нараснали случаите на най-ниските шумови нива под 58 dB(A) в сравнение с 2009 година. Положителен факт е отсъствието през 2010 г. на високи стойности В диапазона 78-82 dB(A).

Неблагоприятно е задържането на високите шумови нива в диапазона 68-72 dB(A) в Пловдив, Варна, Русе, Бургас, Стара Загора, Велико Търново, Габрово, Сливен, Дупница. Градовете София, Пловдив и Варна остават лидери по рискова шумова експозиция на населението, обусловено от голямата плътност на застрояване и гъстота на обитаване, наличието на голям брой градски магистрали, разположени в близост до жилищната територия

Действията по установяване на акустичен комфорт и избягване на здравния риск включват добра организация на транспорта, пътната инфраструктура, начина на застрояване и организация на териториите, създаване и поддържане на “тихи зони” и зони, подлежащи на усилен шумова защита, прилежащи към детските, здравните и учебните заведения, жилищата и местата за отдих и възстановяване.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Данните понастоящем не позволяват да се направи оценка на шума в пунктове в „тихи зони”, особено подлежащи на шумова защита (към детски, здравни и учебни заведения, жилища, места за отдих и рекреация).
- Необходима е периодична актуализация на пунктовете за измерване на шума с оглед динамичните промени в архитектурно и инфраструктурно отношение.
- Необходими са съвместни действия с Инспекциите по труда в страната по отношение на данните и риска, свързан с шума в работна среда, който не е предмет на контрол от страна РЗИ.
- Има необходимост от арбитражно/референтно звено за разработване и въвеждане на методи, провеждане на обучение и проверка за компетентност на лица с права да измерват.
- НЦОЗА трябва да има основна роля при оценка на шумовото въздействие върху населението и работещите, като поддържа национален регистър на шумовите нива в околната и в работната среда, при арбитражни измервания (като референтно звено).

1.1.4. Нейонизиращи лъчения

В НЦООЗ до 2009 г. функционира система за регистриране на източници на електромагнитни полета (ЕМП) (вкл. на базовите станции в страната), данни от които се предоставят на МЗ и РЗИ. Националният регистър в настоящия момент не може да бъде поддържан, поради липса на нормативно основание данните от измерванията при въвеждане на нови източници на ЕМП да бъдат предоставяни централизирано в НЦОЗА. Едновременно с това, данните от измерванията, извършвани от различни органи за контрол в страната, не предоставят адекватни и проследими резултати, поради липсата на изисквания за периодична оценка на компетентността.

Извършените измервания от НЦОЗА през 2010 г. обхващат следното: 244 броя базови станции за мобилна комуникация; 10 подстанции за високо напрежение, трафопостове и електропроводи; 10 слънцезащитни кремове и продукти; 15 източници на оптично лъчение – лазери и лампи; ЯМР, електродъгови пещи, офиси, жилищни помещения. Установено е, че наднормени стойности се откриват при почти всички източници на оптично лъчение и при около 3% от източниците в останалата част на електромагнитния спектър.

Експертните оценки на източници на нейонизиращи лъчения, извършени от НЦОЗА, възлизат на 1088 базови станции, 29 радио и ТВ станции, 25 по електробезопасност и други.

Проектът за промени в Закона за здравето, както и на Наредбата за защита на населението от електромагнитни полета, все още е в етап на дискусия в страната. Въпреки че в Закона за здравето източниците на НЙЛ са категоризирани като обекти с обществено предназначение, все още не се извършва контрол върху тяхното разпространение.

През 2010 г. продължи да действа програма за комуникация на риска съвместно с трите мобилни оператора, със специалисти, с представители на местната администрация и населението и в присъствието на медиите. Проучването на НЦОЗА по отношение на страховете на населението от ЕМП от базови станции за мобилна комуникация показва, че те в по-малка степен се дължат на страхове за здравето, а в повечето случаи - на други причини. Подобни резултати са получени в повечето европейски страни, доказващи превеса на ползите спрямо здравните проблеми, акцентирани от обществото.

През 2010 г. е транспонирана *Директива 2006/25/ЕС за минималните изисквания за осигуряване на здравето и безопасността на работещите при рискове, свързани с експозиция на изкуствени оптични лъчения* с въвеждането на Наредба № 5 (ДВ, бр.49/2010). Изследванията на работни места при източници на оптични лъчения в медицински заведения (дерматология и физиотерапия), показват нива на облъчване на персонала над граничните стойности.

Наличната апаратура в РЗИ не е използвана в течение на много години, поради липсата на специалисти с подходящо образование и ниска компетентност за този вид контрол, освен при единични случаи.

В нашата страна все още не е организиран също и контрола на източниците на оптични лъчения за защита на здравето на работещите. Липсва измервателна апаратура и обучени специалисти за осъществяване на контрола.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ:

- Необходимо е хармонизиране на националното законодателство за нейонизиращи лъчения с изискванията на ЕС и СЗО: граничните стойности на ICNIRP, Препоръка 1999/519/ЕС и Директива 2004/40/ЕС, като минимални изисквания с прилагане на предупредителния подход.

- Необходимо е да се оторизира една институция (НЦОЗА) като референтен методологичен и обучителен център, както и да се подберат РЗИ, които да разполагат с необходимата апаратура, специалисти и компетентност, за осигуряване на контрола на нейонизиращи лъчения в страната;
- За създаване на национален регистър е необходимо централизиране на въвеждането на данни за източниците на ЕМП;
- Да продължава прилагането на разработената и действаща Комуникационна програма за защита на населението от нейонизиращите лъчения.

1.1.5. Безопасност на храните

Държавният здравен контрол на МЗ по безопасността на храните през изминалата година е бил ориентиран към изпълнение на Националния план за действие храни и хранене и Националната здравна стратегия. Общият брой на обектите, подлежащи на контрол от отдели „КХОХ” на РЗИ за страната е 130 827, с извършени общо 265 227 проверки, които са повече в сравнение с предходните две години. При контрола е прилаган подход за извършване на оценка на риска в началото на отчетния период, с последващо адекватно планиране на броя проверки, с най-висока кратност в обектите оценени като най-рискови и опасни за общественото здраве.

Химични замърсители и микотоксини в храни

Мониторингът на основните химични замърсители и добавки в храните е извършван в обем предварително планиран от МЗ. Контролът е осъществен в съответствие с националното и европейско законодателство в областта на безопасността на храните. През 2010г. общо анализирани проби в неживотински продукти са изследвани за съдържание на нитрати, токсични елементи, пестицидни остатъци, хранителни добавки и микотоксини.

Табл. 7. Мониторинг на химични замърсители и микотоксини в храни за 2010 г.*

Вид на замърсителите	Брой изследвани проби
Нитрати /марули, салати, спанак, картофи, детски храни/	2 008
Токсични елементи (в зърнени, ябълки, варива, картофи, спанак, кореноплодни и продукти от преработката им)	1 123
Пестицидни остатъци	519
Хранителни добавки – подсладители, консерванти, оцветители	1 224
Микотоксини	712

Източник: МЗ

Констатации:

- Концентрации над пределно допустимите нормативни изисквания за хранителни добавки се доказва при 5.47 % от анализирани проби.
- Най-често срещаните отклонения са при категориите хранителни добавки: подсладители (захарин, аспартам, ацесулфам), консерванти (бензоена и

сорбинова киселина), неразрешени оцветители в зеленчукови консерви и безалкохолни напитки.

- Отклонения в съдържанието на микотоксини се установява в 0,42 % от анализирани проби.
- Регистрираните отклонения при анализите за микотоксини са по отношение на фумонизин, охратоксин, афлатоксин В₁ и общо съдържание на афлатоксини.
- Не са установени отклонения от нормативните изисквания в съдържанието на тежки метали, нитрати и пестицидни остатъци на анализирани проби.

Генетично модифицирани организми в храни

Министерство на здравеопазването чрез 28-те РЗИ контролира продукти в търговската мрежа, производствата и внос от митницата като компетентен орган по Регламент ЕО 1829/2003²⁵ отнасящ се до генетично модифицираните храни. Честотата на проверките се определя от годишния план за ДЗК на министерството. Броят и видът на пробите се уточняват след консултиране с оторизираните за системата на МЗ аналитични лаборатории за анализ на генетично модифицирани храни (лаборатории в НЦОЗА и СРЗИ).

Във връзка с промяна в Закона за храните и чувствителността на обществото към ГМО, през 2010 г. МЗ определя завишен мониторингов план, в който са включени бебешки и детски храни, ориз и оризови продукти. Анализирани са общо 670 проби от търговската мрежа, внос и българско производство (планирани 550), които са пробонабирани от 28-те РЗИ и насочвани към оторизираните две аналитични лаборатории в НЦОЗА и СРЗИ.

Констатации:

- При 17 от анализирани проби (2.5%) е отчетено съдържание над граничната стойност 0.9 % на ГМО разрешени за търговия в Европейския съюз.
- При установено наличие на разрешен ГМО материал над нормата от 0.9 % и при липса на етикетиране са предприети предписания/действия съгласно Закона за храните и подзаконовите нормативни документи от страна на компетентните органи (МЗ, МЗХ).
- Не са установени положителни проби за наличие на неразрешени ГМО в анализирани проби от ориз и оризови продукти (Bt 63)²⁶, лен и ленини продукти (Trifid CDC), налагащи предприемане на уведомителни действия до страните – членки чрез RASFF - система за бързо известяване за храни и фуражи.
- Разработени са информационни материали, достъпни на сайта на МЗ и НЦОЗА, насочени към населението, производителите и търговците по отношение на регулиране, етикетиране и контрол на ГМО в храни.

1.1.6. Йонизиращи лъчения

Основното облъчване на населението е от естествения радиационен фон и България е една от страните със средни показатели. Годишната ефективна доза от естествената

²⁵ РЕГЛАМЕНТ (ЕО) №1829/2003 НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И СЪВЕТА относно генетично модифицираните храни и фуражи

²⁶ 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)

радиоактивност на атмосферния въздух, почви, питейни води и храни е 2,33 mSv/a. Тя е близка до приетата от НКДАР/ООН средна стойност за света: 2,42 mSv/a.

Голям дял от облъчването на населението се дължи на медицинското облъчване. Важен проблем е състоянието на радиологичната апаратура. Около 72 % от най-масова та рентгенова апаратура у нас е на възраст над 20 години, а 24 % от уредбите са произведени преди повече от 30 години. Липсват важни функции за осигуряване на качествени образи и за гарантиране безопасността на пациентите и персонала. Държавният здравен радиационен контрол през 2010 г. 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.). Той се осъществява на цялата територия на Република България от НЦРРЗ и отделите по Радиационен контрол към РЗИ Бургас, Варна, Враца, Пловдив и Русе. През 2010 г. продължи извършването на лабораторни анализи на различни обекти от жизнената (хранителни продукти, питейни води, строителни материали и др.) и околната среда с цел оценка на облъчване на населението. Анализирани са общо 463 проби. Направени са 856 радиохимични, 416 гама-спектрометрични анализи и 903 радиометрични определяния. В различни среди са определяни съдържанието на цезий-137, стронций-90, радий-226, радон-222, естествен уран, обща бета и обща алфа активност, а чрез гамаспектрометричен анализ - съдържанието на гама излъчващи нуклиди с техногенен и/или естествен произход.

Извършена е *тематична проверка* „Спазване изискванията за съдържание на техногенни радионуклиди в диворастващи гъби и плодове, предназначени за вътрешния пазар” – съвместно с НЦРРЗ, РЗИ-Столична, София област, Кюстендил, Благоевград и Перник (9 проверки в обекти за преработка и производство, 11 проверени обекти за търговия). Проверени са 75 артикула диворастващи гъби и 58 артикула диворастващи плодове.

Контролът на факторите на жизнената среда в *бившите обекти на уранодобивната и уранопреработвателната промишленост* следи за възстановяването на околната среда и за намаляване на надфоновото облъчване на населението. Анализирани са 158 проби от околната среда – вода, почви, дънни утайки и растителност, като е определян естествен уран, радий-226 и обща бета активност.

През 2010 г са проверени 100 % от обектите с висок радиационен риск и 55 % от обектите със среден риск. При проверките са *констатирани несъответствия* с Наредба № 1 от 1999 г. за норми за целите на радиационна защита и безопасност при ликвидиране на последствията от урановата промишленост в Р. България. Установени са отворени или разбити щолни, което е предпоставка за облъчване и за пропадане на хора и животни в тях. С цел защита здравето на населението, живеещо в района, са уведомени „Екоинженеринг-РМ” ЕООД (дружеството отговорно за организацията и контрола на дейностите по техническата ликвидация и рекултивация на обектите) и кметовете на общините. Изготвени са препоръки за предприемане коригиращи действия от съответните компетентни лица и организации. Извършени са проверки по сигнали - в гр. Кюстендил, гара Курило, „ДИАЛ” ООД.

В изпълнение на заповед № РД15-2688/2008 г на министъра на здравеопазването за *специализиран радиационен контрол върху фактори на жизнената среда в района на АЕЦ Козлодуй* е извършван контрол в наблюдаваната зона и зоната на факела, както и оценка на допълнителното надфоново облъчване на

критични групи от населението. За оценка на въздействието на газ аерозолните изхвърляния се контролират обекти от сухоземната екосистема и екосистемата на вътрешните реки. Въздействието на течните отпадъци се оценява по резултатите от контрола на р. Дунав. Взети са и анализирани проби води, дънни утайки, почви, растителност, атмосферни отлагания и риба от пунктове, разположени в областите Монтана, Враца и Плевен (118 проби, 388 анализа). Двукратен радиационен контрол е извършен и върху факторите на жизнената среда в района на „ПХРАО – Нови хан” към ДП „РАО” – анализирани са проби води, дънни утайки, почви, растителност от пунктове, разположени в с. Нови хан, с. Крушовица и с. Габра (17 проби, 63 анализа) както и на района на *Ядрената научно-експериментална база към ИЯИЯЕ – БАН* (6 проби, 12 анализа).

През 2010 г. продължи проучването на концентрацията на радон в сгради в райони с повишен радонов риск с дългосрочни измервания, за срок от 6 месеца. Определената средна мощност на дозата гама лъчение в помещенията е 0.15 $\mu\text{Sv/h}$. Резултатите за равновесната еквивалентна концентрация на радон варират от 50 до 680 Bq/m^3 , като в 14 % от измерваните къщи равновесната еквивалентна концентрацията на радон е над препоръчителното ниво от 250 Bq/m^3 за построени сгради, в 9 % от къщите оценената концентрация е близко до него, а в 77 % под препоръчителното ниво. Кумулативни измервания на концентрацията на радон в жилищни сгради са проведени и в София. Не са констатирани стойности доближаващи препоръчителните нива на равновесната еквивалентна концентрация.

В обекти с ядрени съоръжения - постоянен радиационен контрол се извършва на място в АЕЦ „Козлодуй” (мощност на дозата, радиоактивно замърсяване на работни повърхности, радиоактивност на въздуха в обслужвани, полуобслужвани и необслужвани помещения). **Не са установени отклонения от нормативните граници**, съгласно Наредбата за основни норми за радиационна защита. Санитарно-битовото състояние на помещенията в зоната със строг режим и на площадката са на добро ниво в съответствие с нормативните документи.

През 2010 г. е направена тематична проверка в обект СП „ПХРАО – Нови хан” към Държавно предприятие „Радиоактивни отпадъци”. За отстраняване на несъответствията е дадено **предписание за извършване на здравно-радиационни мероприятия**.

Проверки по предварителен контрол са извършени и в обекти от бившата *уранодобивна и уранопреработвателна промишленост* - обект „Искра”, с. Кътина, район Нови Искър и в землище на с. Елешница, общ. Разлог.

Проверки в обекти с ИЙЛ: През 2010 г. са осъществени следните проверки:

Табл. 8. Проверки в обекти с източници на йонизиращи лъчения

Видове обекти	Брой обекти	Планирани проверки (брой)	Извършени проверки (брой)
Първа степен на сложност	34	102	102
Втора степен на сложност	52	104	104
Трета степен на сложност (от тях медицински рентгенови кабинети)	1185 (591)	1185 (591)	1101 (591)
ОБЩО	1271	1391	1307

Източник: НЦРРЗ

Издадени са 18 бр. предписания с мероприятия за подобряване на радиационна безопасност на персонал и пациенти.

Извършени са 51 огледа по предварителния здравно-радиационен контрол за одобряване на терени (площадки) за изграждане на обекти, работещи с ЙИЛ и са издадени 51 хигиенни заключения с положително становище и 28 становища за комисии за въвеждане в експлоатация на обекти с ИЙЛ. Изготвени са 402 санитарни заключения по документация на обекти за издаване на лицензия за използване на ИЙЛ за медицински цели, съгласно чл. 60, ал. 2 от ЗБИЯЕ. Въведени в експлоатация са общо 52 обекта, използващи ИЙЛ за медицински цели. По реда на Наредба № 9/2005 г, всички лицензирани обекти са включени в публичен регистър на обектите с обществено предназначение, контролирани от регионалните здравни инспекции.

МЗ изготви представителна за страната програма за тематична проверка на търговията с облъчени храни. Съгласно изготвения график от РЗИ са взети 165 целеви проби от различни видове храни.

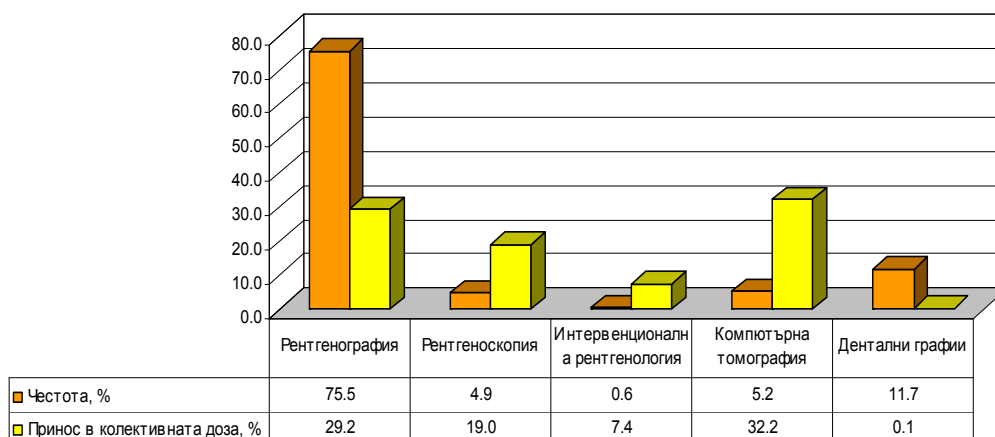
Извършени са и проверки на седем търговски вериги в София. Не са установени етикетирани облъчени храни.

Обработени са общо 224 проби, от цялата страна, като изследваните храни са около 300. Установени са **облъчени 10 храни от внос**. Резултатите са предоставени на съответните РЗИ, както и предписание за необходимите мерки.

Здравния мониторинг на лицата, работещи в среда на йонизиращи лъчения се провежда от НЦРРЗ - единственото звено по превантивна радиационна медицина и радиационната патология в България. Поддържа се регистър на диспансерно наблюдаваните лица, на лицата участвали в радиационни инциденти, на трайно и временно противопоказаните за работа, както и на лъчевоувредени пациенти.

Изградена е *републиканска система за индивидуален дозиметричен контрол*. Медицинското облъчване съставлява около 85% от надфоновото облъчване на българското население. През 2010 г. беше направена нова оценка на лъчевото натоварване на населението в България. Общата колективна доза от рентгеновите изследвания е оценена 420 mSv на 1000 души от населението и е по-голяма от тези във Великобритания (331 mSv), и Финландия (346 mSv), но е съизмерима с тази в Дания (455 mSv), Литва (467 mSv), Холандия (477 mSv) и Швеция (591 mSv), и е значително по-ниска от колективната доза в Норвегия, Франция, Исландия, Швейцария, Белгия и Германия, варираща в тези държави от 943 mSv до 1522 mSv. Обобщените резултати от оценката на колективната доза по основни групи изследвания са представени на Фиг.16.

Фиг. 16. Обобщени резултати от оценката на колективната доза по основни групи изследвания



Източник: НЦРРЗ

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Съществуват проблеми, свързани с дейности, предимно в райони на предприятия от закритата уранодобивна промишленост, където все още не е завършена техническата и биологична рекултивация.
- Нивата на радон в сгради са по високи от препоръчаните от ЕС.
- При проучвания е установено, че средната стойност за концентрация на радон в сгради е $22 \pm 2,3$ Вq/m³, а среднопретеглената годишна ефективна доза, дължаща се на инхалирането на радон за българското население, се оценява на 1,22 mSv/a.
- Проблемно е състоянието на радиологичната апаратура (24 % от уредбите са произведени преди повече от 30 години) и липсват важни функции за осигуряване на качествени образи и за гарантиране безопасността на пациентите и персонала.

1.1.7. Трудова среда и здраве на работещото население

Условията на труд у нас се различават от тези в страните от ЕС²⁷ по характеристики, които в значителна степен обуславят нивото на най-важните индикатори за здравето на работещите: по-висока заетост на работещите в рискови сектори, по-висок дял изложени на рискове за здравето и безопасността на работното място; по-висок дял на работещи в условия на стрес при работа; по-ниска информираност на работещите за рисковете за здравето и безопасността при работа.

През 2010 г. са регистрирани общо 3 025 трудови злополуки (ТЗ), от които 94 със смъртен изход, а 22 - с изход инвалидизация. Загубените календарни дни са 158 324²⁸(Фиг.19) .

Разпределението на общ брой, смъртни и с изход инвалидизация ТЗ показва, че и през 2010 г. най-висок брой ТЗ са регистрирани в строителството.- общия брой на ТЗ в строителството е 270 случая, следват добивна промишленост (194) и сухопътен транспорт - 150 броя. Най-висок брой ТЗ със смъртен изход са

²⁷ <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/index.htm>

²⁸ Информационна система за трудовите злополуки на Националния осигурителен институт, www.noi.bg

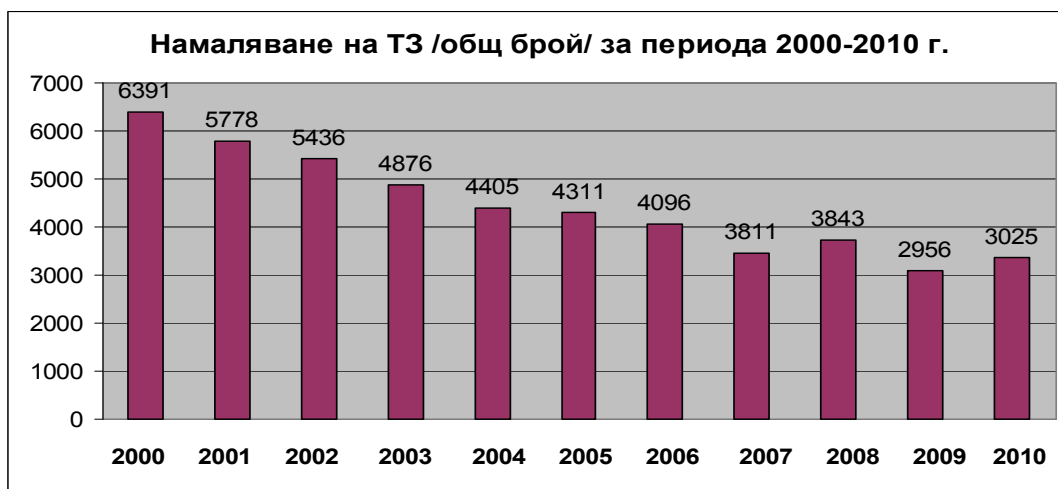
регистрирани в строителството - 24, следвани в сектор селско и горско стопанство - 8 и по 7 в добивната промишленост и сухопътния транспорт.

Общият брой на регистрираните ТЗ по Териториалните подразделения (ТП) на НОИ е най-висок в София-град (962), Варна (304), Пловдив (278), Ст. Загора (176), Бургас (131), Русе (106), Шумен (91), Благоевград (82), В. Търново (80), София – окръг (78) и Смолян (78). Най-висок брой ТЗ със смъртен изход са регистрирани в София-град (27), Варна (9), Пловдив (7), Русе (7) и Стара Загора (7). Висок е дялът на ТЗ със смъртен изход спрямо общия брой ТЗ в Хасково – 8,33% (3 от 36), Смолян – 7,69 % (6 от 78), Русе – 6,6 % (7 от 106), Кюстендил – 6,25 (2 от 32) и Добрич – 6,12 % (3 от 49) в сравнение общо за страната - 3,1 % (94 ТЗ със смъртен изход от общ брой 3025 ТЗ).

Сравнителният анализ показва, че след въвеждането на превантивните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа (ЗЗБУТ /1997 г.), общият брой на ТЗ (Фиг. 17) и броят изгубени календарни дни намаляват (Фиг.19). До 2008 г. вкл. се наблюдава тенденция за увеличаване на броя на смъртните ТЗ (Фиг. 18). За първи път през 2009 г. броя на смъртните ТЗ намалява рязко, което е в съответствие с тенденцията в страните от ЕС за намаляване на общия брой на ТЗ, на тези със смъртен изход и трайна неработоспособност в резултат от превантивните дейности на работното място. През 2010 г. се наблюдава леко повишение на общия брой ТЗ (1,02 и на ТЗ със смъртен изход (1,03%) в сравнение с 2009 г., но в дългосрочен план тенденцията за понижаване броя на ТЗ и ТЗ със смъртен изход се запазва.

Положителните промени в индикаторите за здраве при работа определено са свързани с промените в Националното законодателство съответстващо на целите и приоритетите на Стратегията за безопасност и здраве при работа 2008 – 2012 и изпълнение на Националната програма за безопасност и здраве при работа - 2010 г.

Фиг. 17. Динамика на ТЗ (общ брой) за периода 2000-2010 г. ²⁹



Източник: НОИ

²⁹ Информационна система за трудовите злополуки на Националния осигурителен институт, www.noi.bg

* Данните за ТЗ на НОИ до 2008 г. включително са окончателни, а за 2009 и 2010 г. – предварителни, актуални към 04.01.2011 и 11.01.2011 г. респективно.

Фиг. 18. Динамика на ТЗ със смъртен изход за периода 2000-2010 г.³⁰



Източник: НОИ

Националното законодателство в областта на безопасността и здравето при работа съответства на правото на Европейската общност. Със Закона за здравословни и безопасни условия на труд (ЗЗБУТ) /1997 г. и подзаконовата нормативна уредба 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). Към 28.07.2011 общият брой на регистрираните служби по трудова медицина е 470 срещу само 212 специалисти по трудова медицина (напр. във Финландия са 2 349), а една трета от общия брой са обучавани след въвеждането на хармонизираната с европейските изисквания Програма за СДО по трудова медицина, респ. един специалист по трудова медицина е регистрирал повече от една СТМ.

Фиг. 19. Общ брой на загубените календарни дни за периода 2000 – 2010 г.



Източник: НОИ

³⁰ Изт.: НОИ-Информационна система за Трудовите злополуки

* Данните за ТЗ на НОИ до 2008 г. включително са окончателни, а за 2009 и 2010 г. – предварителни, актуални към 04.01.2011 и 11.01.2011 г. респективно.

Осигурените лица през 2010 г. (по данни на НОИ към 15.02.2011 г.) са 2 659 617 и съответно един лекар със специалност трудова медицина се очаква да обслужва средно по 12 545 лица. Това води до намаляване на медицинската същност на дейността на СТМ, което противоречи на европейските изисквания и на препоръките на СЗО. Тези факти поставят под съмнение нивото на предоставяните трудово-медицински услуги.

Резултатите от контролната дейност по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд³¹ в редица случаи показват *частично или формално изпълнение* на ЗЗБУТ от страна на работодателите и 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, недостатъчна превантивна култура у работещите, недостатъчна информираност и обучение по здраве и безопасност при работа.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Общият брой на трудовите злополуки, на изгубените календарни дни съществено намаляват, а от 2009 г. и злополуките със смъртен изход.
- Резултатите от контролната дейност по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд все още са далеч от практиката в страните от ЕС, чести са случаите на частично или формално изпълнение на ЗЗБУТ както от страна на работодателите, така и от службите по трудова медицина.

1.1.8. Надзор на заразните заболявания – Международни здравни правила

В условията на разпространение на някои екзотични тропически заболявания и зоонози в нови територии и конкретно на Европейския континент (Западно нилски енцефалит, Малария, 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.³² 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. В рамките на тежки бюджетни ограничения, бяха изпълнени част от предвидените в програмата мерки.

В страната е изградена система за граничен здравен контрол, основаваща се на изградени постоянни и функционални звена за граничен контрол.

Поддържа се висока квалификация на работещия персонал на национално и регионално ниво в системата на епидемиологичния надзор относно прилагането на Международните здравни правила.

³¹ ИА „Главна инспекция по труда“ – Годишни доклади за дейността на ИА „ГИТ“, 2010 г.

³² 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.

1.2. Промоция на здравето и профилактика на болестите

Значителна част от планираните за 2010 г. дейности по национални и регионални програми, насочени към промоцията на здравето и профилактиката на болестите не са реализирани, поради липсата на финансиране на повечето от тях.

Основни изпълнители по програмите са РЗИ и НЦОЗА.

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

Програмата се реализира от всички РЗИ в страната. НЦОЗА участва в реализирането на 25 дейности, от които 11 са финализирани напълно, а 14 - частично. Реализираните дейности се отнасят до факторите на жизнената среда и са свързани с изследване на води, въздух, нейонизиращи лъчения, шум: създадена е интернет базирана информационна система за качеството на питейните води; в процес на разработване е информационен материал за замърсителите на въздуха в затворени помещения и потенциалния риск за здравето на населението; разработени са методи за измерване и оценка на УВ-лъчения и ЕМП в работна среда; осъществени са дейности за комуникация и управление на риска от въздействието на ЕМП върху населението; изготвяне на национален доклад за шума в населените места, обхванати с мониторинг и др. Реализирани са частично и дейности, включени в раздела „Детско здраве-околна среда”: анализ на данните от проведените анкетни проучвания за оценка на хигиенните практики, познанията, нагласите и уменията на деца и родители по отношение на личната хигиена; оценка на здравния риск от въздействието на УВ радиация чрез анализ на ефектите върху възрастно население като резултат от експозицията на УВ радиация в детска възраст; проучване на здравния риск от злокачествени образувания на кожата в средната и горната училищна възраст и разработване на географска карта на риска в България.

През 2010 г. са реализирани дейности и от НЦРРЗ: определяне съдържанието на естествени радионуклиди (уран, радий, торий и разпадните им продукти) от обекти около бившия уранодобив; проучване на здравословното състояние на персонала от АЕЦ Козлодуй с оглед установяване влиянието на радиационния фактор; биомониторинг на рискови групи население, живеещо около обекти на ядрената енергетика, с оглед ранното откриване на индивиди с повишен риск за злокачествени заболявания и провеждане на необходимите профилактични действия; постоянно наблюдение на параметрите на околната среда в района на АЕЦ Козлодуй с цел оценка на дозовото натоварване на населението; проследено е съдържанието на техногенни радионуклиди в организма при деца, живеещи в района на АЕЦ Козлодуй.

В рамките на програмата за 2010 г. са реализирани дейности, насочени към определени рискови фактори на околната среда, разработени са информационни материали и са проведени кампании за повишаване информираността на рискови групи от населението.

- ***Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ) 1999-2010***

Програмата се реализира в 9 демонстрационни зони: В. Търново, Видин, Габрово, Добрич, Кърджали, Ловеч, Русе, Ст. Загора и Ямбол. Всички дейности по програмата през 2010 г. са осъществени от екипите и партньори на програмата с активното участие на специалисти от РИОКОЗ. Реализирани са редица съвместни дейности със структури на здравната мрежа (МБАЛ, МЦ, ДКЦ, ОПЛ, СМП, МУ, БЧК, диспансери). Проведени са множество инициативи: кампании, световни и международни дни, насочени към профилактиката и лечението на сърдечносъдовите и психичните заболявания, хроничната обструктивна белодробна болест, диабета,

онкологичните заболявания, популяризирането на здравословното хранене. В рамките на тези мероприятия са извършени безплатни прегледи за рак на гърдата, измервания на артериалното налягане, теглото и ръста, кръвната захар, костната плътност, както и обучение на високорискови групи от населението – лица прекарвали инфаркт на миокарда и мозъчен инсулт, хипертоници, диабетици и др.

За изграждането на капацитет за работа у медицинските специалисти и партньорите по програмата през 2010 г. са проведени над 300 курсове и семинари. В зоните са проведени 75 кампании, посветени на контрола на хроничните неинфекциозни болести и факторите на риска за тях, свързани с начина на живот на населението; отбелязани са 61 тематични, световни и международни дни и празници; организирани са походи, шествия, концерти, изложби и други инициативи, насочени към промяна в поведението на населението за здраве.

Продължава доброто сътрудничество с местната законодателна и изпълнителна власт (*Общински съвет и Община*) за развитието на програмата и осъществяването на дейностите ѝ. Полезна е работата на създадените *Обществените коалиции за здраве (ОКЗ)*. Стабилни партньори на екипите на програмата остават местните средства за масова информация. Продължава да се развива партньорството с НПО, с представители на фармацевтични фирми, сдружения и съюзи (на инвалидите, диабетиците, слепите), производители на храни, туристически дружества, ученически клубове.

Реализацията на програма СИНДИ води до положителни промени в поведението на населението за здраве в зоните.

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

През 2010 г. са реализирани дейности по програмата с активното участие на РИОКОЗ в страната. Към Програмата са разкрити Национална линия за отказ от тютюнопушене 0700 10 323, член на Европейската мрежа на линиите за отказ от тютюнопушене, и интернет-страница www.aznepusha.bg за консултиране на гражданите за вредните последици от тютюнопушенето, за методите за отказ от тютюнопушене и къде могат да получат квалифицирана помощ - безплатна или платена.

През 2010 г. е проведен поредният Международен конкурс за детска рисунка „Не на цигарите!“ (1 590 рисунки от цялата страна). За втора поредна година се провежда Националният ученически конкурс „Проектът на нашия клас – за живот без тютюн 2” в три възрастови групи. През учебната 2009/2010 г. с проекти са участвали 2 350 ученика с 92 учители. МЗ, съвместно с МОМН, Столична община и др. обявиха Национален ученически конкурс на тема „Моят графит – за живот без тютюн”.

За повишаване на ефективността на контрола по спазване на забраните и ограниченията на тютюнопушенето са закупени за всички РЗИ газдетектори за измерване на въглеродния монооксид в затворено помещение, чрез което се повишават възможностите за формиране на законодателна култура у гражданите за опазване на тяхното здраве. През 2010 г. РЗИ са издали общо 764 броя предписания, разпоредени са 103 720 наказателни постановления на физически и юридически лица. Общо са проверени 200 468 обекта в страната. РИОКОЗ са провели множество дейности по ограничаване на употребата на тютюневите изделия сред населението чрез информиране за вредите от тютюнопушенето и последствията му върху качеството на живот. Към РИОКОЗ продължават ефективно да работят Консултативни кабинети за отказ от тютюнопушене. В тях консултанти, получили обучение от лектори от Европейската мрежа на линиите за отказ от тютюнопушене

са консултирали през годината 2 470 български граждани от страната как да откажат употребата на тютюневите изделия.

На МЗ е предоставен безплатен щанд на Международното специализирано изложение-базар „АЛЕЯ НА ЗДРАВЕТО”. Извършени са безплатни консултации за мотивиране на гражданите за отказ от тютюнопушене; безплатно измерване нивото на въглероден монооксид в издишания въздух от пушачи; раздадени са множество листовки и дигляни. Проведени са две кампании: за отбелязване на Световният ден без тютюн на 31 май с мото: „Жените в прицела на тютюневата индустрия” и кампания за отбелязване на Международния ден без тютюнопушене с мото „Ден без тютюн за благотворителен бум!”.

През 2010 г. в рамките на програмата са извършени дейности с продължителен отзвук, с цел предотвратяване болестите, свързани с тютюнопушенето и осигуряване по-високо качество живот на българските граждани.

Разработен е проект на Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето 2011–2015 г.

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

През 2010 година с участието на РИОКОЗ в страната са реализирани дейности по Националния план: организирани и проведени са 54 масови мероприятия и 56 семинари; изнесени са 520 лекции и беседи; разпространени са 48 785 здравно-информационни материали; издадени са нови 30 заглавия с общ тираж 26 180 броя; реализирани са 281 ТВ и 280 радиопредавания.

Извършена е тематична проверка от РИОКОЗ в ученическите столове във връзка с установяване спазването на изискванията на Наредба №37 на МЗ от 2009 г. за здравословно хранене на учениците (обн., ДВ. бр. 63 от 2009 г.). Издадени са 199 предписания, съставени са 23 акта и са издадени 17 наказателни постановления.

Изготвен е Проект на Наредба за здравословно хранене на деца на възраст 3–7 години в детски заведения. От НЦООЗ са разработени различни подходи и практики за утвърждаване на модел на здравословно хранене в семействата и в училищата, чрез организиране на дейности, свързани с гарантиране на здравето на децата чрез ранна превенция на рисковите фактори. Разпространени сред различни възрастови групи от населението са: Препоръки за здравословно хранене на кърмачета, Препоръки за здравословно хранене за деца на 3-6 години в България, Препоръки за здравословно хранене за ученици на 7-19 години в България, Препоръки за здравословно хранене на населението в България на 18-65 години.

В рамките на Националната кампания за здравословно хранене, организирана от Българското дружество по хранене и диететика и НЦООЗ, специалисти по хранене и диететика са провели обучение на ОПЛ и срещи-дискусии с населението в 8 града на страната (София, Варна, Русе, Бургас, Стара Загора, Пловдив, Велико Търново, Благоевград) по въпросите на здравословно хранене с фокус “Препоръки за хранене при деца в предучилищна и училищна възраст, бременни и кърмещи жени.”

В рамките на проект по VII рамкова програма на Европейската комисия „Промоция на консумацията на плодове и зеленчуци при ученици” е разработена и апробирана интервенционна програма за увеличаване консумацията на плодове и зеленчуци при деца. Разработени са учебителни материали, предназначени за ученици, наръчник за учителите, информационни материали за родителите. Стартира програмата ”Училищен плод”, по разработена и приета Национална стратегия и Наредба за прилагането ѝ.

Проведено е Национално проучване на хранителния статус на учениците в България, което има за цел да установи тенденциите в хранителния статус (поднормено тегло, свръхтегло и затлъстяване) при деца в училищна възраст, оценка

на основните рискови фактори, свързани с проблеми в хранителния статус – хранене и физическа активност, оценка на хранителното поведение, свързано с риск за хранителни разстройства при деца над 14 годишна възраст.

- ***Профилактика на йоддефицитните заболявания***

Във връзка с профилактиката на йоддефицитните заболявания са извършени здравно-информационни и здравнообразователни дейности от РИОКОЗ в страната, особено в областите, които са били с ендемично разпространение на йодния дефицит. Усилията са насочени към: населението като цяло, рисковите групи и професионални групи от него. Реализирани са: 16 курсове и семинари, 113 лекции и беседи, 55 видеопокази, 3 масови прояви, 21 ТВ и 40 радио предавания, публикувани са 24 материала в пресата и 17 - в интернет, раздадени са над 25 000 информационни материали.

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

През 2010 г. успешно продължават кампаниите в страната за определяне на личния риск от остеопороза, чрез попълване на „Едноминутен тест за оценка на риска от остеопороза” на Международната фондация по остеопороза и измерване на костната плътност. От РИОКОЗ са организирани скринингови изследвания за костна плътност (остеодензитометрия), които обхващат общо 5 576 жени и мъже. Проведени са скринингови кампании в Благоевград, съвместно с Асоциацията на пациентите с остеопороза и остеоартроза в България. От Центъра по остеопороза в Благоевград са проведени скринингови кампании в 6 населени места, с 312 изследвани лица. През 2010 г. 28-те РИОКОЗ са провели 31 семинара и 20 курса; изнесени са 241 лекции и беседи; проведени са 43 масови прояви; разпространени са 24 436 здравно информационни материали; публикувани са 134 материали в пресата и 94 в интернет.

Разработен е проект на Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България 2011–2015 г.

- ***Дейности по промоция на психичното здраве в Република България***

Със заповед РД 09-164/10.03.2010 е определен нов състав на Националния съвет по психично здраве, като орган координиращ дейностите по Политиката за психично здраве 2006-2012 г. и Националния план към нея.

Представена е концепция на информационна система за стационарна психиатрична помощ и създаване на регистър на лица с рисково поведение вследствие психично разстройство, съгласно изискванията на Закона за здравето. Разработена е програмата за суицидопрофилактика и план за действие към нея със съответните финансови разчети.

- ***Национален план за действие по международната инициатива „Десетилетие на ромското включване 2005-2015 г.”***

През 2010 г. са осъществени значителен брой дейности, насочени към лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства. Извършени са акушеро-гинекологични прегледи и консултации в кабинети (включително и мобилни), действащи в близост до райони с компактно ромско население. Проведени са беседи с подрастващи и млади хора, и с техните родители за начините за предпазване от нежелана и ранна бременност; за опасностите, които крият ранната бременност за майката и бебето; за родствениците и ранни бракове. Проведени са разговори, прожектирани са филми сред ученици от 5-8 клас и младежи, отпаднали

от училище, за спецификата на пубертетния период и полово предаваните болести. Извършени са скринингови изследвания на място в кварталите, населени предимно с ромско население за профилактика, ранно откриване и своевременно лечение на туберкулозата, рака на млечната жлеза и шийката на матката, сърдечно съдови и други характерни за населеното място заболявания.

Активизирана е дейността на медиаторите за издирване на деца без личен лекар и разясняване пред родителите им важността за регистрирането им. Проведени са беседи и разговори с младите майки за значението на имунизациите и мотивирането им за редовното им прилагане, съгласно Националния имунизационен календар. Повишена е информацията на ромското население за здравноосигурителните им права и задължения, и за правата им като пациенти. Периодично са провеждани беседи от здравни специалисти и медиатори за вредата от най-разпространените рискови фактори – тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотични вещества.

Подготвят се нови здравни медиатори. Със съдействието на Национално сдружение на ОПЛ в България, Българското сдружение по ваксинапрофилактика, Националното сдружение на педиатрите и специалисти от извънболничната помощ е проведено първото издание на Академията по ваксинапрофилактика, с акцент върху важността от навременното извършване на имунизациите, разширяване обхвата на имунизираниите и работата сред уязвими групи.

- ***Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0-18 г. в Република България, 2009 – 2014 г.***

Съгласно утвърдения работен план по програмата за 2010 г., са реализирани следните по-важни дейности: подготвено и проведено е Национално епидемиологично проучване за състоянието на оралния статус на деца от три възрастови групи. Целта на проучването е да се установи разпространението на заболяванията на пародонта, зъбната флуороза, зъбночелюстните деформации, разпространението и честотата на зъбния кариес. В проучването са участвали всички 28 РИОКОЗ. Машабното епидемиологично проучване за установяване на оралния статус на деца от три възрастови групи завърши през месец ноември 2010 г. Прегледани са общо 20 160 деца от цялата страна.

Разработени, издадени и разпространени са обучителни материали за профилактика на кариеса чрез здравословно хранене, правилна устна хигиена и профилактика на кариеса чрез силанизирани (запечатване) на дълбоки фисури и ямки. Проведена е конкурсна процедура за изработване на лого и интернет страница на Програмата

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

В изпълнение на стратегията от РЗИ са проведени 7 масови прояви; 27 семинари и курсове; 23 беседи и лекции; 34 видеопокази; 41 медийни изяви (5 ТВ и 14 радиопредавания; 9 информационни материали, публикувани в пресата и 13 - в Интернет); издадени са 2 здравнообразователни материали в 1 200 тираж.

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

През 2010 г. Международният Y-PEER PETRI Център–София е провел 5 обучения в сферата на сексуално и репродуктивно здраве по следните теми: „Театрални техники за обучение на връстници от връстници”, „Обучение за напреднали обучители на обучители на връстници”, „Обучение за разработване и

управление на проекти”, „Обучение по застъпничество” и „Обучение за мобилизация на ресурсите и фондонабиране”. Сертифицирани са 153 млади хора от 21 страни в Региона.

През 2010 г. са проведени и 2 международни срещи, имащи за цел да очертаят посоките на бъдещото развитие и стратегическа роля на Y-PEER PETRI Център–София в Региона на Източна Европа и Централна Азия.

През 2010 г. са създадени и финализирани две онлайн системи за проучване на структурата, капацитета и нуждите на националните Y-PEER мрежи и техните партньори и уеб система за мониторинг и оценка на дейностите на мрежите, които ще стартират през 2011 г.

- ***Национална програма за закрила на детето 2010: Приоритет III: Подобряване здравето на децата***

Извършени са следните дейности: разработена и съгласувана е концепция за реформа на ДМСГД и постепенно заменяне на институционалния модел за грижи с интегрирани междусекторни здравно-социални и образователни услуги в подкрепа на детето и семейството по дадения в плана за действие модел. Създадени са и функционират центрове за ранна интервенция на територията на страната, изградени по различни проекти. На национално ниво, в плана за действие за изпълнение на националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България”, е посочен конкретен модел на интегрирани междусекторни услуги за ранна интервенция, ориентирани към детето и неговото семейство.

През отчетната година са направени промени в нормативните актове на МЗ и МТСП, свързани с повишаване на обхвата на провежданите профилактични прегледи и имунизации; във вътрешните правила на всички 112 лечебни заведения за болнична помощ, в които се оказва родилна и неонатологична помощ, са въведени Правила за организация и дейности по превенция на изоставянето; стартира проект “Слушайте детето”, насочен към подобряване на превенцията и достъпа до услуги на деца и подрастващи, експериментирани и употребяващи наркотични вещества”; използвани са различни подходи и практики за утвърждаване на модел на здравословно хранене в семействата и в училищата; увеличен е броят на издадените медицински експертизи на деца, в сравнение с предходните години, внесени са предложения за промени в процедурата, които предстои да бъдат приети от Народното събрание.

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

В изпълнение на Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИН (2008-2015) и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, през 2010 г. са предоставяни следните услуги и постигнати следните основни резултати:

Със средства от бюджета на МЗ са осигурени съвременни диагностикуми за изследване на ХИВ, вирусни хепатити В и С и сифилис. С оглед гарантиране на безопасността, през 2010 г. са изследвани всички 155 451 кръводарители в страната.

Безплатно от МЗ се предоставя съвременна антиретровирусна терапия на всички нуждаещи се хора, живеещи с ХИВ/СПИН. Към 31.12.2010 г. броят на хората, живеещи с ХИВ/СПИН, които получават антиретровирусна терапия е 383 (осигурена със средства от бюджета на МЗ), а общо 650 лица с ХИВ са регистрирани за проследяване в 5-те сектора за лечение на пациенти с ХИВ.

Със средствата на Глобалния фонд е създаден двумесечен резерв от антиретровирусни медикаменти за лечение на хора, живеещи с ХИВ и СПИН.

Подкрепено е функционирането на Местните координационни офиси по СПИН в 10 общини. С подкрепата на Глобалния фонд са изградени 7 Местни обществени комитети за ХИВ/туберкулоза/сексуално предавани инфекции. Изградени са и функционират 1 национално към НЦЗПБ и 9 регионални звена за второ поколение епидемиологичен надзор на ХИВ към РЗИ.

В кабинетите за безплатно и анонимно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС) през 2010 г. са изследвани за ХИВ 65 492 души. Допълнително 29 763 лица са получили безплатно и анонимно изследване и консултиране за ХИВ или общо 95 255 лица. 5 987 лица, лишени от свобода са достигнати с услуги за превенция на ХИВ.

Функционират 8 центъра, базирани в ромска общност и 12 мобилни медицински кабинета към НПО за представителите на уязвимите групи. 587 лица са обучени за обучители сред представителите на най-уязвимите групи.

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.

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

В изпълнение на Националната програма са постигнати следните основни резултати:

През 2010 г. са разработени и публикувани: актуализиран Медицински стандарт по „Микробиология” и Методично указание за терапевтично поведение при резистентна туберкулоза.

Успешно са въведени трите компонента на системата за външна оценка на качеството на микроскопските изследвания, препоръчани от СЗО. През 2010 г. всички 35 лаборатории (100%), които извършват диагностика на туберкулозата са преминали оценка и по трите компонента.

Поддържа се системата за събиране на индивидуални данни за пациентите с туберкулоза, в съответствие с препоръките на СЗО и изискванията на Европейския център за превенция и контрол на заболяванията, и Национален регистър на пациентите с туберкулоза.

През 2010 г. 1 773 или 67% от всички регистрирани пациенти с туберкулоза са получили консултиране и изследване за ХИВ.

През 2010 г. са проведени 4 национални кампании като броят на обхванатите лица достигна 20 217. С активна туберкулоза и насочени за лечение са общо 181 лица, а с латентна туберкулозна инфекция и провеждана химиопрофилактика са 820 души.

Във всички 15 затвори в страната има изградени самостоятелни стаи за вземане на бронхиален секрет за изследване.

От най-рисковите групи, 16 047 лица са оценени за риска от туберкулоза. Издирени са и 1 149 контактни лица.

България е една от 27-те страни по света с висок приоритет по отношение на мултирезистентната туберкулоза (MDR-TB). За осъществяването на ефективни дейности за диагностика, лечение, грижи и наблюдение на пациентите с MDR-TB и свръхрезистентна туберкулоза (XDR-TB) и техните контактни, в страната се реализираха следните основни дейности:

- През 2010 г. е внедрена компютъризираната информационна система по туберкулоза, в която има изработен модул за MDR-TB.

- За периода 2008-2011 г. 11 медицински специалисти са преминали обучение в международни курсове по проблемите на контрола на MDR-TB и на контрола на инфекциите.
- През 2010 г. продължи работата на Експертната комисия към „СБАЛББ – Габрово” ЕООД за назначаване и мониториране на лечението на доказаните пациенти с MDR-TB.
- От началото на 2010 г. е изготвена Процедура за разпределение, отчетност и контрол за предоставяне на ваучери за храна с цел мотивиране на пациентите с MDR-TB за придържане към лечението.
- През 2010 г. е получено одобрение от Комитета „Зелена светлина” към СЗО за втората кохорта от 55 пациента и е подготвена заявка за доставка на необходимите противотуберкулозни лекарства от втори ред. Лекарствата са доставени през м. януари 2011 г.
- През 2010 г. е приключен ремонта на първия сектор за стационарно лечение в интензивната фаза на пациенти с мултирезистентна туберкулоза в „СБАЛББ – Габрово” ЕООД, като са внедрени всички мерки за инфекциозен контрол.

През 2010 г. е подписано споразумение за продължаване и на изпълнението на Програма „Подобряване на контрола на туберкулозата в България” за периода 2010-2012 г.

- **Програми за профилактика и надзор на инфекциозните болести**

Данните за националния имунизационен обхват с включените в Имунизационния календар ваксини сочат много добро изпълнение на имунизационната програма през 2010 г. (Таблица 9).

Табл. 9. Изпълнение на имунизационната програма на Р БЪЛГАРИЯ през 2010 г. (брой и % на децата със завършена първична имунизация)

ИМУНИЗАЦИЯ	БРОЙ		ОБХВАТ (%)
	ПОДЛЕЖАЩИ	ОБХВАНАТИ	
Имунизация срещу туберкулоза (новородени)	70 650	69 102	97,8 %
Имунизация срещу вирусен хепатит В с 3 дози (на 6 месеца)	72 104	68 527	95,0
Имунизация срещу полиомиелит с 3 дози (на 4 месеца)	72 899	68 740	94,3
Имунизация срещу дифтерия, тетанус и коклюш с 3 дози (на 4 месеца)	71 865	67 622	94,1
Имунизация срещу морбили, паротит и рубеола (на 13 месеца)	75 059	72 466	96,5

Източник: НЦЗПБ

Развилата се през 2009-2010 г. епидемия от морбили доказа, че и при относително нисък среден за страната годишен процент на необхванати с

имунизация могат да възникнат много сериозни епидемиологични проблеми, особено когато неимунизираното население е концентрирано в компактна група от хора (в случая децата от ромската общност). В тази връзка е необходимо да бъдат продължени всички доказали ефективността си мерки, приложени за овладяване на епидемията от морбили през 2009-2010 г. и да бъде разработен и приложен национален план за осигуряване на устойчиво изпълняване на националната имунизационна програма при всички рискови групи от българското население.

2. ИНДИВИДУАЛНИ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ

От въвеждането на задължителното здравно осигуряване до момента събираемостта на здравноосигурителните вноски е един от основните проблеми на здравното осигуряване. За 2010 г. бюджетът на НЗОК г. е изчислен при 6.6 млн. осигурени граждани, като е предвидено, че около 1 млн. души няма да заплатят вноските си. За периода януари 2009 г. до януари 2010 г. обаче, нови 700 000 души са отпаднали от здравноосигурителната система заради неплатени вноски. Основна причина са влезлите в сила от началото на годината промени в ЗЗО. Според тях неосигурени се всички, които не са платили три вноски за последните 36 месеца. Преди това достъпът до услугите на здравната каса е зависел от платените осигуровки за 12 месеца назад. Сроктът за гражданите, загубили здравноосигурителни права, да възстановят дължимите средства заедно с лихвите е до 1 април 2010 г. След тази дата законът предвижда глоби от 500 до 1000 лв. Друга причина за срива в броя на осигурените е повишаването на безработицата, която през 2010 г. достига 10.2% при 6.8% за 2009 г. В същото време, от бюрата по труда поради изтичане на срока за получаване на помощи, са отписани първите безработни от началото на кризата от 2009 г. През 2010 г. е увеличена и вноската за самоосигуряващите се лица от 10.40 лв. на 16.80 лв. месечно.

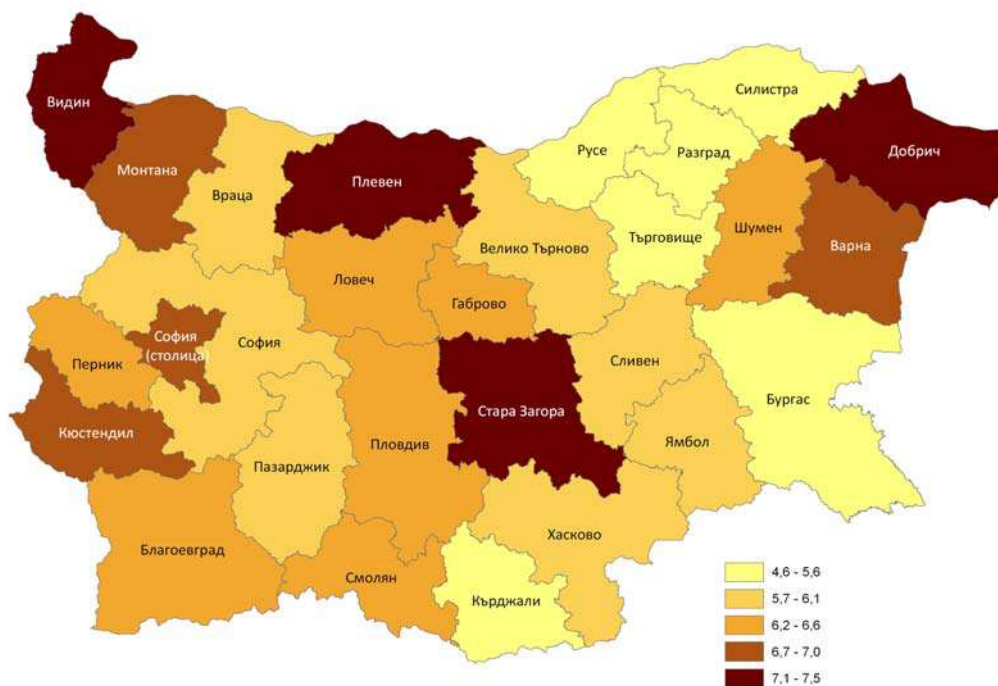
2.1. Извънболнична медицинска и дентална помощ (първична и специализирана)

Първият контакт със здравната система за задължително здравноосигуреното лице (ЗЗОЛ) се осъществява при *общопрактикуващ лекар (ОПЛ)* в първичната извънболнична помощ. Всяко ЗЗОЛ има право на свободен избор на общопрактикуващ лекар. Децата и бременните и родилките до 40 дни след раждането имат право на свободен избор на педиатър, респ. акушер-гинеколог.

2.1.1. Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

По данни на НСИ през 2010 г. осигуреността с общопрактикуващи лекари в страната е 6.3 на 10 000 души от населението (при 6.5 за 2009 г.). Този показател е под средното ниво за ЕС, където осигуреността през 2008 г. е 8.7 на 10 000 души. За 12 от областите показателят е по-висок от средния за страната. Най-висока е осигуреността на населението с ОПЛ в областите Плевен (7.5), Добрич (7.2), Видин (7.1) и Стара Загора (7.1). През последните години най-ниска е осигуреността в областите Кърджали, Разград и Търговище - по 4.6 на 10 000 души от населението (Фиг. 20). В сравнение с предходните години прави впечатление намаления брой на ОПЛ в София-град и в Пловдивска област и увеличения - в областите Видин и Монтана.

Фиг. 20. Осигуреност с общопрактикуващи лекари на 10 000 души от населението към 31.12.2010 г. по области



Източник: НСИ

През 2010 г. се запазва регистрираната в предходните години тенденция за намаляване броя на ОПЛ. За 2009 г. средно по договор с касата са се отчитали 4052 практики с 4 790 ОПЛ, а през 2010 г. – 4064 практики с 4 728 ОПЛ (спад с 1.3%).

За първи път през последните години, през 2010 г. се наблюдава намаляване на средномесечния брой ЗЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права, обслужвани от един ОПЛ. Докато през 2009 г. средногодишно един ОПЛ е имал регистрирани 1 381 ЗЗОЛ, то през 2010 броят им намалява на 1 353 (спад с 2.05%). Най-нисък е този показател в РЗОК Плевен – 1 103 ЗЗОЛ и РЗОК Добрич - 1 134 ЗЗОЛ, а най-висок - в РЗОК Разград - 1 840 ЗЗОЛ, РЗОК Кърджали - 1 831 ЗЗОЛ и РЗОК Търговище - 1 769 ЗЗОЛ. Намаленият брой на ЗЗОЛ, обслужвани от ОПЛ, е логическо следствие от отрицателния прираст на населението, високата безработица и нарастващия брой на лицата с прекъснати здравноосигурителни права за 2010 година.

За периода 2009 г. – 2010 г. средногодишният брой отчетли се практики от първичната извънболнична помощ се е увеличил с 12 (0.3%). На фона на тенденцията за намаляване на практиките от ПИМП (с 5% от 2007 до 2009 г.), дори и минималното им увеличение е благоприятна тенденция в развитието на първичната помощ. В регионалното разпределение на първичните практики не се отчитат съществени промени. Най-висок е броят на новорегистрираните практики в областите София-град, Видин, Плевен и Благоевград.

За разлика от европейските страни, у нас продължават да преобладават индивидуалните практики като форма на организация на работа. Въпреки доказаните предимства на груповите практики, техният брой у нас е все още минимален. През 2010 г. са се отчетли нови 16 групови практики, като общият им брой за годината е достигнал 243. Най-много групови практики има в София-град и област Варна. В

област Враца до началото на 2010 г. не е имало нито една групова практика, а само за една година са разкрити три нови.

Табл. 10. Заплатени средства по компоненти в ПИМП през 2010 година

Дейности в ПИМП по вид	Изплатени средства	
	лева	%
Профилактични прегледи деца 0-1 г	5 312 016	3.42%
Профилактични прегледи деца 1-2 г	1 842 463	1.19%
Профилактични прегледи деца 2-7 г	4 197 023	2.70%
Профилактични прегледи деца 7-18 г	5 386 398	3.47%
Имунизации от 1 до 18 г	2 410 621	1.55%
Стойност на прегледите по програма майчино здравеопазване	35 066	0.02%
Диспансерни прегледи	17 620 164	11.34%
Стойност на профилактичните прегледи над 18 г	17 413 599	11.20%
Стойност на инцидентните посещения	171 805	0.11%
Капитация до 18 г	20 488 301	13.18%
Капитация 18-65 г	52 342 321	33.67%
Капитация над 65 г	23 926 354	15.39%
Неблагоприятни условия	4 304 804	2.77%
Други плащания	-6 477	
Обща стойност за 2010 г	155 444 456,86	100%

Източник: НЗОК

По данни на НЗОК за 2010 г. средният месечен доход на изпълнител на ПИМП е слабо повишен от 2477 лв. през 2009 г. на 2540 лв. през 2010 г. Най-висок е дялът на приходи от капитационни плащания за лица от 18-65 г. и над 65 г. Значително по-нисък е процентът на приходи от профилактични прегледи, прегледи на хронично болни и дейности от първична профилактика. Според тези показатели, основната дейност в ПИМП все още е концентрирана в лечебната дейност и в значително по-малка степен е насочена към профилактиката и проследяване на хронично болните.

С освобождаване на достъпа до специалисти по АГ за бременни и родилки, прегледите по програма „Майчино здравеопазване” в ПИМП достигат едва 0.02% от всички плащания.

За работа при неблагоприятни условия лекарите от ПИМП получават допълнителен материален стимул, което предполага подобряване на достъпа във високопланинските райони и малките населени места. Средномесечният брой практики, на които са заплатени средства за работа при неблагоприятни условия през 2010 г., са 860, при регистрирани 1 035 такива за цялата страна. През 2010 г. за неблагоприятни условия на работа са изплатени общо 4 304 804 лв. или с близо 800 000 лв. повече в сравнение с предходната година.

Средномесечният доход на практика за този вид дейност е 385 лева, като най-висок е бил в РЗОК Благоевград – 780 лв., РЗОК Търговище – 707 лв. и РЗОК Габрово – 568 лв., а най-нисък в ЗЗОК Плевен – 145 лв.

2.1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)

През 2010 г. средният брой на лечебните заведения за СИМП е 2 922 със средно по 2.9 лекари специалисти (през 2009 г. е 2 971 със средно по 2.8 лекари специалисти в едно лечебно заведение). През 2009 г. средномесечно по договор с НЗОК са работили 8340 специалисти, а през 2010 г. – 8325 специалисти. На 10 000 ЗЗОЛ се падат по 12.6 специалисти за 2009 г. при 12.5 за 2010 г. Най-голям брой специалисти на лечебно заведение през 2010 г. има в РЗОК Пазарджик (6.3) и РЗОК София град (4.8), най-малък е в РЗОК Благоевград (1.4) и РЗОК Ловеч (1.5 специалисти).

За 2010 г. , според НСИ³³, общият брой на ЛЗ за специализирана извънболнична помощ (ДКЦ, МЦ, ДЦ, МДЦ, МДЛ и МТЛ) е 1613, което е със 102 по-малко от предходната година (1 715). Най-многобройни са самостоятелните МДЛ и МТЛ (902), МЦ (520) и ДКЦ (113), като съществено намаление бележат самостоятелните МДЛ и МТЛ и МЦ.

Средномесечният брой дейности (прегледи, ВСД, ЛКК, прегледи) извършени от изпълнители на СИМП през 2009 г. са 1 455 хиляди, а през 2010 г. - 1358 хил. (наблюдава се спад с 6.7%). Средномесечният брой дейности на 100 ЗЗОЛ през 2010 г. е 21 дейности спрямо 22 дейности през 2009 г.

Средномесечният брой първични посещения, заплащани от НЗОК през 2010 г., е 544.2 хиляди при 563.3 хил. първични прегледи за 2009 г. Отчита се намаление на дейността с 3.4%. Средномесечният брой първични прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2010 г. е 82 (за 2009 г. този показател е 85), като най – висок е в РЗОК Сливен – 94, РЗОК Пазарджик – 93, РЗОК Враца и РЗОК Видин – 90 прегледи; а най-нисък в РЗОК Силистра – 64 и РЗОК Перник – 67 прегледи.

Средномесечният разход за първични посещения за 2010 г. е в размер на 7 891 хил. лв. и е намален спрямо 2009 г. с 3.4% (8 169 хил. лв.). Цената на един първичен преглед през 2010 г. е 14.50 лева. Структурата на първичните посещения по пакети през 2009 и 2010 г. е сравнително постоянна. Наблюдава се увеличение на първичните посещения при „Педиатър”. Първичните прегледи по пакети “Кардиология”, “Офталмология”, “Неврология”, “АГ”, и “Педиатрия” съставляват над 55% от първичните прегледи по НРД 2010.

Средномесечният брой вторични посещения, заплащани от НЗОК през 2010 г., е 355.6 хиляди и е намален с 7.7% спрямо предходната година (385.2 хил.). Средномесечният брой вторични прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2010 г. е 54 (за 2009 година е 58). Този показател е най-висок в РЗОК Сливен – 75, РЗОК Ловеч – 67, а най-нисък в РЗОК Силистра – 38, РЗОК Кърджали - 43, РЗОК Разград и РЗОК Бургас – 44 прегледа на 1 000 ЗЗОЛ. На всеки 100 първични прегледа са извършени 65.3 вторични прегледа (през 2009 г. на 100 първични са извършени 68.4 вторични прегледа). Средномесечният разход за вторични прегледи през 2010 г. е в размер на 2 845 хил. лв. и е намален с 7.7% спрямо 2009 г. (3 082 хил. лв.). Цената на един вторичен преглед по НРД 2010 е 8.00 лв.

Структурата на вторичните посещения по пакети през 2009 и 2010 г. е сравнително постоянна. Наблюдава се увеличение на вторичните посещения при „Педиатър”. Вторичните прегледи по пакети „Педиатрия”, “Кардиология”, “Офталмология”, “Неврология”, “АГ”, “Ортопедо-Травматология” и “Хирургия” съставляват 67.9% от вторичните посещения по НРД 2010 г.

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.

³³ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22>

За 2007, 2008 и 2009 г. данните са, както следва: 106 674, 105 103 и 88 600 брой диспансерни прегледи. Средномесечният брой прегледи на диспансеризирани лица през 2010 г. е 83.3 хил. Средномесечният им брой на 1 000 ЗЗОЛ е 13 прегледа. Този показател е най-висок в РЗОК Ловеч (28), а най-нисък в РЗОК Бургас (6).

Средномесечният брой *прегледи по програма „Майчино здравеопазване“* през 2010 г. е 34.6 хил. и е намален спрямо 2009 г. (37.3 хил.). Средномесечният разход е намален с 7.1% от 298.3 хил. лв. през 2009 г. на 277 хил. лв. през 2010 г. и съставлява 2.1% от разхода по специализиран пакет в СИМП.

Програмата „Детско здравеопазване“ дава възможност на специалисти с придобита специалност „Детски болести“ да извършват профилактика на ЗЗОЛ от 0 до 18 годишна възраст (съгласно Наредба № 39 от 2010), в случаите, в които ОПЛ на детето няма придобита специалност по педиатрия и родителят желае профилактиката да се извършва от специалист. Средномесечният разход по програмата през 2010 г. е 291.6 хил. лв. спрямо 223.9 хил. лв. през 2009 г. Увеличението в заплащането е с над 30%. Средномесечно са отчетени и заплатени 2.9 хил. прегледа при 2.7 хил. прегледа през 2009 г.

Средномесечният брой *ЛКК прегледи* през 2010 г. е 73.3 хиляди при 88.8 хил. за 2009 г. (спад със 17.5%). Средномесечният брой ЛКК прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2010 г. е 11 (за 2009 г. е 13 прегледа). Средномесечно на специалист се падат по 9 ЛКК прегледа (през 2009 - 11 прегледа).

Средномесечният брой *високоспециализирани дейности* през 2010 г., е 39 хиляди и е намален с 4.4% спрямо предходната година. Средномесечният брой ВСД на 10 000 ЗЗОЛ за страната през 2010 г. е 59 (за 2009 година е 61). Структурата на заплатената стойност за ВСД по пакети през 2009 и 2010 г. е сравнително постоянна. Заплатените средства за ВСД по пакети „Кардиология“, „Неврология“ и „Ортопедо – травматология“ съставляват 75,2% от разхода за тази дейност.

През бюджетната 2010 г. за СИМП са изразходвани 160 359 хил. лв. от предвидените със Закона за бюджета на НЗОК за 2010 г. 154 000 хил. лв., което е 104.13% от предвидените средства. Разходите за СИМП са нарастнали с 20.39% в сравнение с 2009 г. (с 27 157 хил. лв.).³⁴

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ е намален от 194 лв. през 2009 г. на 184 лв. през 2010 г. РЗОК Сливен отчита най-високия за страната средномесечен разход на 100 ЗЗОЛ – 222 лв., а най-нисък - РЗОК Силистра – 138 лв.

Средномесечната стойност на извършената от един специалист дейност през 2010 г., заплащана от РЗОК, намалява средно за страната с 4.7% спрямо 2009 г.- от 1 533 лв. на 1 460 лв. Единствено в РЗОК Видин се наблюдава нарастване с 2.4%.

2.1.3. Извънболнична помощ по дентална медицина (ИПДМ)

През 2010 г. са завишени базовите цени в специализираната извънболнична дентална помощ с 10% при запазване на стойността, заплащана от пациента. Обособен е пакет „детска дентална медицина“.

Средномесечният брой на отчетите се лекари по дентална медицина е 5420 при 5 399 през 2009 г. Средно за страната на 10 000 ЗЗОЛ се падат 7.6 специалисти по дентална медицина (7.3 за 2009 г.), сключили договор с НЗОК. Най - висок е този показател в РЗОК Пловдив (11.4), а най-нисък - в РЗОК Разград (5.3). Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за дентална помощ през 2010 г. е 115.4 лв. и е незначително повишен спрямо 2009 г. (111.3 лв.).

Дентална помощ на лица от 2 до 18 г. Традиционно тревожни са данните за профилактичната дейност на ЗЗОЛ в детска възраст. За 2010 г. на 100 подлежащи на

³⁴ Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2009 г.
http://pris.government.bg/prin/document_view.aspx?DocumentID=HP0sj/Yh2n5Zjf4zUcEzqw==

профилактика ЗЗОЛ само 29.8% са използвали правото си на преглед. Този показател е най-висок в РЗОК Смолян (44.7%) и най-нисък - в РЗОК Сливен (22.5%).

Дентална помощ на лица над 18 г. През 2010 г. ,средно за страната, едва една четвърт от населението (27.1%) над 18 години е упражнило правото си на профилактичен стоматологичен преглед. Показателят е най-висок в РЗОК Пловдив (33.8%) и най-нисък – в РЗОК София област (18.1%).

2.1.4. Медико-диагностични, специализирани и високоспециализирани дейности

Средномесечният брой на отчетите се лечебни заведения за МДД през 2010 г. е намален от 634 през 2009 г. на 625, като най-голям е броят им в университетските градове - София град (127), Пловдив (49) и Варна (37), където е отчетен и най-високият средномесечен брой МДД на 100 ЗЗОЛ. Средномесечният брой МДД на 100 ЗЗОЛ през 2010 г. е намален от 26.67 за 2009 г. на 25.04.

От общо изплатените средства за медико-диагностична дейност през 2010 г. най-голям е дялът за клинично-лабораторните изследвания (53.9%), следвани от рентгенологичните изследвания (36.8%) и клинично-микробиологични изследвания (4.3%). Заплатените средства по посочените 3 пакета представляват 95 % по параграфа.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

И през 2010 остават редица нерешени проблеми в извънболничната помощ:

- все още е незадоволителен достъпът до:
 - ОПЛ в отдалечени, труднодостъпни и слабо населени места;
 - СИМП, на базата на неоптимизиран регулаторен механизъм;
- запазени са териториалните различия в нивата на показателите за извънболнична медицинска помощ
- продължава да доминира индивидуалната практика, въпреки разкритите нови групови практики;
- нерегламентираната горна граница на регистрираните ЗЗОЛ при един ОПЛ създава предпоставки за влошаване на качеството на медицинската помощ;
- недостатъчен е и обемът на промотивните и профилактични дейности на ОПЛ и липсва специфичен инструментариум за оценка на тяхната ефективност;
- липса на ефективна координацията между извънболничната и болничната помощ;
- продължава тенденцията за ниско ниво на профилактичната дентална дейност.

2.2. Болнична медицинска помощ

През 2010 г. броят на лечебните заведения за болнична помощ е 312 (306 през 2009 г.), като болниците с частна форма на собственост са 88 при 93 за 2009 г. . По данни на НЦОЗА³⁵ през 2000 г. болниците са били 299 (в т. ч. центрове и лечебни заведения към други ведомства), а през 2010 г. достигат 346 с общо 48934 легла (50041 за 2009) в т.ч с частна форма на собственост с 5420 легла (5291 за 2009 г.) (Таблица 14 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 2009 г. на 100 хил. души има разкрити 661.6 легла, през 2010 г. показателят е 652.0.

³⁵ Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, НЦОЗА, 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 2010 г. са 938, при 856 за предходната година¹, което показва увеличение с 82 легла.

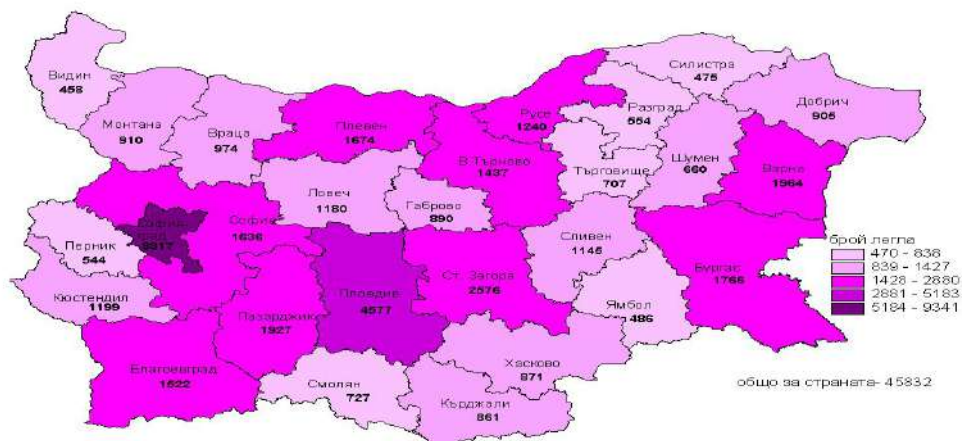
В *структурата на болниците по вид* с държавна и общинска форма на собственост (без диспансерите и ЛЗ от извънболничната помощ) не се установява съществена динамика в сравнение с предходната година - преобладават многопрофилните болници 121 (38.78%), следвани от специализираните - 77 (24.68%).

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. През 2010 г., в съответствие с измененията в ЗЛЗ (ДВ, бр.59 от 31.07.2010 г.), диспансерите в страната са преобразувани в центрове или специализирани болници. Разпределението на тези заведения по видове е следното: центрове за кожно-венерически заболявания – 10 със 163 легла; комплексни онкологични центрове – 9 с 1334 легла и центрове за психично здраве – 12 с 1450 легла. В страната функционират 12 психиатрични болници за *психиатрично лечение* с 2 558 легла. През 2010 г., както и през 2009 г., повече от половината от болничните легла (57.62%) са разкрити в многопрофилните болници. *Хосписите* през 2010 г. са 54 и са намалели с 5 спрямо 2009 г. Увеличен е броят на леглата в тях – от 659 на 716.

В *структурата на специализираните болници*, тези за активно лечение представляват 50.65%. Здравната система разполага само с 5 специализирани болници за долекуване и продължително лечение (с 247 легла), 14 – за продължително лечение, долекуване и рехабилитация (с 1025 легла) и 19 - за рехабилитация (с 3009 легла), като броят на тези заведения е постоянен в последните години и не отговаря на потребностите от този вид лечебни заведения.

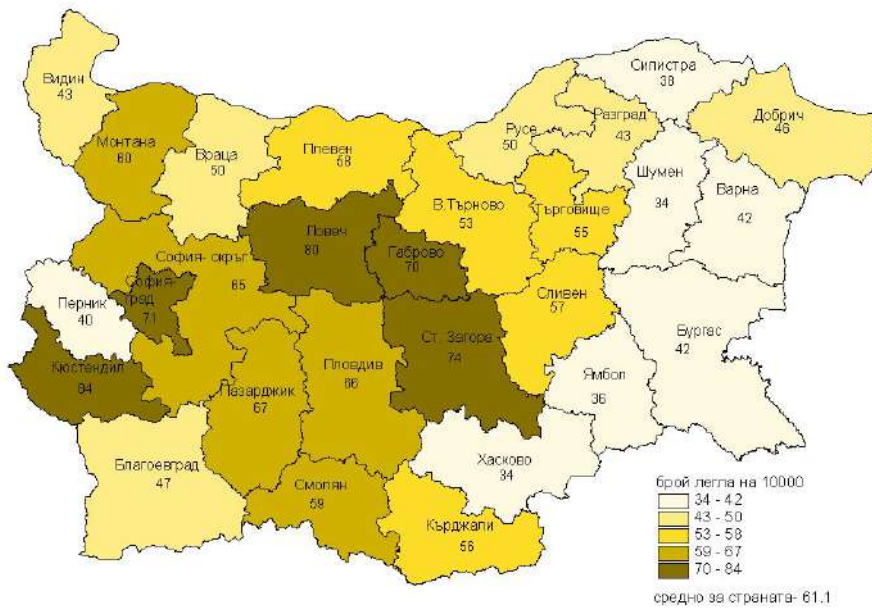
Осигуреността с болнични легла по области, общо и на 10 000 население, е представено на Фиг.21 и Фиг. 22. Запазва се регионалната диспропорция на легловия фонд, обусловена в голяма степен и от факта на концентрация на високоспециализираните легла в областните и университетски центрове.

Фиг. 21. Легла в лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите към 31.12.2010 г. по области



Източник: НЦОЗА

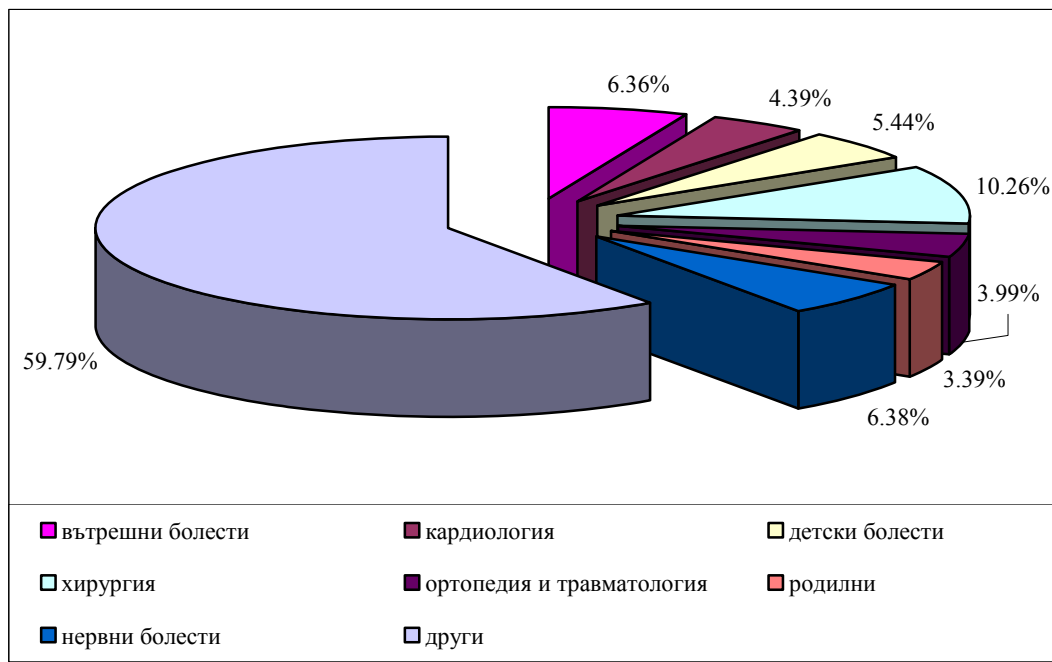
Фиг. 22. Легла в лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите към 31.12.2010 г. на 10 000 души



Източник: НЦОЗА

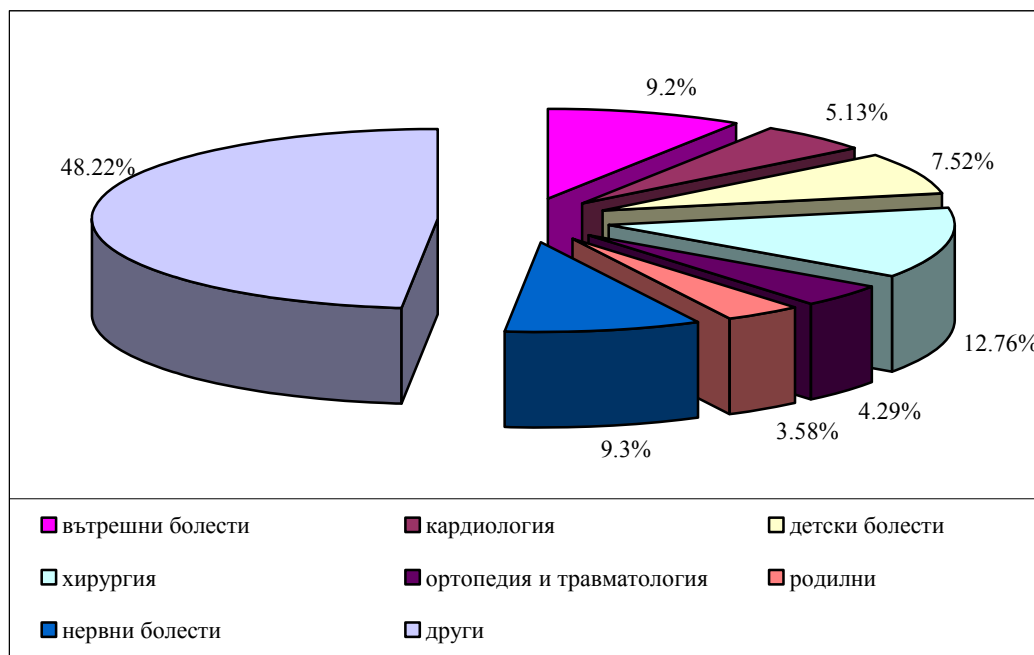
Структурата на леглата по вид в лечебните заведения за болнична помощ и в МБАЛ е представена на Фиг. 23 и Фиг. 24.

Фиг. 23. Относителен дял на леглата по вид в лечебните заведения за болнична помощ през 2010 г.



Източник: НЦОЗА

Фиг. 24. Относителен дял на леглата по вид в МБАЛ през 2010г.

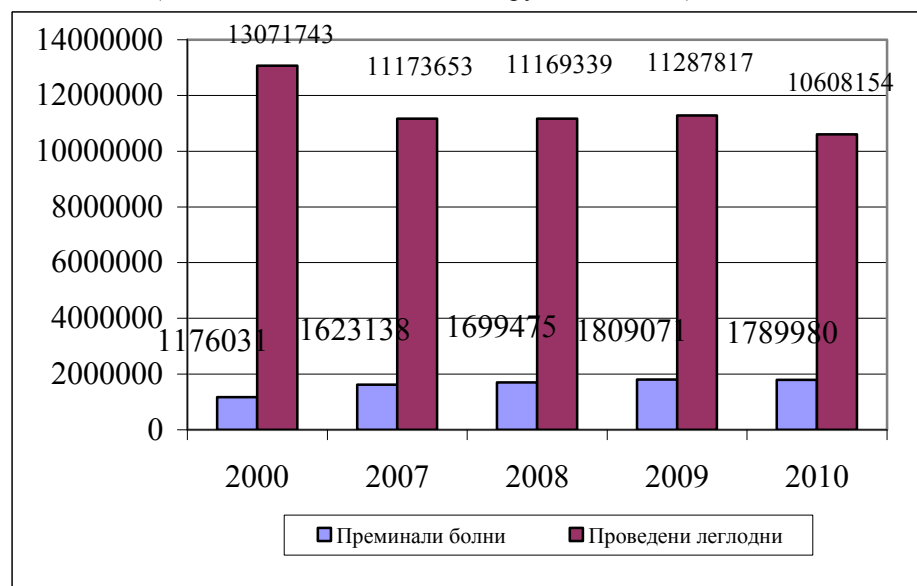


Източник: НЦОЗА

За периода 2000–2009 г., броят на **преминалите болни** през лечебните заведения за болнична помощ като цяло непрекъснато се увеличава, но през 2010 има спад и са 1 789 980 (Фиг. 25), 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, а през 2010 г. отново намаляват и достигат 10 608 154.

Фиг. 25. Преминали болни в лечебните заведения за болнична помощ и проведени леглодни през 2000, 2007 и 2008, 2009 и 2010 г.

(без лечебните заведения към други ведомства)

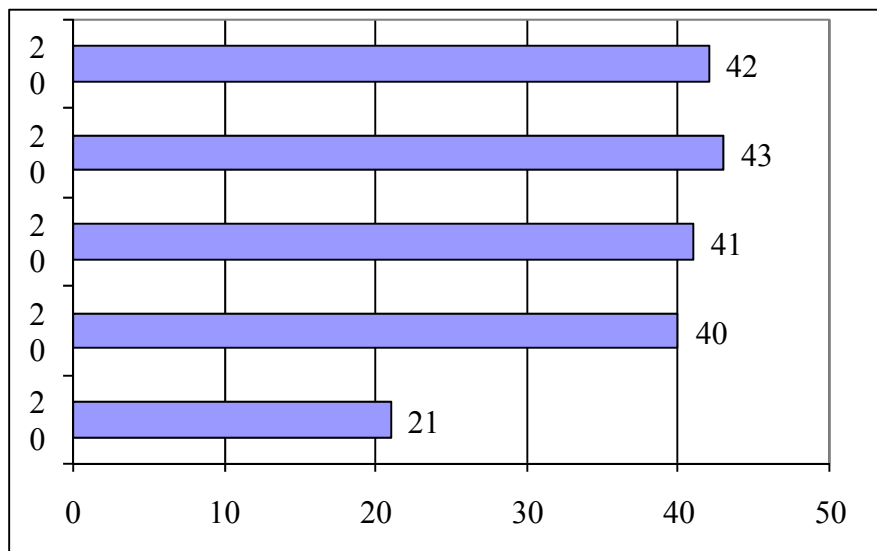


Източник: НЦОЗА

Формира се средно висок показател за **хоспитализация** – 25.45 (25.83 за 2009 г.), доближаващ се до средните стойности за ЕС.

Използваемостта на легловия фонд за 2010 г. е 248 дни (267 за 2009 г.), като в по-голямата част от ЛЗ за болнична помощ намалява. (Табл.15 в Приложението). За 2010 г. **оборотът на леглата** също намалява. (Фиг. 26).

Фиг. 26. Оборот на болничните легла, без тези към други ведомства



Източник: НЦОЗА

От 2000 г. **продължителността на болничния престой** бележи стабилна тенденция за намаляване. През 2010 г. средният престой за всички ЛЗ за болнична помощ е 5.9 дни (при 6.2 за 2009 г.), като за многопрофилните болници е намалял от 10.1 дни през 2000 г. на 5.7 за 2010 г. а за специализираните болници за активно лечение – от 10.4 дни на 6.3 дни (6.0 дни 2009).

Психиатричните лечебни заведения запазват най-висок среден престой от 59.5 дни (60.9 за 2009) и 21.5 за центровете за психично здраве. Голямата средна продължителност в тези болнични заведения се обуславя от спецификата на заболяванията.

По данни на НЦОЗА за периода 2000-2009 г. се установява тенденция за увеличаване на абсолютния брой на всички хоспитализирани случаи в стационарите на лечебните заведения, който обаче през 2010 г. намалява. Отбелязват се значими промени и в честотата на хоспитализация по повод на някои заболявания. Трудно може да се отчете в каква степен това е резултат от изкривяването на данните, породено от използването на клиничните пътеки или оказват влияние и други фактори.

През 2010 г. броят на лечебните заведения, сключили договор с НЗОК, е 356. За дейност по клинични пътеки (КП) договорни партньори са 333 лечебни заведения, в т.ч.: 160 многопрофилни болници, 77 специализирани болници, 32 диспансера, 19 МЦ, 5 ДКЦ, 1 МСЦ, 21 СБР и 18 други. Спрямо 2009 година броят на договорите за дейности по КП е намален със 17, за сметка на МЦ и ДКЦ.

За дейности в болничната помощ НЗОК е изплатила общо 1 135 652 лв., с 16.2% повече от 2009 г., в т.ч.: за разход по клинични пътеки (КП) - 1 074 944 хил. лв., за високоспециализирана дейност (ВСД) – 792 хил. лв., за имплантанти – 57 101 хил. лв. и за акушерска помощ за здравнонеосигурени родилки – 2 890 хил. лв. Средномесечният разход за болнична медицинска помощ за всички здравноосигурени лица през 2010 г. е 94 397 хил. лв. и е увеличен спрямо 2009 г. с 13 069 хил. лв. (16.1%).

Следва да се отбележи, че сравнението на разходите за болнична медицинска помощ през 2010 и 2009 г. не отразява реалното положение поради много причини, най-важните от които са: през 2009 г. са изплатени средствата само за 11 месеца от годината (за оставащия месец са изплатени през 2010 г.); поради неритмичността на плащания (закъснение с близо 2 месеца в началото на годината) е създадено напрежение между договорните партньори и НЗОК; през октомври 2010 г. НЗОК е изплатила задълженията си към договорните партньори; от месец август 2010 г. са въведени делегирани бюджети на договорните партньори; част от средствата за извършената дейност през м. юни и юли 2010 г. са изплатени през м. януари 2011 г.

През 2010 г. през лечебните заведения за болнична медицинска помощ по КП са преминали общо 1 646 972 пациенти при 1 769 230 за 2009 г., т.е с 122 258 пациента по-малко. Това намаление се дължи на въвеждането на делегираните бюджети за изпълнителите на болнична медицинска помощ.

На ниво клинични пътеки най-много средства са усвоени по следните клинични пътеки: Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение – 4,2 % от разходите по клинични пътеки; Бронхопневмония при лица под 18 годишна възраст – 3,0%; Ишемичен мозъчен инсулт без тромболиза – 2,8%; Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години – 2,8%; Остра и изострена хронична сърд. недостатъчност 3 и 4 ф. клас без механична вентилация – 2,7%; Оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник – 2,7%; Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение – 2,5%; Инвазивна диагностика при сърдечно съдови заболявания – 2,2%; Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение – 2,0%.

Най-голям брой случаи са отчетени по следните клинични пътеки: Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. клас без механична вентилация – 4,2% от общия брой отчетени случаи за болнична помощ за 2010 година; Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години – 3,9%; Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение – 3,6%; Бронхопневмония при лица под 18 годишна възраст – 3,6%; Грижи за здраво новородено дете – 2,9% Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат – 2,8%.

Наблюдава се, макар и непълно, съответствие между клиничните пътеки, за които са заплатени най-много средства и тези, по които са отчетени най-много случаи.

Най-скъпите пътеки с цена над 3 000 лева заемат 16,6% от общия разход за здравноосигурителни плащания за клинични пътеки за 2010 г. Най-голям дял в този разход се дължи на КП "Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение" – 4,2%. (Табл.35 в Приложението).

През 2010 г. дейност по импланти са отчетели 67 лечебни заведения за болнична медицинска помощ спрямо 57 през 2009 г. или с 10 лечебни заведения повече, от които 5 са нови договорни партньори, предимно специализирани кардиологични болници. На ниво видове импланти най-много са поставените стентове – 24 396 броя (64,3% от всички импланти). Следват ставна протеза за тазобедрена става – 5 197 броя (13,7%) и постоянен кардиостимулатор – 2 261 броя (6,9%).

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

И през 2010г. остават нерешени следните **проблеми** на болничната помощ:

- ограничени са финансовите средства за поддържане на дълготрайните активи;
- остава подходът на финансиране по клинични пътеки;
- продължава съществуването на нерационална структура на болничния леглови фонд по области и специалности;
- недостатъчен е броят на профилираните лечебни заведения за долекуване и рехабилитация;

Насоки за развитие на болничната помощ:

- Създаване на мрежа от лечебни заведения за продължително лечение и хосписи;
- Подобряването на координацията между лечебните заведения за болнична помощ;
- Промяна в подхода за финансиране на болничната дейност;
- Разработване на адекватен инструментариум за контрол на качеството;
- Продължаване на процеса на преструктуриране на болничната мрежа;

2.3. Спешна медицинска помощ

През 2010 г. и към момента системата на СМП е изградена от 28 центъра за спешна медицинска помощ с разкрити към тях 204 филиала (ФСМП).

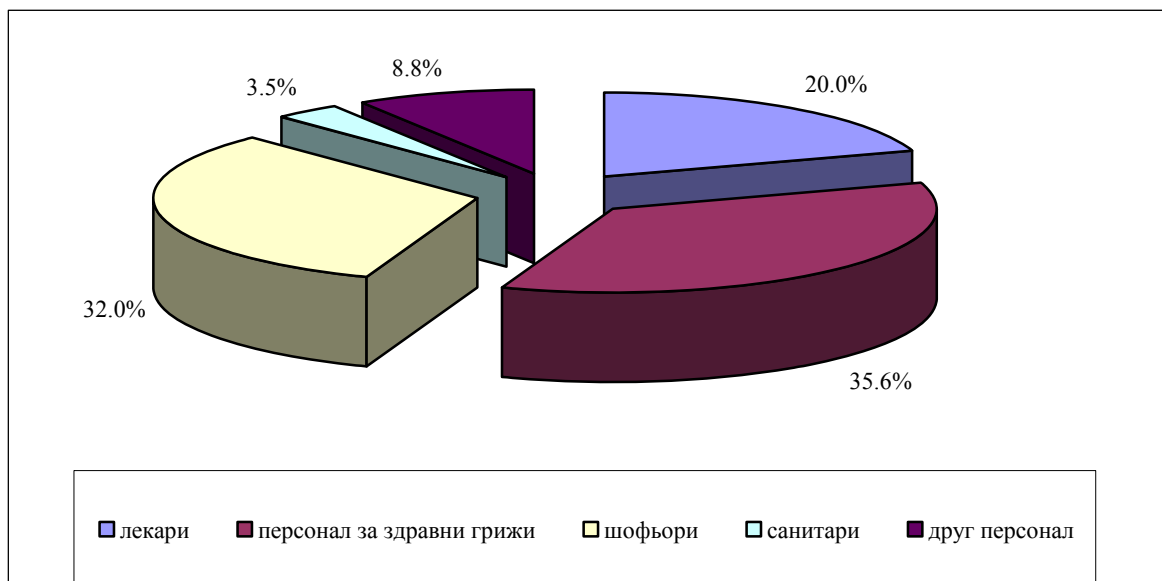
Въпреки относително равномерното разпределение на структурите, анализът на данните показва неравнопоставеност на населението по отношение на времето за достъп до спешна медицинска помощ, което съгласно експертните мнения е най-ефективна в рамките до 15-20 минути. По данни на МЗ са налице съществени различия както в рамките на районите на обслужване на 1 ЦСМП, така и между отделните области, в рамките на страната. Приблизително 58 % от населените места в страната са с време за достъп до ФСМП до 20 минути и 27% - до 30 минути. Над 30 минути за достъп имат около 15 % от населените места – с население около 211 000 души.

Към 31.12.2010 г. числеността на персонала на центровете за спешна медицинска помощ по данни на НЦОЗА е 7089 души (Табл. 16 от Приложението и Фиг.27). В центровете за спешна медицинска помощ към 31.12.2010 г. работят 7089 души персонал, от които 1419 лекари, 1366 фелдшери, 1160 други медицински специалисти (медицински сестри, акушерки и др.).

Формирани са, по данни на МЗ, 354 екипа, от които 87 – реанимационни, 267 – за първа помощ, в т.ч. 141 – лекарски и 126 – долекарски екипи. Освен това, функционират 35 транспортни и 167 стационарни екипи. Системата изпитва системен недостиг на персонал. Текущото качество на кадри поставя в критично състояние осигуряването на дейността.

Екипите на спешна медицинска помощ в повечето от центровете са с недостатъчна щатна осигуреност за изпълнението на Наредбата за определяне на видовете работа, за които се установява намалено работно време.

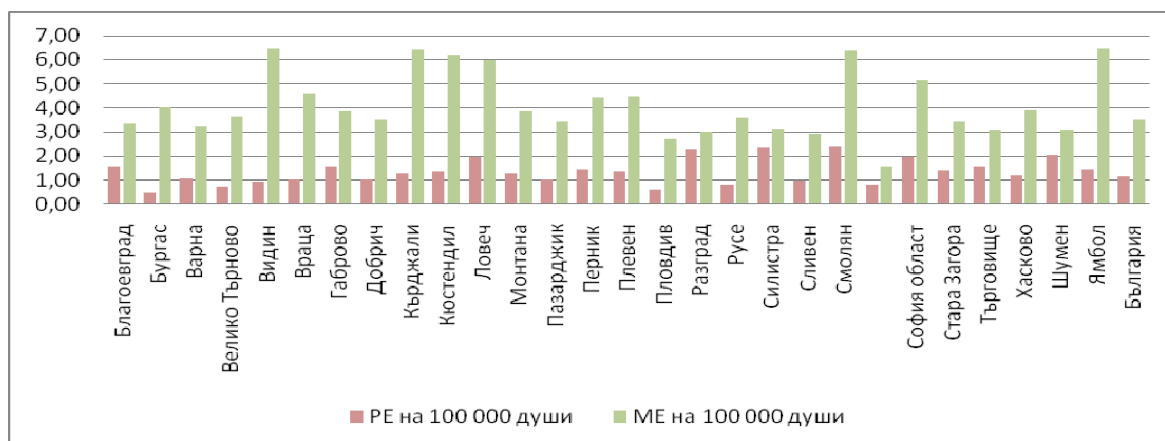
Фиг. 27. Структура на медицинския персонал в ЦСМП по видове през 2010 г.



Източник: НЦОЗА

По данни на МЗ, по отношение на общата численост на персонала в отделните центрове се наблюдават съществени различия, които не могат да бъдат аргументирани с обективни показатели като брой на населението или площ на обслужваната територия в областта. Например в области, с приблизително сходни показатели, определящи потребности от структури на спешна медицинска помощ, имат различна, формирана на исторически, а често и лобистки принцип структура и численост на персонала. Различията в определената щатна численост са в пряка взаимовръзка с липсата на точни механизми за определяне на вида, броя и разпределението на екипите за спешна медицинска помощ в отделните ЦСМП.

Фиг. 28. Осигуреност с екипи на ЦСМП на 100 000 души население

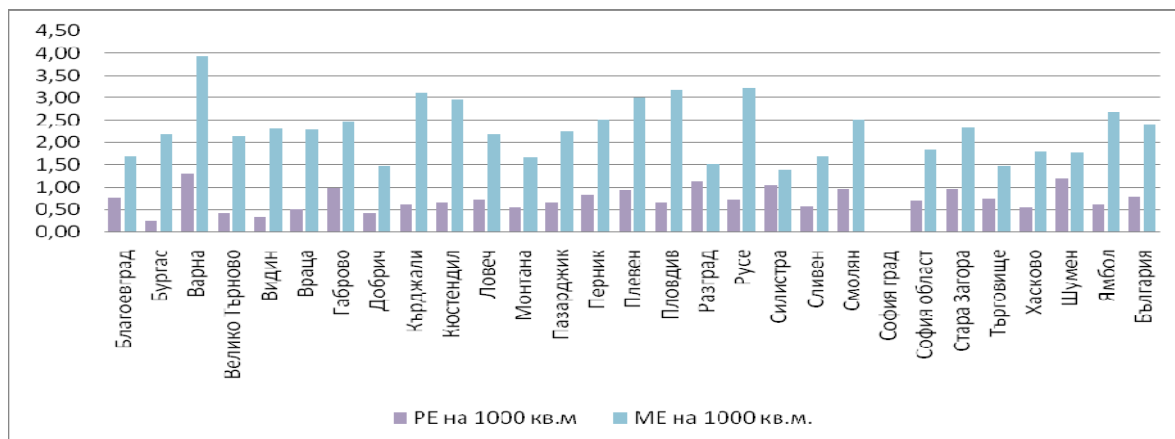


Източник: МЗ

Осигуреността с медицински екипи (Фиг. 28) за първа помощ (лекарски; долекарски) на брой население варира от 1 екип на 15-16 000 души в Ямбол, Кюстендил, Кърджали, Ловеч и др. до 31-35 000 в Търговище, Шумен, Разград, Сливен, Силистра и др. Средно за страната 1 екип обслужва 27 000 души. Обслужваното население от 1 реанимационен екип в областите Силистра, Смолян, Разград, Шумен, София област е от 42 до 50 000, докато в областите Бургас, Пловдив, Велико Търново е от 140 до 210 000 души.

Значителни различия се наблюдават и при оценката на осигуреността на екипите на база площ на обслужваната територия, който е значително по-обективен показател при ниска гъстота на населението, каквато е налице в повечето области на страната: В ЦСМП-Плевен, Русе, Пловдив този показател е 1 екип на 250-260 кв.км., докато в ЦСМП Добрич 1 екип обслужва 525 кв.км, ЦСМП-Монтана – 453 кв.км, Търговище – 443 кв.км.- Фиг.29.

Фиг. 29. Осигуреност с екипи на ЦСМП на 1000 кв.м. територия



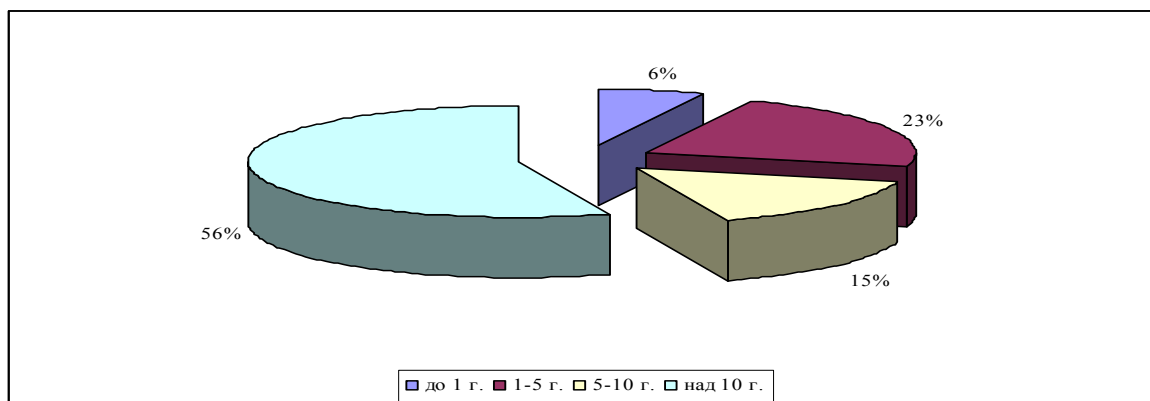
Източник: МЗ

Незаеманите работни места за медицински специалисти в ЦСМП в страната са 317, (5,3% от общия щат)

Възрастовата структура на персонала е относително добра, като 3555 души (63%) от работещите медицински специалисти са възрастовата граница от 35 до 55 години. Въпреки това се наблюдават негативни тенденции, като всеки четвърти работещ е във възрастта от 55 до 65 години - 1434 човека, които ще излязат от системата в следващите години. Само 9% от работещите медицински специалисти са във възрастовата категория до 35 години.

Налице са данни и за известно текучество на медицинския персонал, като работещите по-малко от година в ЦСМП медицински специалисти са 391 (11%). Медицинските специалисти със стаж между 1 до 5 години са 1367 (23%), от 5 до 10 години са 912 (15%), а над 10 години са 3355 човека (56%) – Фиг.30).

Фиг. 30. Структура на медицинския персонал в ЦСМП по стаж през 2010 г.



Източник: МЗ

Сериозен проблем се явява квалификацията на персонала. Лекарите с придобитата специалност са 568, което представлява 49,6% от всички работещи

лекари, като от тях специалност „Спешна медицина” притежават 69 лекари. Без придобитата специалност са 578 лекари (50,4%).

В периода 1999 г.- 2001 г. е проведено единственото систематизирано обучение на висшия и среден медицински персонал от ЦСМП, като финансирането е осигурено по заемното споразумение със Световната банка. Броят на обучените през периода е общо 4548 човека, от които висш медицински персонал 1330, среден медицински персонал 2099, шофьори 1085. След 2001 г. са провеждани спорадични обучения на персонала в рамките на специализирани курсове, като обучението е по-скоро изключение, отколкото системна дейност.

Осигуреността на централите за спешна медицинска помощ със санитарни транспортни средства и медицинска апаратура е много добра. Към момента ЦСМП разполагат общо с 813 санитарни автомобили, от които 400 нови автомобили, закупени през периода 2007-2009 г. Всички нови автомобили са изцяло оборудвани съгласно европейския стандарт EN 1789:2007. Наличната медицинска апаратура, предоставена на екипите осигурява оказването на спешна медицинска помощ на мястото на произшествието и по време на транспортиране в пълен обем.

През 2010 г. от екипите на ЦСМП са изпълнени общо 814 609 повиквания (841 488 за 2009 г.), от които 622 329 (76.4 %) – спешни, 72 004 – за неотложна помощ и 120 276 – за санитарен транспорт (Табл. 17 от Приложението). Общият брой на обслужените лица от ЦСМП и спешните отделения на лечебните заведения е намалял от 2 538 420 през 2009 г. на 2 509 687 през 2009 г. (Табл. 18 от Приложението).

ЦСМП осигурява и транспорт на пациенти на хроничнодиализно 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 2010 г. – 14.8% (13.4% за 2009 г.).

Броят на забавените повиквания (т.е. пристигане на екипа след повече от 20 минути) по данни на ЦСМП през 2010 г. е 34 824, или 4% от общия брой изпълнени повиквания. От тях 27 637 (79%) са регистрирани в ЦСМП-София град. Тези данни следва да се приемат с определена условност поради липса на обективни възможности за проверка на достоверността им, както и отсъствието на норми за изпълнение на спешно повикване.

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

Средната натовареност на 1 екип през 2010 г. запазва тенденцията от предходните години и е 3,2 повиквания на 12 часово дежурство, като се наблюдават значителни различия в натовареността на отделните центрове за спешна медицинска помощ. Най-висока натовареност на 1 екип е налице в ЦСМП-София град -7,6 повиквания (по данни на МЗ).

Системата на ЦСМП се финансира чрез пряка държавна субсидия от републиканския бюджет. През периода 2006-2010 г. размерът на средствата за финансиране на системата се увеличават значително – от 52 млн. през 2006 г. до 82,1 млн. лв. през 2010 г., т.е. ръст с около 57%.(по данни на МЗ) Разходите за възнаграждение на персонала съставляват 78.4 % от общите разходи, за издръжка на ЦСМП – 21.6%.

Годишният разход за спешна медицинска помощ на 1 жител през 2010 г. е 10,86 лв. Средната стойност на 1 повикване в Център за спешна медицинска помощ през 2010 г. е била 98,7 лв.

Независимо от нарастването на бюджетните средства, системата изпитва сериозен недостиг на финансови ресурси, свързани както с нарастването на цените на основните продукти и услуги (горива и енергия, медикаменти, застраховки и др.), така и с възможностите за финансова мотивация на работещите.

При анализа на системата за спешна помощ се установяват следните проблеми:

- нарастващи диспропорции и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа;
- липса на ясни критерии, регламентиращи структурата на системата за спешна медицинска помощ и броя и вида на медицинските екипи;
- влошаваща се кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на персонала
- засилено търсене на медицинска помощ в системата за спешна медицинска помощ, поради затруднения в достъпа до извънболнична и болнична помощ;
- натоварване на дейността на системата за спешна медицинска помощ с възлагане на несвойствени функции и дейности, извън основния предмет на дейност.
- противоречива нормативна база по отношение на функциите;
- нарушена координация между спешната помощ и останалите елементи на системата на здравеопазване;

НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ

Разработване на цялостна концепция за развитието на системата за спешна помощ, основаваща се на добрите европейски практики и съобразена със специфичните за страната култура, традиции, ценности, реалности и цели и включваща:

- оптимизиране на нормативната база;
- подобряване на структурата на системата за спешна медицинска помощ;
- утвърждаване на стандарти за териториално разпределение (карта) на структурите за спешна медицинска помощ и време за достъп при спешни повиквания;
- устойчиво развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ;
- подобряване на организацията при предоставяне на спешната медицинска помощ;
- интегриране на системата за спешна помощ в Националната система за спешни повиквания;
- подобряване на координацията и взаимодействието между системата за спешна медицинска помощ, извънболничната и болничната медицинска помощ;

2.4. Контролна дейност

През 2010 г. контрол на дейността на лечебните заведения е осъществяван от Изпълнителна агенция „Медицински одит” (ИАМО) и НЗОК.

Най-честите констатирани нарушения, относно *съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското*

обслужване в лечебните заведения с изискванията на ЗЗ, ЗЛЗ и нормативните актове по прилагането им, се отнасят до: липса или наличие на няколко Правилници за устройството, дейността и вътрешния ред; липса на регистрация в РЦЗ; извършване на неразрешени дейности; липса на ценоразписи и др.

Констатирано е *нарушаване на правата на пациентите* относно своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ; получаване на информация от лекуващия лекар в подходящ обем и форма и др.

Установени са нарушения при *изпълнението на изискванията по медицински стандарти*.

Спазват се правилата за изписване, съхраняване и разходване на *лекарствените продукти, предназначени за лечение на злокачествени заболявания*, доставени по реда на Наредба №34/2005г. Нередовно е снабдяването с обезболяващи препарати - морфин.

Проверените звена за *инвазивна кардиология* отговарят на изискванията на стандарта. Установени са, обаче, немотивирани индикации за хоспитализация; висок процент на ангиографии без значими стенози; среднодневна свръхнатовареност на някои катетеризационни лаборатории; нисък дял на интервенционалните спрямо диагностичните процедури; липса на регистър за броя и вида на интервенциите, за резултатите, за броя на усложненията и вътреболничната смъртност като част от системата за контрол на качеството и др.

Констатирани са нарушения, свързани със *структурата, организацията и извършването на трансплантации на органи, тъкани и клетки*. Проследяването на пациентите с трансплантации, както и осигуряване на имunosупресивно лечение не е нормативно уредено..

По отношение на *спешната медицинска помощ* се установява, че структурата на спешните отделения отговаря на нормативните изисквания. Незначителен е дялът на лекарите с придобита специалност „Спешна помощ”. Липсва унифицирана медицинска документация за осъществяваната дейност. Констатира се занижен финансов контрол .

Данните за контролната дейност на НЗОК са представени в Годишен отчет за дейността на институцията.

2.5. Финансиране на здравната система

С консолидирания бюджет за 2010 г. разчетените разходи за функция „Здравеопазване” (вкл. резерва) са 2 856.3 млн. лв., а изразходваните средства по функцията за годината са в размер на 3 000.8 млн. лв., или 105.1 % спрямо годишния разчет. Средствата за функция „Здравеопазване” представляват 4.3 % от БВП.

(млн. лв.)							
ОТЧЕТ 2010 г.	КФП	РБ	НЗОК	Общини	ИБСФ	Предприс. п-ми	Европ. ср-ва
IV. ДРАВЕОПАЗВАНЕ	3 000,8	795,5	1 979,3	219,6	3,3	0,5	2,6
Текущи нелихвени разходи	2 960,9	772,1	1 977,4	210,1	0,0	0,5	0,7
Капиталови разходи	40,0	23,3	1,9	9,5	3,3	0,0	1,9

Източник: МФ

По данни на Министерство на финансите консолидираният бюджет – общо разходи по функция “Здравеопазване” през 2010 г. е 3 000 836 342 лв. и е по-висок от същия за 2009 г. (Табл.11)

Табл. 11. Разходи за здравеопазване за 2009 и 2010 г. (в лв.)

Консолидиран бюджет (по отчет)	2009 г.	2010 г.
Общо разходи по функция „Здравеопазване” в т.ч.:	2 634 367 184	3 000 836 342
Общини (вкл. ИБСФ)	231 011 125	224 946 872
Социално осигуряване (НЗОК)	1 702 652 030	1 979 338 735
Министерства и ведомства	696 444 307	792 211 406
Централен бюджет (за организации с нестопанска цел)	4 259 722	4 339 329

Източник: МФ

Разходите на републиканския бюджет по функция “Здравеопазване” през 2010г. са насочени към финансиране на следните основни приоритети:

- Основни системи на общественото здравеопазване – центрове за спешна медицинска помощ, регионални инспекции за опазване и контрол на общественото здраве, центрове за трансфузионна хематология и др.;
- Национални здравни програми по стратегически здравни приоритети и социално значими заболявания;
- Осигуряване на животоподдържащи и животоспасяващи лекарства и медицински изделия по централна доставка;
- Диагностично-консултативна и лечебна дейност в лечебните заведения, в системата на МЗ, МТИТС, МС, МО и МВР.

МЗ субсидира лечебните заведения за болнична помощ с държавно и общинско участие въз основа на договор за дейности, които са определени като държавна отговорност, по критерии и ред определени от министъра на здравеопазването, в съответствие с чл.82 от Закона за здравето (за извършена диализна дейност; издадени експертни решения на ТЕЛК; извършени дейности по трансплантация; диспансерна дейност; лечение на активна туберкулоза на хоспитализирани лица; физикална терапия и рехабилитация на вътрешни болести с хронично протичане; амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и болнично лечение на пациенти със СПИН; оценка на здравословното състояние и поставяне на индикации за спешно състояние на пациента; интензивно лечение и др.) През 2010 г. размерът на тези средства възлиза на 143,6 млн. лв. при 123,2 млн. лв за 2009 г.³⁶

Субсидиите за болнична помощ чрез бюджета на МЗ за 2010 г. по отчет са 143.6 млн. лв., което представлява изпълнение от 143.6 % спрямо предвидените по актуализирания закон 100.0 млн. лв.

Съществен дял от разходите за здравеопазване по републиканския бюджет, чрез бюджета на МЗ заемат разходите по централна доставка на лекарствени продукти, консумативи, биопродукти, медицински изделия, радиоактивни изотопи, тестове за СПИН и хепатит и др., които се осигуряват чрез бюджета на МЗ и гарантират ангажимента на държавата по отношение на лечението на онкоболни и други, страдащи от тежки хронични и социално значими заболявания. По отчет тези разходи възлизат на 179.3 млн. лв., от които 137.0 млн. лв. са за скъпоструващи лекарства по Наредба 34/2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

³⁶ Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г.
<http://www.minfin.bg/bg/page/236>

Съществен дял от разходите за здравеопазване по бюджета на министерството, заемат разходите за централизирани доставки на лекарствени продукти, биопродукти (ваксини и специфични серуми), радиоактивни лекарствени продукти, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори, медицински изделия за вземане, диагностициране, преработване и съхраняване на кръв и кръвни съставки, медицински изделия за лечение на болни с бъбречна недостатъчност на диализно лечение, китове, реактиви и консумативи за изследване на бременни жени и деца и др. Финансират се и централизирани доставки и дейности в изпълнение на 15 национални програми, вкл. доставки на тестове за СПИН, хепатит и др. По отчет тези разходи възлизат на 203.5 млн. лв., от които 137.0 млн. лв. са за скъпоструващи лекарства по Наредба №34/2005 г. за реда за заплащане от РБ на лечението на българските граждани за заболявания извън обхвата на ЗЗО³⁷. С осигурените средства се гарантира ангажимента на държавата по отношение на лечението на онкоболни и други, страдащи от тежки хронични и социално значими заболявания, както и провеждането на профилактични дейности в изпълнение на приетите национални програми.

Чрез бюджета на МЗ се финансират основните системи на общественото здравеопазване - центровете за спешната помощ, регионалните инспекции за контрол и опазване на общественото здраве, центровете по трансфузионна хематология. Чрез бюджета на МЗ се извършват и разходите по национални програми, приети с решения от МС, свързани с промоция, профилактика и лечение на значими заболявания, определени като национални здравни приоритети. През 2010 г. са финансирани общо 15 национални програми като разходите за тях са в размер на 24.2 млн. лв. Основната част от тези средства са за лекарства и консумативи, свързани с лечение и превенция на социално значими заболявания.

За субсидии за осъществяване на болнична помощ на диспансерите за онкологични, пневмофтизиатрични, психични и кожно-венерически болести са предоставени 84.5 млн. лв.

Общият размер на извършените разходи за функцията **по бюджета на НЗОК** е 1 973.4 млн. лв. за 2010 г. или 103.8 % от планираните със ЗБНЗОК за 2010 г., като с най-голям относителен дял са здравноосигурителните плащания, в размер на 1 942.1 млн. лв. Изпълнението на здравноосигурителните плащания е 104.4 % спрямо предвидените в актуализирания ЗБНЗОК за 2010 г. (1 859.9 млн. лв.)

През 2010 г. е разплатена извършената и отчетена дейност от изпълнителите на медицинска помощ до месец ноември включително. Към края на периода са останали неразплатени задължения към лечебни заведения за болнична помощ за месеци юни и юли в размер на 47.2 млн.лв. и задължения за лекарствени средства за домашно лечение към аптеките в размер на 32.7 млн.лв. Тези средства са разчетени в Закона за бюджета на НЗОК за 2011 година.

Разпределението на здравноосигурителните плащания по отчет за 2010 г. е както следва:

- първична извънболнична медицинска помощ – 155.4 млн. лв.;
- специализирана извънболнична медицинска помощ – 160.4 млн. лв.;
- дентална помощ – 97.3 млн. лв.;
- медикодиагностична дейност – 61.9 млн. лв.;
- лекарства за домашно лечение – 366.1 млн. лв.;
- болнична помощ – 1 084.9 млн. лв.;
- други здравноосигурителни плащания - 16.1 млн. лв.

Като здравноосигурителни плащания следва да се третират и предоставените в размер на 50.8 млн. лв. трансфери към бюджетни предприятия (за сключени

³⁷ Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2008 г. <http://www.minfin.bg/bg/page/236>

договори за болнична помощ с лечебни заведения по чл.5 от ЗЛЗ). В структурата на разходваните 1 992.8 млн. лв. за здравноосигурителни плащания през 2010 година (от тях: отчетени като разходи за здравноосигурителни плащания в размер на 1 942.1 млн. лв. и 50.8 млн. лв. като предоставени трансфери към бюджетни предприятия/лечебни заведения по чл.5 от ЗЛЗ), най-голям относителен дял, заема разходите за болнична помощ – 56.9 %. Най-голям е дялът на разходите за социално осигуряване (НЗОК) – 66 % от всички разходи.

Със средствата от държавната субсидия, МЗ финансира и дейността на 28 РИОКОЗ, 28 РЦЗ, 12 лечебни заведения за психиатрична помощ, 32 дома за медико-социални грижи за деца в неравностойно социално положение, 28 центъра за спешна медицинска помощ, 4 центъра за трансфузионна хематология, 7 национални центъра и други второстепенни разпоредители с бюджетни кредити. Това са структури, които по закон изпълняват контролни и лечебни функции, здравни програми и проекти от регионално и местно значение. Средствата за текущи разходи, които са предоставени на бюджетните организации през 2010 г., са в размер на 210.9 млн. лв.

През 2010 г., отчетените капиталови разходи по бюджета на МЗ за основни ремонти и придобиване на медицинско оборудване, са в размер на 2.7 млн. лв., включително усвоените средства по заемните споразумения и международните програми. В сравнение с осигурените средства през 2009 г., се отчита значително намаление, което е в резултат от рестриктивната политика на правителството по отношение на бюджетните разходи в условията на икономическа криза.

Общият размер на разходите по национални програми за 2010 възлиза на 24 191 476 лв. (Табл.12).

Табл. 12. Справка за извършените плащания за текущи разходи по национални програми за 2010 г.

№	Видове национални програми	Изплатени суми към 31.12.2010 г.
	НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМИ	24 191 476
1	НП за превенция и контрол на туберкулозата в Р България за периода 2007-2011 г.	144 971
2	НП за редки болести 2009-2013 г.	1 281 119
3	НП за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Р. България 2008-2015 г.	3 244 109
4	НП "Медицински стандарти в Р България" 2008-2010 г.	44 646
5	НП за ограничаване на тютюнопушенето в РБългария 2007-2010 г.	36 411
6	НП за действие по околна среда и здраве 2008-2013 г.	7 168
7	НС по безопасност на храните - безсрочна	152 059
8	НП за елиминация на морбили и вродена рубеола 2005-2010 г.	3 726 853
9	НП за действие "Храни и хранене" 2005-2010 г.	10 000
10	Национална програма за изпълнение на Плана за действие на Националната стратегия за борба срещу наркотиците /2009-2013г./	9 533
11	НП на РБългария за готовност за грипна пандемия	13 635 700
12	Здравна стратегия за лица в неравностойно положение принадлежащи към етническите малцинства	394 838
13	НП за ограничаване на остеопорозата в РБългария 2006-2010 г.	36 000
14	НП за развитие на трансплантацията на стволови клетки 2007 - 2014г.	682 813
15	Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в Република България за периода 2009 - 2014 г.	785 256

Източник: МЗ

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

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/.

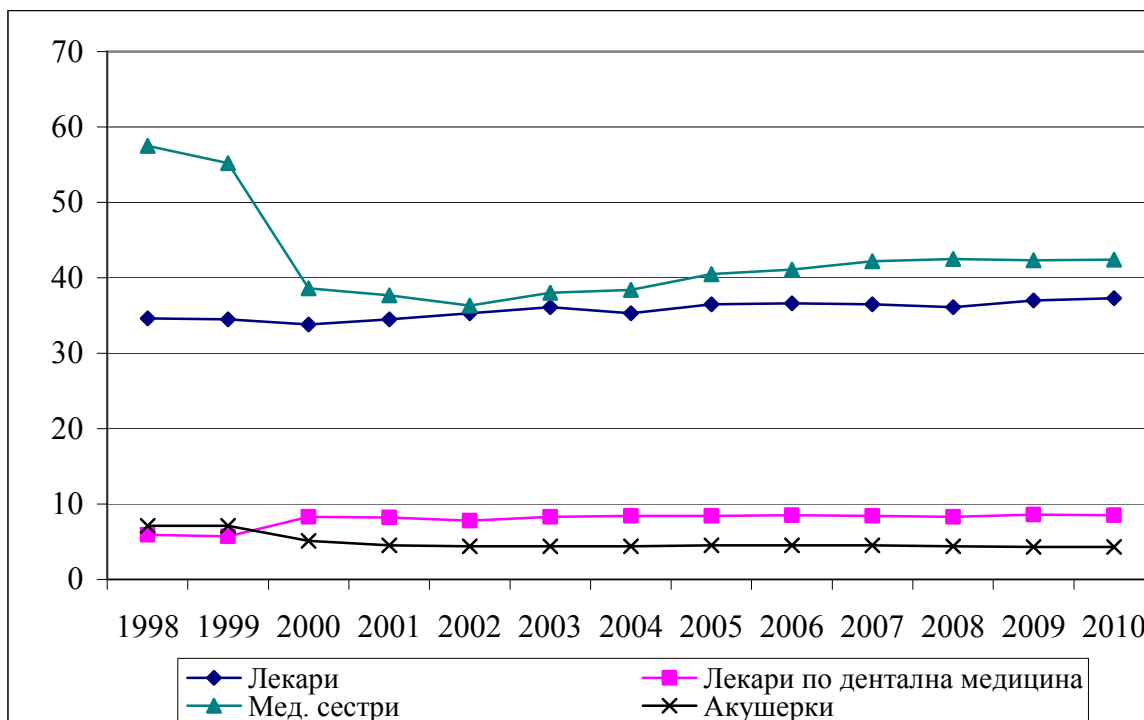
В системата на финансиране на здравеопазването съществуват проблеми по характерни от които са:

- ✓ Недостатъчно публично финансиране, което представлява основна бариера за осигуряване на равен достъп до необходимата медицинска помощ
- ✓ Периодично възникващата задлъжнялост на болничния сектор, която продължава да съпътства дейността на здравната система през последните години.
- ✓ Недостатъчни стимули за разпределяне на финансов ресурс за промоция на здравето и профилактика на болестите.
- ✓ Изградена интегрирана система на национални здравни сметки все още не се използва адекватно

2.6. Човешки ресурси, медицинско образование

През 2010 г. броят на лекарите³⁸ е 27997. Осигуреността на населението с лекари е 373‰ (Фиг. 31), като остава по-висока от тази за ЕС – (330.46‰³⁹ за 2009 г.)

Фиг. 31. Осигуреност с лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и акушерки на 100 000 души население за периода 1998-2009 г.



Източник: НСИ, НЦОЗА

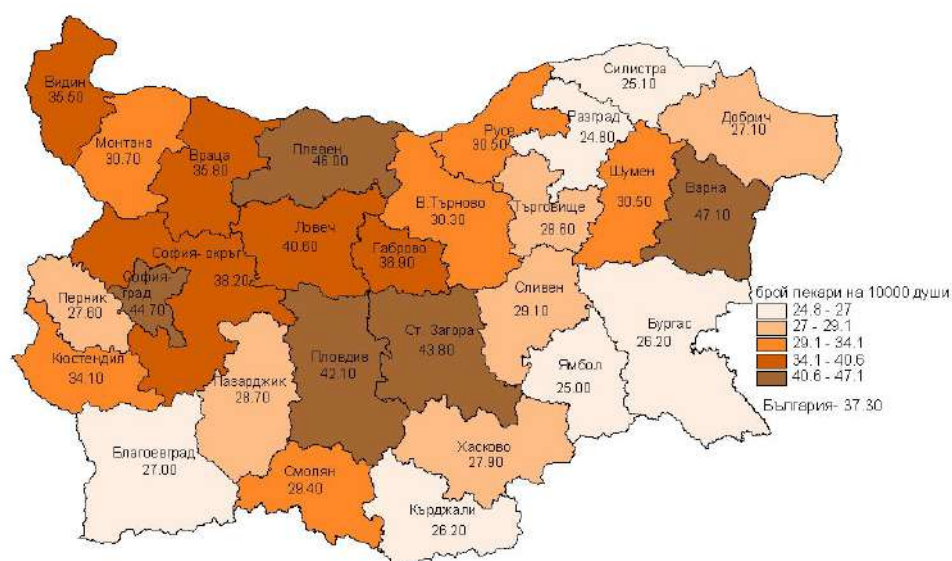
Броят на лекарите по дентална медицина през 2010 г. е 6355 и е намален спрямо предходната година с 238 лекари, като осигуреността през 2010 г. е 85‰ и е по-висока от тази за ЕС (66.19‰ за 2009г.)

Запазва се тенденцията за наличие на значителни междурегионални различия и през 2010 г.(Фиг.32) в осигуреността: с лекари - от 471‰ във Варна и 447‰ за София-град до 248‰ в област Разград; с лекари по дентална медицина – от 131‰ в Пловдив и 120‰ в София-град до 48‰ за области Търговище и Разград (Фиг.33).

Фиг. 32. Осигуреност с лекари на 10000 души население за 2010 г. по области

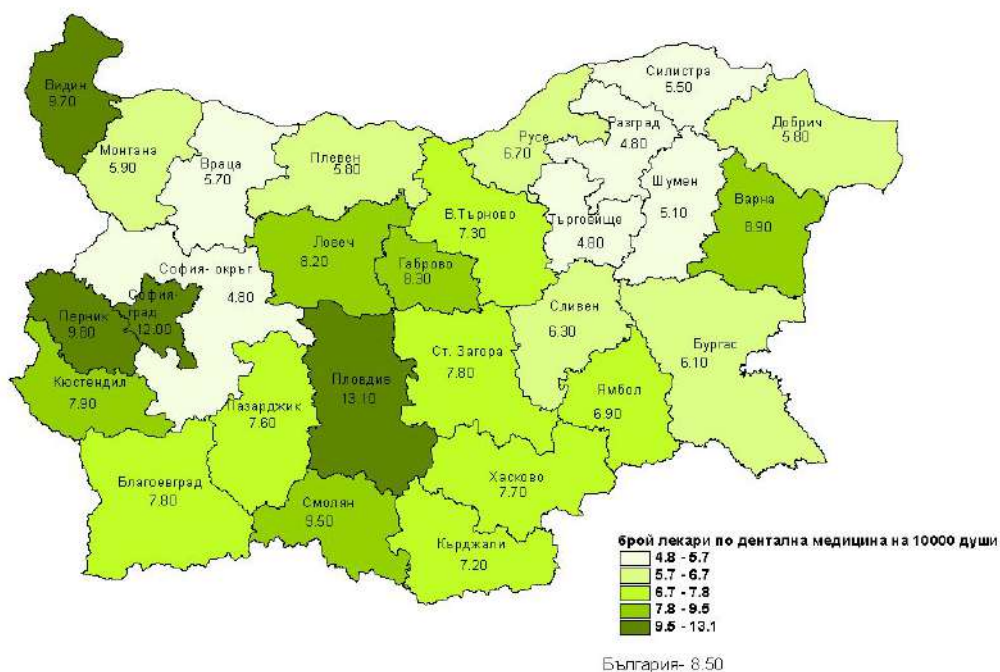
³⁸ НСИ: В броя на медицинския персонал (физически лица) се включват практикуващите в лечебните и здравни заведения, независимо от ведомствената подчиненост на заведенията. **Практикуващите лекари** извършват услуги директно на пациенти. Задълженията на практикуващите лекари включват: извършване на медицински 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.

³⁹ www.euro.who.int



Източник: НСИ, НЦОЗА

Фиг. 33. Осигуреност с лекари по дентална медицина на 10000 души население за 2010 г. по области



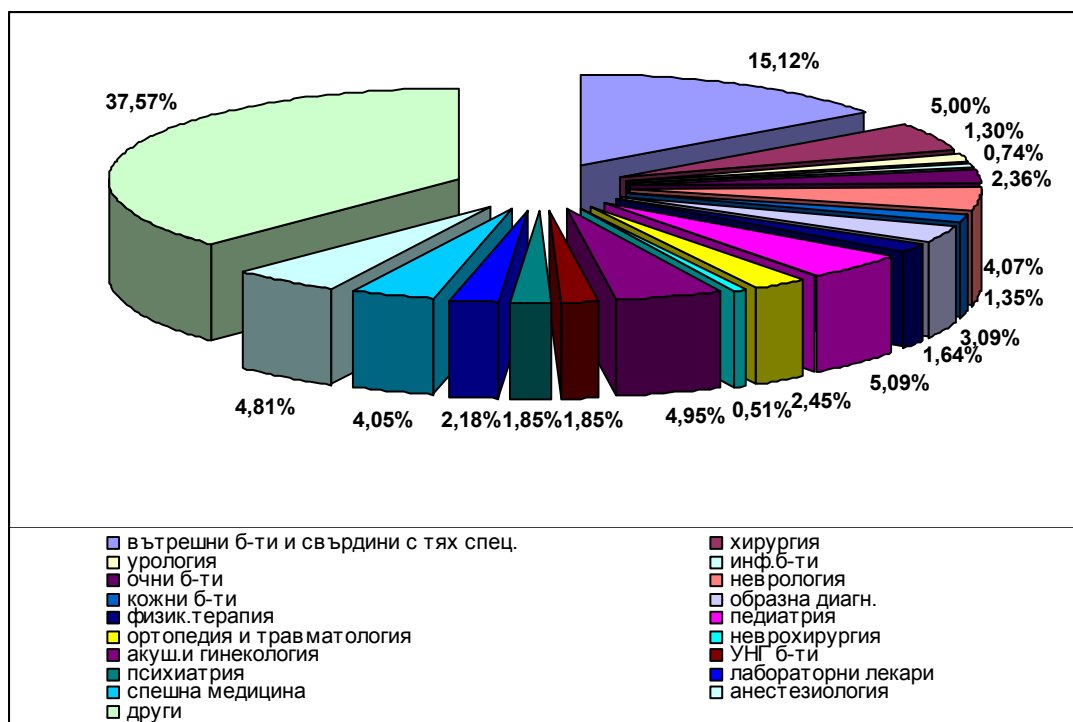
Източник: НСИ, НЦОЗА

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.

Осигуреността на населението у нас с общопрактикуващи лекари (ОПЛ) се запазва на почти едно и също ниво и през 2010 г. е 63‰ и е незначително намалена спрямо 2009 г. (65‰), при запазени големи териториални различия. Според Европейската база данни на СЗО, показателят за ЕС е 87.38‰ за 2009 г. (Таблицы 22 в Приложението).

В структурата на посочените от НСИ лекари по специалности (Фиг. 34) преобладават терапевтите (вътрешни болести и свързаните с тях специалности) – 15.12% следвани от педиатри (5.09%), хирурзи (5.00%), акушер-гинеколози (4.95%). С най-ниски относителни дялове са представени неврохирурзи (0.51%) и инфекционисти (0.74%).

Фиг. 34 Структура на лекарите по специалности през 2010 г. (в %)



Източник: НСИ, НЦОЗА

През 2010 г. най-висока е осигуреността в страната със специалисти по **вътрешни болести** (56‰). Осигуреността с **хирурзи** е 19‰, с **акушер-гинеколози** - 18‰ и с **педиатри** - 19‰. Наблюдава се тенденция за запазване на показателите за осигуреност на населението с отделните специалисти на едно и също ниво.

Осигуреността на населението с **медицински сестри** през 2010 г. е 424‰, като остава значително по-ниска от средната за ЕС - 823.64‰ за 2009 г. Съотношението лекари/медицински сестри е 1:1.14 (ЕС - 1:2.5), което се отразява негативно на качеството на здравните грижи у нас.

В същото време осигуреността с акушерки през 2010 г. е 43‰ (при 43‰ за 2009 г.), което е по-високо от това в ЕС - 32.34‰.

В лечебни заведения за болнична помощ през 2010 г. работят 65.78% (64.99% за 2009 г.) от медицинските сестри, 81.49% (81.97% за 2009 г.) от акушерките,

60.11% (59.11% за 2009 г.) от медицинските лаборанти, 68.52% (67.29% за 2009 г.) от рентгеновите лаборанти и 70.86% (68.39% за 2009 г.) от рехабилитаторите.⁴⁰

Развитието на човешките ресурси в здравеопазването е свързано с адекватно планиране, качествено студентско и следдипломно обучение. 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.

Анализът на приема на студенти през учебната 2010/2011 година по данни на МЗ показва, че броят на местата по специалности е както следва: Медицина – 558 (за учебната 2009/2010 г. – 558), Дентална медицина – 216 при 190 за 2009/2010 г., Фармация – 214 при 204 за 2009/2010 г., Обществено здраве – 562 при 432 за 2009/2010 г., Здравни грижи – 685 при 715 за предходната учебна година, Медицинска сестра – 370 при 390 за предходната учебна година и Акушерка – 155 при 145 за предходната учебна година.

Утвърдените места за специализанти през 2010г., по данни на МЗ, са както следва: лекари – 1 577 при 3017 за 2009 г., лекари по дентална медицина – 57 при 101 за 2009 г., фармацевти – 9 при 103 за 2009 г., здравни грижи – 118 при 215 за 2009 г., немедици – 158 при 150 за 2009 г., медицинско и немедицинско образование – 38 (толкова и за 2009 г.), военномедицински специалности – 5 при 42 за 2009 г..

Общият брой места за специализанти е намален от 3637 за 2009 г. на 2045 през 2010 г., от които 400 финансирани от държавата, 624 места по реда на чл. 20 от Наредба № 34 от 2006 г., 776 места срещу заплащане и 245 - за чужденци. Заетите места са 636, или едва 31% от утвърдените места.

Отпуснатите места за прием през 2010г. по Наредба № 15 от 2008 г. за придобиване на специалност “Обща медицина” от общопрактикуващите лекари са 649, от тях заети – 118 или само 18.18%.

Планираните средства за местата, финансирани от държавата и за финансиране на обучението за придобиване на специалност „Обща медицина” от общопрактикуващите лекари за 2010 г. са в размер на 7 000 000 лв.

Специализантите по реда на Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, приети през 2008 г., 2009 г. и 2010 г. са 2845. Следва да се отбележи, че за посочените 3 години са заети по-малко от 30% от утвърдените места за лекари-специализанти. Една от основните причини е намаленият брой лекари, завършващи през последните години в резултат на редуцирания прием на студенти по медицина. За последните 5 години са завършили едва 1412 лекари – български граждани, а за последните 10 години – 3424. Предвид намаляването на броя лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти, медицински сестри, акушерки и други медицински специалисти Министерство на здравеопазването ежегодно предлага на министъра на образованието, младежта и науката, да се увеличи броя на приеманите студенти по тези специалности в съответствие с разпоредбите на Закона за висшето образование. В Решението на Министерски съвет за утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти във висшите училища на Република България, се изисква местата по специалностите от регулираните професии да е в съответствие с капацитета на всяко висше училище, определен с акредитационната им оценка.

С цел защита интересите на специализантите и оптимизиране на процеса на обучение са извършени следните нормативни промени, с които се регламентира: зачитането на времето за обучение за придобиване на специалност за трудов стаж (чл. 180, ал. 4 от Закона за здравето); възможността за осигуряване за всички

⁴⁰ НЦОЗА, 2010

осигурени социални рискове (чл. 4, ал. 1, т. 9 от Кодекса за социално осигуряване); минималното възнаграждение, което следва да получават специализантите, приети на места срещу заплащане за извършена лечебно-диагностична дейност или медицински и здравни грижи в размер, равен на този за специализантите, приети на места, финансирани от държавата; недопускането на двойно заплащане за извършена от специализантите дейност през едно и също време, когато те работят на трудов договор в базата за практическо обучение по същата специалност, по която се обучават; контролни функции на министъра на здравеопазването на дейностите по провеждане на обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването върху висшите училища, лечебните и здравните заведения; обявяване от висшите училища на конкурси за местата за специализанти в тримесечен срок от утвърждаването им. В 6-месечен срок висшите училища ще обявяват втори конкурс за останалите незаети места за специализанти.

В договора за обучение ще се конкретизират: условията и реда за получаване на допълнително възнаграждение от паричните средства на лечебното заведение; условията и реда за ползване на платен годишен отпуск, който не може да е по-малък от 20 и по-голям от 30 работни дни; пълната ежедневна продължителност на практическото обучение при спазване на изискванията на Кодекса на труда и установеното разпределение на работното време в съответното лечебно заведение и др.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

Проблемите на човешките ресурси в здравеопазването продължават да са свързани с:

- регионални диспропорции, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ;
- ниска осигуреност с медицински сестри и неблагоприятно съотношение между медицински сестри и лекари;
- тенденция за намаляване на специалистите по някои специалности;
- 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;
- емиграцията на медицински персонал
- липса на официален регистър на категориите медицински персонал
- липса на стратегия за развитие на човешките ресурси в системата.

НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ:

- Разработване на дългосрочна стратегия за развитие на човешките ресурси въз основа на анализ и оценка на реалното им състояние и определяне на реалните потребности от кадри в здравеопазването.
- Разработване и въвеждане на информационна система за регистрация и мониториране на персонала в здравеопазването, в т.ч. и на мигриралите кадри.

**ТРЕТИ РАЗДЕЛ:
ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО
НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ - 2010**

Националната здравна стратегия е политически инструмент за стабилно и последователно развитие на системата на здравеопазване, осигуряващо предвидимост на резултатите от прилаганите мерки, оценка и анализ на постигнатото и преориентиране на дейностите в приоритетите, където има проблеми и забавяне. При анализа са използвани данни от Министерството на здравеопазването, като оценката е направена чрез използване на метода на експертната оценка (Делфи метод).

1. АНАЛИЗ НА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ ЦЕЛИ

За отчетния период – 2010 година, данните по законодателното и нормативно уреждане на обществените отношения, свързани с изпълнението на стратегическите цели показват следното⁴¹:

1. Обнародвани нормативни актове от компетентността на Министъра на здравеопазването или на МС, на които Министъра е вносител – 132
2. Имащи отношение към стратегията – 87.

Основна част от тях са по стратегическа цел 2 - ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГАРАНТИРАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ С ПОВИШЕНО КАЧЕСТВО И ОСИГУРЕН ДОСТЪП ДО ТЯХ - общо 67 нормативни документи, свързани с приемането на медицински стандарти или тяхната промяна (65). На второ място е стратегическа цел 1. Т. 3 – 4 нормативни акта.

1.1. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 1. ОСИГУРЯВАНЕ УСЛОВИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

Точка 1. Внедряване на подхода "Здраве във всички политики"

Дейности:

Подточка 1.2. Създаване на база данни за здравето на населението и неговите детерминанти. Срокът за изпълнение е до 2013 г. НЦООЗ и НЦЗИ са съизпълнители. Водещ изпълнител е МЗ. В момента е в начален стадий на изпълнение.

Подточка 2.2. Провеждане на информационни кампании, свързани с определени рискови за здравето фактори сред различни целеви групи. Срокът за изпълнение е до 2013 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Има извършени дейности чрез стартиране на програмата „Информирани и здрави”.

Подточка 2.3. Повишаване информираността на хората за потенциалните опасности за тяхното здраве. Срокът за изпълнение е до 2013 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. В начален стадий на изпълнение.

Подточка 3.1.2. Проучвания за оценка на здравния риск, предизвикан от замърсители в атмосферата, водите и почвите. Срокът за изпълнение е до 2013 г.

⁴⁶ Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, НЦОЗА, София, 2010 г.

НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Няма докладвани резултати.

Подточка 3.1.3. Изпълнение на Националния план за действие по околна среда и здраве. Срокът за изпълнение е до 2013 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Отчетът за изпълнението на дейностите от НЦООЗ са предадени на Дирекция „Обществено здраве” при МЗ и са включени в нейния отчет.

Подточка 3.1.4. Изпълнение на Националната програма за ограничаване злоупотребата с алкохол. Срокът за изпълнение е до 2012 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Програмата не е разработена.

Подточка 3.1.7. Изпълнение на Националния план за действие „Храни и хранене”. Срокът за изпълнение е до 2010 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Отчетът за изпълнението на дейностите от НЦООЗ са предадени на Дирекция „Обществено здраве” при МЗ и са включени в нейния отчет.

Подточка 3.2.1. Изпълнение на националната политика за психично здраве. Срокът за изпълнение е до 2012 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Има една публикация, основана на мултинационално изследване.

Подточка 3.2.3. Изграждане на регионален информационен център по въпросите на психичното здраве. Срокът за изпълнение е до 2013 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Няма докладвани резултати.

Подточка 3.2.4. Изграждане на дневни центрове за психосоциална рехабилитация. Срокът за изпълнение е до 2013 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Започнато е да се работи – има създадена работна група. Няма докладвани резултати.

Подточка 3.4.3. Повишаване квалификацията на кадрите, упражняващи държавен здравен контрол. Срокът за изпълнение е до 2013 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Има проведено обучение на служители на РИОКОЗ.

Подточка 4.1.3. Здравна стратегия за лица в неравностойно положение. Срокът за изпълнение е до 2015 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Започната е работа – има създадена работна група.

Разработване на единни критерии за оценка ефективността и ефикасността на оказаната медицинска помощ. Срокът за изпълнение е до 2010 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Отчетът за изпълнението на дейността от НЦООЗ е предаден на МЗ през 2009 г. Няма създадена нормативна база и приложение на извършеното от НЦООЗ.

Точка 2. Повишаване информираността на гражданите за здравословния начин на живот и за заплахите за тяхното здраве

Дейности:

2.6. Изграждане на система за безопасност на пациентите, съгласно европейските изисквания.

В изпълнение на тази цел бе създадена Изпълнителна агенция „Медицински одит“ на основание чл. 116а, ал. 3 от Закона за здравето (в сила от 01.07.2009 г.) и чл. 55 от Закона за администрацията, както и по препоръка на Европейската комисия в изпълнение на мярка 42 „Структуриране на Агенция „Медицински инспекторат“. Първоначалното наименование на Агенцията е Изпълнителна агенция „Медицински инспекторат“. Законът за здравето е изменен – ДВ № 101/2009г. (в сила от 01.01.2010 г.), като наименованието на Агенцията се променя на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО). ИАМО няма териториални структури.

Агенцията започва своята дейност от 01.01.2010 г. Организацията, дейността, функциите, структурата и съставът на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ са определени с приетия на основание чл. 116а, ал. 4 от Закона за здравето (Предишна ал. 3, изм. - ДВ, бр. 101 от 2009 г., в сила от 01.01.2010 г.) Устройствен правилник. По териториален признак ИАМО обхваща територията на РБългария, като понастоящем законът не предвижда разкриване на териториални структури. Агенцията е администрация към министъра на здравеопазването и е юридическо лице на бюджетна издръжка - второстепенен разпоредител с бюджетни кредити към министъра на здравеопазването, със седалище гр. София.

В ИАМО се извършва анализ на резултатите от направените проверки във връзка с подадени жалби и сигнали, свързани с неудовлетвореност от качеството на оказаната медицинска помощ. В институцията има изграден регистър на допуснатите медицински грешки.

2.8. Извършване на медицински одит и мониторинг.

Институцията осъществява контролните си правомощия и задължения чрез основен екип от 29 служители, които се явяват и проверяващи, и актосъставители, и свидетели по всички съставени актове за установяване на административни нарушения, които са образувани по съдебен ред.

През 2010 г. длъжностни лица на ИАМО са извършили **общо 539 проверки**, които включват проверки: по жалби и сигнали на физически и юридически лица, след самосезиране; за изпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти; за съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в лечебните заведения с изискванията на ЗЗ, ЗЛЗ и нормативните актове по прилагането им; за начина, по който лечебните заведения разходват средства, предоставени им от републиканския бюджет по реда на чл. 82 от ЗЗ и по реда на Наредба № 34 от 2005 г.; по документи; тематични проверки - инвазивна кардиология, спешна помощ, трансплантации и др.

След извършените проверки и констатирани пропуски по препоръки на служителите от ИАМО в някои лечебни заведения са предприети незабавно мерки за подобряване на организацията и управлението на лечебния процес.

Точка 3. „Оптимизиране дейностите по опазване на общественото здраве”

Подточка от № 3.1. „Ограничаване влиянието на рисковите фактори, свързани с околната среда и поведението на населението”

Нормативна база – приети са 8 нормативни актове, дадени в приложението

Подточка от № 3.4 „За по-добър и ефективен държавен здравен контрол”

Нормативна база – приети са 4 нормативни актове, дадени в приложението

Подточки от № 3.3.5. до №3.3.11.

Нормативна база – приети са 4 нормативни актове, дадени в приложението

Дейности

т.3.1. Ограничаване влиянието на рисковите фактори, свързани с околната среда и поведението на населението

- *Информираност на гражданите и заплахи за тяхното здраве, свързани с радиационното замърсяване⁴².*

Дейностите по изпълнение на тези задачи произтичат от ЗЗ (раздел VI от глава втора) и свързаните с него 7 наредби, медицински стандарти, както и 22 наредби към Закона за безопасно използване на ядрената енергия (ЗБИЯЕ) и 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 работната и жизнена среда, допринасящи за облъчване на населението като цяло.

В съответствие с европейските изисквания и стандарти, държавния здравен контрол изпълняван от НЦРРЗ обхваща: контрол за радиационно замърсяване на води, почви, въздух, растителност (Наредба №9 от 2001 г.; Директива 98/83/ЕО 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.); диворастящи гъби (Регламент №1635/2006 на ЕК); медицинско облъчване (Наредба №30 от 2005 г.).

Дейности по радиационния контрол извършвани само от Националния център са: външен и вътрешен дозиметричен контрол (Директива 96/29/Евратом на ЕС); метрологичен контрол на средствата за измерване на йонизиращи лъчения използвани в медицината и осигуряване защита на пациента при медицинско облъчване (Директива 97/43/Евратом на ЕС); 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/Евратомна ЕК); контрол на облъчени храни (Наредба №6 от 2002 г.).

През 2010г. е подготвен проект на нормативен документ, заменящ Правилниците 033 и 034 за работа с рентгенови уредби. Предстои предаването на проекта на наредбата и методиката за разглеждане и утвърждаване в МЗ. Подготвен е проект за изменение на Приложение 8 към Наредба 30/2005 г., съдържащо основните изисквания към рентгеновата апаратура по видове, и предложение за изменение в текстове, които ще бъдат внесени в МЗ за разглеждане и утвърждаване. Съгласувани са скринингови програми с използване на йонизиращо лъчение за мамографски и флуорографски прегледи на лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства.

В рамките на проекта «Спри и се прегледай» на МЗ е направено експертно мнение за организиране на популационен скрининг за рак на млечната жлеза в съответствие с добрата медицинска практика. Включени са изисквания към мамографската апаратура за скрининг и към контрола на качеството.

По осигуряване на радиационна защита при медицинско облъчване, и в изпълнение на чл. 29 от Наредба № 30 на МЗ от 2005 г. е проведено национално проучване на облъчването на пациентите при рентгенови диагностични процедури, изработени са нови национални референтни диагностични нива, включени в подготовения проект за изменение на Наредба 30/2005 на МЗ.

През 2010 г. е направена нова оценка на лъчевото натоварване на българското население. Общата колективна доза от рентгеновите изследвания е оценена на 420 mSv на 1000 души от населението. В края на 2009 г. в България има 197 инсталирани компютър-томографски уредби, т.е. 26,4 на един милион население – една от най-високите в региона. От всички КТ уредби, 135 (69 %) са били закупени като втора (дори и трета) употреба и само 44 (22 %) са многосрезови. Средната възраст на уредбите е 10-12 години.

Анализирано е апаратурното, кадровото и дозиметричното осигуряване на лъчелечението в България през 2010 г. В страната няма център, оборудван с повече от 1 ускорител, в противоречие със стандартите за лъчелечение. В 3 лечебни заведения са инсталирани нови гама-облъчвателни уредби с компютърна планираща система. Все още преобладаващата апаратура в страната са архаичните телегама уредби тип РОКУС и една ЛУЧ с ръчно планиране. Брахитерапевтична апаратура за вътрекухинно облъчване засега у нас е налична единствено в СБАЛО.

Извод: Няма подходящо оборудвана Националната дозиметрична лаборатория, която да осигури точност на лъчелечението.

Провеждане на ефективен контрол и оценка по спазване на законодателството в областта на храните от производители и търговци с цел намаляване риска за здравето на хората от заболявания, предизвикани от консумацията на опасни храни⁴³.

Контролна дейност

През 2010 г. се проведе засилен официален контрол на храни от неживотински произход от трети страни по следните регламенти: Регламент (ЕО) № 669/2009 относно засиления официален контрол върху вноса на някои фуражи и храни от неживотински произход; Регламент (ЕО) № 1152/2009 за налагане на специални условия за вноса на определени храни, внасяни от някои трети страни, във връзка с рисковете от замърсяване на тези продукти с афлатоксини; Регламент (ЕО) № 1151/2009 за налагане на специални условия по отношение на вноса на слънчогледово масло с произход или в пратки от Украйна поради риск от замърсяване с минерално масло; Регламент (ЕО) № 1135/2009 за налагане на специални условия по отношение на вноса на някои продукти с произход или изпратени от Китай; Регламент (ЕО) № 258/2010 за налагане на специални условия върху вноса на гума гуар, която е с произход от Индия или е изпратена от същата държава, поради риска от замърсяване с пентахлорфенол и диоксини.

За първото и второто тримесечие са изготвени изискваните по регламентите доклади, проведено е и *обучение на служителите на РИОКОЗ* за работа със стандартизираната форма за отчитане, предоставена от DG SANCO. През месец юни 2010 г. е организирана мисия на Службата по храни и ветеринарни въпроси (FVO) на Европейската комисия (ЕК) за оценка на място на системите на официалния контрол за добавките в храни и за материали и предмети в контакт с храни. Проведен е и специален одит за оценка на контрола върху вноса на храни от растителен произход - от Хранителната и ветеринарна служба (ХВС), като част от общия одит за България, извършен в съответствие с разпоредбите на Регламент (ЕО) № 882/2004 относно официалния контрол на храните и фуражите.

Изготвени са доклади с анализ на замърсяването на атмосферния въздух, на шумовото замърсяване в страната за 2009 г., на питейните води и водите за къпане за 2010г. Обобщена е информацията от РИОКОЗ, необходима за изготвяне на ежегодния доклад до ЕК за качествата на водите за къпане. Докладът е предаден в ЕК в определения срок.

През 2010 г. продължи поддържането на следните *регистри*: 1. Регистър на обектите за производство на храни от неживотински произход и за търговия на дребно с храни. 2. Регистър на биоцидните препарати, за които е издадено разрешение за пускане на пазара по реда на Закона за защита от вредното въздействие на химичните вещества и препарати. 3. Регистър за съхраняване на данните за лицата, които работят или са работили в среда на йонизиращи лъчения. 4. Регистър за извършване на дейност облъчване на храни с йонизиращи лъчения. 5. Регистър за извършване на дейности по изпитване качеството на медицинска радиологична апаратура. 6. Други регистри на административни услуги.

Разработване на нормативни документи:

През 2010 г. са публикувани в Държавен вестник: ПМС 157 от 29.07.2010 г. за създаване на Междуведомствен съвет за управление на изпълнението на Националната програма за действие по околна среда и здраве 2008-2013 г.; ПМС 264 от 09.11.2010 г., с което е приета Наредбата за условията и реда, при които се допуска тютюнопушене в закрити обществени места и в сградите с обособени работни места; Наредба № 9 за максимално допустимите стойности на вибрациите в жилищни помещения; Наредба за дейността на Националната система за мониторинг на шум. Наредбата за максимално допустимите нива на електрически, магнитни и електромагнитни полета в жизнената среда е одобрена от Политическия кабинет и предоставена чрез електронната страница за обществено обсъждане, но поради многото бележки и предложения още не е публикувана.

Съвместно с различни ведомства и неправителствени организации са разработени проекти на Национална програма за предотвратяване злоупотребата с алкохол в Република България, 2011-2015 г., Национална програма по сексуално и репродуктивно здраве 2011-2015 г., Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България за периода 2011-2015 г., Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2011-2015 г. и актуализация на Националния план за действие на инициативата „Десетилетие на ромското включване” за периода 2010 – 2015 г. Предстои програмите да бъдат приети от Министерски съвет.

Дейности по Национални програми

По Националната програма за ограничаване на тютюнопушенето са приключили конкурсите „Европейският бивш пушач на 2009 г.”, Международния конкурс за детска рисунка на тема „Не на цигарите”, Национален ученически конкурс „Моят клас – за живот без тютюн”, „Моят графит – за живот без тютюн”.. Продължава да функционира Националната линия за отказ от тютюнопушенето. През месец март е организиран щанд на МЗ на „Алея на здравето” с представяне на информационни материали в областта на отказване от тютюнопушенето и рисковите фактори за остеопорозата. В цялата страна е проведена кампания на тема „Жените в прицела на тютюневия маркетинг” във връзка с 31 май – Световния ден без тютюнопушене. Проведена е и кампания за оценка на личния риск от остеопороза във връзка с 20 октомври – Световен ден без остеопороза.

т. 3.1.6. „Ограничаване влиянието на рисковите фактори, свързани с околната среда и поведението на населението”

Изпълнение на Националната стратегия за борба с наркотиците 2009-2013 и плана за действие към нея:

Във връзка с ограничаване на бюджетните разходи на МЗ за 2010 г. не са реализирани всички планирани дейности за 2010 г. от Плана за действие на Националната стратегия за борба с наркотиците, ангажимент на МЗ.

Точка 3.2. – Подкрепа за добро психично здраве

За 2010 г. не е предоставено финансиране. Съкратени са 192 легла в ДПБ - от 2710 леглата са намалени на 2518 в смисъла на процеса на деинституционализацията. Съгласно изменението в ЗЛЗ и променени изисквания при разрешителния режим при закриване на съществуващите досега диспансери са издадени разрешения на 12 Центъра за психично здраве, които от 01.01.2011 г. се финансират по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011 г. В чл. 26 на ЗЛЗ е предоставена възможност ЦПЗ да предоставят социални услуги /дневен център, защитено жилище/.

Точка 3.3. „Предотвратяване на възможните рискове за здравето на нацията”

Задачи от подточки № 3.3.5 до 3.3.11 в изпълнение на националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предаваните инфекции и Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата в България. Дейностите са представени в раздела «Функциониране на здравната система» подраздел «Промоция на здравето и профилактика на болестите».

Подточка 3.4. За по-добър и ефективен държавен здравен контрол

Във връзка с предстоящо прилагане на Регламент (ЕО) № 1223 относно козметичните продукти и с оглед информирание на производителите на козметични продукти и повишаване квалификацията на здравните инспектори в РИОКОЗ за провеждане на ефективен здравен контрол върху безопасността на козметичните продукти се проведеха 2 обучителни семинара, организирани съвместно от МЗ и Българската национална асоциация на производителите на етерични масла, парфюмерия и козметика.

През отчетния период активно се работи по възникналите спешни ситуации, изискващи предприемане на адекватни мерки на национално ниво:

1. Епидемия от морбили: през м. февруари 2010 г. е разпоредена извънредна имунизация на всички лица от 13 месеца до 20 годишна възраст с приоритет ромско население в обособени квартали и населени места; на всички РИОКОЗ, РЦЗ, Центрове за спешна помощ са разпоредени конкретни мерки, касаещи извършването на извънредната имунизация, осигуряването на болнично лечение, транспорт и консултиране на болните, регулярен отчет на извършените дейности; разкрити са три нови специализирани отделения за лечение на морбили в София; увеличен е капацитетът на съществуващите специализирани инфекциозни структури в Инфекциозна болница, МБАЛ „Св. Анна” и ВМА; създаден е Оперативен щаб към МЗ; няколкократно са проведени срещи с Националното сдружение на ОПЛ в България за уточняване на тяхното участие в имунизационната кампания, както и с ромски неправителствени организации, Държавната агенция за закрила на детето; проведена е визита на експерти от СЗО и Европейския Център за Контрол на Заболяванията в Стокхолм за оценка на предприетите мерки.

2. Ограничаване разпространението на пандемичния грип: през периода януари - юни 2010 г. към МЗ функционира Национален кризисен център, който ежедневно събира и обработва информацията за регистрираните случаи, извършените изследвания, усложненията, наличния леглови фонд, използваните и наличните количества антивирусни средства; през периода януари-март и октомври-декември 2010 г. многократно са изготвяни разпределения на наличните антивирусни средства; през януари-май 2010 г. са изготвени спецификации и технически условия за закупуване на ваксина от пандемичния щам; през септември-ноември 2010 са разпределени оставащите количества ваксина и са определени рисковите групи за приложението ѝ; редовно участие в седмични телефонни конференции, организирани от Комитета по здравна сигурност към Европейската комисия и в мрежите за надзор на заразните заболявания.

За осъществяване на ефективен здравен контрол върху обектите с обществено предназначение, стоките и продуктите и дейностите със значение за здравето на човека са изготвени и изпратени на РИОКОЗ 141 указателни писма. Те са предназначени за извършване на проверки във връзка с получени нотификации по Европейските системи за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара RAPEX и RASFF.

Дадени са 164 разрешения за пускане на пазара на биоциди и 363 здравни сертификати за износ на стоки. Регистрирани и пререгистрирани са 86 служби по трудова медицина. Разгледани са 2 069 преписки по проектни документи. В рамките на проект по програма „МАТРА” е разработена информационна система за събиране и анализ на данните от мониторинга на питейните води, провеждан от РЗИ и ВиК дружествата и обучение на специалисти от РЗИ и ВиК за работа със системата. Проведено е обучение на специалисти от 6 лаборатории на РИОКОЗ, включени в провежданите ежегодни междулабораторни тестови изпитвания (ринг тестове) в областта на анализиране на питейни води.

Точка. 4. Разработване и изпълнение на програми по социално-значими заболявания и здравни проблеми, представляващи национални приоритети

Дейности:

През 2010 г. по програма 2 – Профилактика на незаразните болести е проведена една обществена поръчка за избор на изпълнител за провеждане на Национално епидемиологично проучване за установяване на оралния статус на деца от три възрастови групи. Сключени са следните договори: договор № РД 10-728/03.08.2010 г. за поддържане и развиване на Националната линия за отказ от тютюнопушене 0700 10 323 и интернет страницата на Националната програма за ограничаване на тютюнопушенето www.aznepusha.bg; договор № РД 17-863/19.08.2010 г. за провеждане на Национално епидемиологично проучване за установяване на оралния статус на деца от три възрастови групи; договор № РД 10-855/22.12.2010 г. за финансиране на дейности по Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България 2009-2014 г.

През 2009 г. е приета Национална програма за редки болести 2009 - 2013 г., която има за цел създаването на адекватна институционална рамка и механизми за осигуряване на навременна профилактика, диагностика, оптимално лечение и рехабилитация на пациенти с редки болести. Със Заповед на Министъра на здравеопазването е конституиран състав на Националния консултативен съвет по редки болести.

Дейностите, реализирани през 2010 г., по тази програмата са следните:

1. Подобряване на профилактиката и диагностиката на редките генетични болести, предразположения и аномалии, чрез провеждане на скрининг изследвания: неонатален скрининг за вроден хипотиреоидизъм; моногенни болести, вродени грешки на обмяната; масов неонатален скрининг за фенилкетонурия; биохимичен дородов скрининг за синдром на Даун и други хромозомни болести, дефекти на невралната тръба и коремната стена; хромозомен анализ – цитогенетика; микроделеционни /микродупликационни синдроми; въведен беше и нов неонатален скрининг за вродена надбъбречнокорова хиперплазия (21 хидроксиллазен дефицит).
2. Провеждане на обучителни семинари за неонатолози, педиатри, общо практикуващи лекари и др. медицински специалисти, чиято дейност предполага познаване на редките болести и възможностите за диагностика и превенция на тези заболявания.
3. Осъществяване на колаборация с другите страни от ЕС и участие в заседания на Комитета на Европейския съюз от експерти по редки заболявания.

Работи се също и в областта на: създаване на Национална мрежа от 6 информационно- референтни кабинети по редки болести, като в основата им ще бъдат заложени медико-генетичните звена; създаване на Национален регистър на пациенти с редки болести; проучване на необходимостта, възможностите и критериите за създаване на референтен център за редки болести на функционален принцип в България; разработване и разпространение на информационни материали насочени към населението с цел повишаване на информираността му за възможностите за профилактика на редките болести.

Точка 4.17. Разработване и изпълнение на програми по социално-значими заболявания и здравни проблеми, представляващи национални приоритети

Дейности по Национална програма за развитие на трансплантацията на стволови клетки 2007-2014

- 1) Разработени са медицински стандарти и СОП-ове, въз основа на които се провежда контрол на качеството на дейностите по трансплантация.
- 2) Извършено обучение и специализации на лекари по проблемите на трансплантацията на стволови клетки.
- 3) Развитие на трансплантацията на стволови клетки и от алогенни донори.
- 4) Въз основа на проведени изследвания на донори на костен мозък и периферни стволови клетки и реципиенти за алогенна трансплантация е направен анализ на генетичния профил на популация, в резултат на което се определи търсенето за тъканна съвместимост в страната.
- 5) Закупена е част от апаратурата, необходима за целите на програмата, която гарантира качеството и обем на извършваните дейности.
- 6) Закупени за медицински изделия за нуждите на трансплантацията на стволовите клетки в страната.

Проект на Национална програма „Медицински стандарти в Р България” – С наредби на министъра на здравеопазването са утвърдени 53 медицински стандарта. Изготвен е проект на Национална програма „Медицински стандарти в Р България” за периода 2011 - 2021 г. Разработен и утвърден е Медицински стандарт по профилактика и контрол на вътреболнични инфекции (Наредба № 39/26.08.2010) и Методично указание за борба с Лаймската борелиоза

Точка 5. Подобряване дейността на здравните кабинети в детските градини и училищата

Изготвен е анализ на физическото развитие и здравословното състояние на децата и учениците за 2009 г. на база на проведените профилактични прегледи. Изготвен е подробен доклад за изпълнението плана за 2009 г. по Националната стратегия за демографско развитие и Годишен доклад „Младежта за европейско развитие” за периода юли 2009 – юли 2010 г.

Точка 6. Подобряване на условията в домовете за медико-социални грижи за деца

България през последните години осъществява промяна от институционален тип грижи за деца в риск към грижи, приоритетно ориентирани към семейна и близка до семейна среда. В изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България” приета от Министерски съвет на 24.02.2010г. стартира процес на закриване на домовете за деца в България. Разработена е и „Концепция за деинституционализация на децата от домовете за медико-социални грижи” насочени към: създаване на услуги за превенция на настаняването на деца до 3 годишна възраст извън семействата им и развиване на алтернативна семейна грижа за децата, които биват разделяни от своите семейства; замяна на ДМСГД с нови интегрирани здравно-социални услуги в общността за подкрепа на семействата на малки деца и с особено внимание към децата с увреждания.

Изпълнени дейности

В началото на 2010 г. стартира процес по извеждане на децата от ДМСГД-Тетевен, който в края на годината с постановление на Министерски съвет № 329 от 29 декември 2010, е закрит. Предприети са следните мерки: десет деца са реинтегрирани в биологичните си семейства, едно дете е настанено в приемно семейство, а 24 деца са осиновени.

Стартира проект за закриване на 5 - 9 ДМСГД с финансова подкрепа от европейските фондове.

Направен е избор на 9 пилотни ДМСГД, които ще бъдат реструктурирани в ЦОП /Център за обществена подкрепа/ и ще включва следните разработени медико-социални услуги: 1) семейно – консултативен център (СКЦ); 2) звено „Майка и бебе” (ЗМБ); 3) дневна грижа (ДГ); 4) център за приемна грижа (ЦПГ); 6) център за настаняване от семеен тип за деца с увреждания (ЦНСТ); 7) център за психично здраве (ЦПЗ); 8) център за майчино и детско здраве (ЦМДЗ).

Точка 7. Развиване на балнеологията и здравния туризъм

От СБР - НК ЕАД е представен общ и конкретен доклад с възможни варианти за по-ефективно използване на съществуващата база. Конкретни действия, с участието на министъра на здравеопазването като принципал и МС/ АПСК в случаите на продажба, започват през 2011г.⁴⁴

1.2. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 2.

ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГАРАНТИРАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ С ПОВИШЕНО КАЧЕСТВО И ОСИГУРЕН ДОСТЪП ДО ТЯХ

Разработени са два нормативни документа, дадени в Приложението.

Точка 1. „Повишаване на качеството и ефективността на здравните услуги”

Разработени са 64 нормативни документи, дадени в Приложението.

Дейности

Подточка 1.1. Национална програма „Медицински стандарти”

С наредби на министъра на здравеопазването до момента са утвърдени 53 медицински стандарта. През 2010 г. са изготвени нови 20 медицински стандарти и актуализирани 26 медицински стандарти. Във връзка с изменение на ЗЛЗ всички медицински стандарти са преработени с оглед оптимизиране на изискванията за «нива на компетентност»..

Подточка 1.4. – Изграждане на система за клиничен одит и мониторинг

Съгласно Раздел VI „Контрол върху медицинското обслужване” от ЗЗ е създаден специализиран орган към министъра на здравеопазването - ИА „Медицински одит”. На агенцията са възложени извършването на проверки на медицинското обслужване в лечебните заведения, включително и по жалби на граждани, спазването на правата на пациентите, спазването на утвърдените медицински стандарти, осъществяването на дейности по откриване и предотвратяване на корупционни прояви и практики в лечебните заведения, както и други дейности, посочени в чл. 116б от Закона за здравето.

Точка 2. „Усъвършенстване на системата за акредитация на лечебните заведения”

Приет е нормативен документ, даден в Приложението.

Дейности

В съответствие с измененията в ЗЛЗ е разработена Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. Започнало е изпълнение на договор BG051PO001-6.2.03-C0001 по проект „Акредитация на лечебните заведения и продължителното обучение на медицинския персонал” на ОП „Развитие на човешките ресурси”

Точка 3. Подобряване достъпа до гарантирани здравни услуги

Дейности

Направени са промени в нормативните документи по чл. 45 от ЗЗО и чл. 30 от ЗЗ по отношение диагностиката и лечението и са база на НРД и дейността на НЗОК: Наредба №39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията; Наредба №40 за определяне основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК; Наредба №38 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

Точка 4. Развитие на изследователския капацитет и медицинската наука и осигуряване прилагането на научните разработки в практиката на медицинските специалисти

Дейности

Развитие на трансплантациите

Изпълнителната агенция по трансплантация ръководи, организира и контролира трансплантационните процеси в РБългария. Системно се повишава квалификацията на работещите в агенцията.

През 2010 г. в ИАТ е извършено:

I. Дейности по регистрация

• *Органна трансплантация*

Издадени са 2 удостоверения на лечебни заведения за болнична медицинска помощ на основание Чл. 47, т. 12 от ЗЛЗ, във връзка с Чл. 13, ал. 1 от ЗТОТК: ВМА София и УБ „Лозенец”

Във връзка с пререгистрацията на лечебните заведения по чл. 47 ал.6 от ЗЛЗ са издадени удостоверения по трансплантация на 23 болнични лечебни заведения.

• **Тъканна трансплантация**

Издадени са 3 удостоверения на лечебни заведения за извършване на дейности по трансплантация на тъкани и клетки на основание Чл. 47, ал 6 от ЗЛЗ във връзка с Чл. 13, ал. 1 от ЗТОТК: ВМА София, СБАЛАГ „Селена” и ГПСМП „Шейново” ООД.

Във връзка с пререгистрацията на лечебните заведения по чл. 47 ал.6 от ЗЛЗ са издадени удостоверения по трансплантация на 28 лечебни заведения.

Издадени са и нови разрешения за дейност по чл.51 а от ЗЛЗ на: Тъканна банка Биохеленика ЕООД – 2бр.; Тъканна банка Булген АД; Тъканна банка Криоцентър България-2бр; Тъканна банка България ЕООД.

II. Дейности по обмен на органи

Съгласно чл. 36 от ЗТОТК, в рамките на ЕС е осъществен обмен на органи в рамките на европейското пространство за Евротрансплант на 16.01.2010г – черен дроб за Германия от донор от МБАЛ Русе, за Австрия- бял дроб на 25.06.2010г от МБАЛ «Ст. Черкезов» В Търново и от Евротрансплант за България – бъбрек на 15.10.2010г.

III. Контролна дейност

Осъществени са 12 инспекции /планови, по сигнал, реинспекции, първични за издаване на удостоверения/ със съответните констативни протоколи и препоръки към ръководството на 11 лечебни заведения:

Актове за нарушения от отдел „Органна трансплантация” на ИАТ и наказателни постановления за нарушения на ЗТОТК и нормативните актове по прилагането му (съгласно чл. 29(1) от Наредба 21/03.05.2007г.) за 2010г. не са съставяни

Осъществени са и инспекции със съответните констативни протоколи и препоръки към ръководството на други 28 лечебни заведения.

Актове за нарушения от отдел „Тъкани и клетки” на ИАТ и наказателни постановления за нарушения на ЗТОТК и нормативните актове по прилагането му (съгласно чл. 29(1) от Наредба 21/03.05.2007г.) за 2010г. са съставени на СБАЛАГ „Селена”. Направена е проверка по сигнал и уведомена прокуратурата за дейност на Smart cells

IV. Трансплантационни дейности – органна трансплантация

Осъществени са 20 донорски ситуации и последващи трансплантации. Общият брой на донорите е **39** (19 трупни и 14 живи донори), а нереализираните донори по преценка на специалистите по медицински критерии са 6 донора.

Взетите органи: 40 бъбрека от трупен и 12 от жив донор; 14 черен дроб от трупен и 2 от жив донор;

5 сърца от трупен донор; бели дробове от един донор; негодни органи - 11 уведомления за отказ от трансплантация на сърце от УНСБАЛ „Света Екатерина”, 4 уведомления за отказ от трансплантация на черен дроб от ВМА-София, 1 уведомление за отказ от трансплантация на бъбрек от УБ”Лозенец”, 3 уведомления за отказ от трансплантация на черен дроб от УБ”Лозенец” и 1 уведомление за отказ от трансплантация на сърце от УБ”Лозенец”.

Към 31.12.2010г. са реализирани общо 68 органни трансплантации, в т.ч. на черен дроб - 15 (2 от жив и 13 от трупен донор); на бъбреци - 48 (12 от жив и 36 от трупен донор) и на сърце - 5.

Табл. 13 Трансплантирани през 2010 г. по видове и по лечебни заведения

Лечебно Заведение	Бъбречни трансплантации от жив донор	Бъбречни трансплантации от трупен донор	Чернодробни трансплантации от жив донор	Чернодробни трансплантации от трупен донор	Сърдечни трансплантации
УМБАЛ - Александровска	7	21	0	0	
УНСБАЛ "Света Екатерина"					5
УБ "Лозенец"	2	15	2	6	0
МБАЛСМ "Н.И.Пирогов"	1	0			
МБАЛ „Света Марина” гр.Варна	2	0			
ВОЕННО МЕДИЦИНСКА АКАДЕМИЯ гр.София			0	7	
ОБЩО	12	36	2	13	5

V. Изплатени средства по извършени трансплантации

Обработена документация за съответствие на заявените разходи на лечебните заведения с извършени дейности по трансплантация на основание Наредба №29/27.06.2007г. за условията, редът и размерът на финансиране на националната система за трансплантация от Министерството на здравеопазването на следните лечебни заведения:

Табл. 14 Изплатени средства по органини трансплантации

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ	ЗАЯВЕНА СУМА	ОДОБРЕНА СУМА
УМБАЛ”Св. Марина” за откриване, установяване и поддържане на жизнените функции на донор с мозъчна смърт	31 328.34 лв.	26 919.14 лв.
УМБАЛ „Св. Марина” - органна трансплантация	31 471.28 лв.	20 000 лв.
УМБАЛ „Св. Марина” лабораторни изследвания	7 631. 65 лв.	7 631.65 лв.
МБАЛ „Русе”	17 872.63лв.	17 872.63 лв.
МБАЛ „Ст. Черкезов”	15 265.49 лв.	15 265.49лв.
УМБАЛ”Александровска”- органини трансплантации	90 167 лв.	90 167 лв.
УМБАЛ”Александровска”- ЦЛКИ	307 401 лв.	307 401 лв.
УМБАЛ „Александровска” ЦЛТЛМКФ	89 864 лв.	89 864 лв.
УНСБАЛ „Св. Екатерина”- органна трансплантация	177 295.31лв.	80 000 лв.
УНСБАЛ „Св. Екатерина”-лабораторни изследвания	53 386. 27 лв.	51 781.74 лв.
ВМА София	239 291.99лв.	193 403 лв.
МБАЛСМ „Н. И.Пирогов”	11 188. 60 лв.	10 000 лв.
МБАЛ НКБ	5540.74 лв.	5540.74 лв.
Болница „Лозенец”	Няма заявени суми	Не са изплатени суми

Източник: :МЗ

VI. Трансплантационни дейности - трансплантацията на тъкани, клетки и терапия с висикитехнологични продукти:

Контролирана е дейността на лечебните заведения в страната на основание (Наредба № 4 от 19 февруари 2007г. за условията и реда за извършване на инспекции). Осъществени са 12 инспекции /плани, по сигнал, реинспекции, първични за издаване на удостоверения/ със съответните констативни протоколи и препоръки към ръководството в 28 лечебни заведения. От 302 трупни данара са взети общо 3318 тъкани. От жив донор са взети 839 хемопоеични стволови клетки от пъпна връв, 97 – от периферна кръв и 461 – тъкани от пъпна връв. Трансплантирани са общо 95 роговици.

Извършени са 63 автоложни и 7 алогенни трансплантации на тъкани.

VII. Дейности по асистирана репродукция

Административна дейност

Издадени са 14 удостоверения на Лечебни заведения съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за трансплантация на органи тъкани и клетки, и Наредба № 16 от 25 април 2007 г. за условията и реда за издаване на разрешение на лечебните заведения за извършване на дейности по асистирана репродукция.

Контролна дейност

За 2010 г. от отдел „Асистирана репродукция” са проведени 28 инспекции съгласно Наредба № 4 от 19 февруари 2007 г. за условията и реда за извършване на инспекции на лечебните заведения от изпълнителната агенция по трансплантация и съгласно Наредба № 16 от 25 април 2007 г. за условията и реда за издаване на разрешение на лечебните заведения за извършване на дейности по асистирана репродукция – 20 годиши плани, 1 – по сигнал и 7 – за издаване на удостоверения. Актове за нарушения от отдел „Асистирана репродукция” на ИАТ и наказателни постановления за нарушения на ЗТОТК и нормативните актове по прилагането му за 2010г. не са съставяни.

Отчетени дейности по асистирана репродукция

**Табл. 15 Дейност по асистирана репродукция
По данни от регистрите съгласно Наредба № 28 от 20 юни 2007 г.
за дейности по асистирана репродукция**

I. Брой и вид извършени дейности по експертиза на:	
1. потенциални реципиенти на:	
а) сперматозоиди;	3700
б) яйцеклетки;	598
в) зиготи;	5366
2. донори на:	
а) сперматозоиди;	9764
б) яйцеклетки;	5222
в) зиготи.	225
II. Брой извършени дейности по вземане на гамети:	
1. сперматозоиди;	9658
2. яйцеклетки.	6353
III. Брой и вид извършени дейности по асистирана репродукция:	
1. хормонална индукция на овулацията;	3690
2. хормонална контролирана овариална (яйчникова) хиперстимулация (КОХС);	5414

3. инсеминации:	
3.1. от партньор;	2769
3.2. от донор;	489
4. оплождане на една или повече яйцеклетки, намиращи се извън тялото на жената чрез:	
4.1. класическо "ин витро" оплождане (IVF);	1071
4.2. интраовоцитно инжектиране на единични сперматозоиди (ICSI);	5097
5. вземане, експертиза, обработка, етикетиране и съхраняване на яйцеклетки, сперматозоиди или зиготи;	17907
6. поставяне на една или повече зиготи в тялото на жената (ембриотрансфер - ET), получени след оплождане на яйцеклетки от същата или друга жена;	5714
7. биопсия на бластомери от зиготи за целите на предимплантационната генетична диагностика (PGD);	10
8. ембриоредукция.	73
IV. Брой реципиенти, на които са поставени гамети/зиготи:	
1. сперматозоиди;	3229
2. яйцеклетки;	713
3. зиготи.	5324
V. Брой извършени дейности по съхраняване на гамети/зиготи:	
1. сперматозоиди;	1507
2. яйцеклетки;	121
3. зиготи.	1429
VI. Брой извършени дейности по етикетиране на гамети/зиготи:	
1. сперматозоиди;	9854
2. яйцеклетки;	6865
3. зиготи.	7247
VII. Брой раждания в резултат на асистирана репродукция:	
1. раждане на едно здраво дете;	681
2. раждане на близнаци;	265
3. раждане на повече от два плода;	22
4. раждане на плод (плодове) с вродени малформации или заболявания (следва да се посочи вид на малформацията/заболяването с код по МКБ-Х).	5

Данни от годишните доклади за сериозни нежелани реакции (СНР) и сериозни инциденти (СИ) - за 2010 г. няма регистрирани случай на СНР и СИ, поради което годишните доклади на всички ЛЗ по Асистирана репродукция са нулеви.

Годишни доклад за броя на блокираните, изтеглените и унищожените яйцеклетки, сперматозоиди и зиготи - до момента са отчетели данни 9 ЛЗ:

Блокирани	Изтеглени	Унищожени
Общо: 61	Общо: 24	Общо: 1719

**Данни от ежемесечните доклади съгласно чл. 44, т.1, 2 и 3:
обща данни от 22 ЛЗ по асистирана репродукция.**

Данни от регистър донор	16038 общо отчетени
Данни от регистър репродуктивни клетки	17748 общо отчетени
Данни от регистър реципиенти	8856 общо отчетени

1.3. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 3. ПОДОБРЯВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Точка 1. Решаване на проблемите с медицинската помощ при спешни и неотложни състояния

Дейности

Разработена и предложена за обществено обсъждане е Стратегия за спешната помощ

Открити и закрити кабинети за СМП във Филиалите за СМП. Останали да работят 4 кабинета /отпаднала необходимост и недостатъчно финансиране за останалите/.

Усъвършенстване на нормативната база, касаеща правата на пациентите. Публикувана е Наредба № 48 от 2010 г. за признаване на организациите за защита правата на пациентите за представителни организации. За национално представени на това основание през м. март 2011 са утвърдени 4 пациентски организации: Конфедерация Защита на здравето, Българска асоциация за закрила на пациентите, Национална пациентска организация, Федерация Български пациентски форум. Включени представители на пациентски организации в комисии към МЗ, акредитационния съвет, Обществен съвет по правата на пациента, сформиран във връзка с прилагане на чл. 86а от Закона за здравето и др.

Усъвършенстване на нормативната база, касаеща медицинската експертиза на работоспособността. Публикувани Наредба за медицинската експертиза и Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи

Точка 2. „Оптимизиране дейностите на първичната и специализираната медицинска помощ”

Приети е Закон за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения (обн. - ДВ, бр. 59 от 2010 г.), относно оптимизирането на първичната и специализирана МП.

**Точка 3. Усъвършенстване нормативната уредба на заплащане
идентифициране на рисковите групи пациенти и профилактика на
всички категории пациенти; диспансерно наблюдение...**

Дейности

С изменение и допълнение на Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, с цел профилактика на социално значими и приоритетни за страната заболявания, при лицата над 18 години общопрактикуващият лекар формира рискови групи, които по преценка на ОПЛ, подлежат на профилактичен преглед един път в годината при съответния лекар специалист. Разширен е списъкът със заболявания, които подлежат на диспансеризация, включително и по линия на НЗОК.

Точка 4. Подобряване денталното здраве на населението чрез усъвършенстване на механизмите за предоставяне на дентална помощ - няма отбелязани дейности

Точка 5. от Плана за действие „Подобряване на репродуктивното здраве”

Приет е нормативен документ, даден в Приложението.

Дейности

По развитие на политика за безплодие – гарантиране на достъп и пакет за двойките с безплодие до качествена и навременна медицинска помощ през 2010 г. във Фонда за асистирана репродукция са постъпили общо 5406 заявления от пациенти с репродуктивни проблеми. Финансирани са 4360 двойки

Точка. 6. от Плана за действие „Подобряване грижите за бременните жени” – няма отбелязани дейности

Точка 7. от Плана за действие „Подобряване здравето на децата”

Приети са 3 нормативни документа, дадени в Приложението.

1.4. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 4. ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ И ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Точка 1. Подобряване на взаимодействието между извънболничното и болничното обслужване - няма отбелязани дейности.

Точка 2. Подобряване на болничния мениджмънт

В съответствие със сроковете, заложи в стратегията, нови договори за управление са въведени в лечебните заведения през 2008г. Договорите съдържат индикатори за оценка на дейността, както и възможности за налагане на санкции/изплащане на допълнително възнаграждение за ръководството, в зависимост от постигнатите резултати.

Точка. 3. „Преструктуриране на болничния сектор”

Приети са 2 нормативни документа, дадени в Приложението.

Дейности

През 2010 г. е извършен анализ на ситуацията по основни здравни индикатори на територията на всеки икономически район за планиране, дефинирани са потребностите и са разработени перспективни предложения за развитие на здравната мрежа. Изготвена е актуализация на генералния „Мастер план за развитие на болничната помощ”, разработен от експерти на Световната банка през 2008 г. Разработени са и приети от МС две изменения на концепцията за реструктуриране на болничната помощ на Р.България. Изготвени са изменения и допълнения на ЗЛЗ и ЗЗО. Във връзка с приетите изменения на ЗЛЗ са изготвени и публикувани базисните подзаконовни нормативни актове – Наредба №49 за устройството и дейността на лечебните заведения за болнична помощ и ДМСГ. Изготвено и публикувано изменение и допълнение на Наредбата за акредитация на лечебните заведения, във връзка с новите изисквания на ЗЛЗ.

Разработен е “Базисен модел за осигуреност с болнични легла в Република България”, въз основа на който са изготвени нови модели на Националната здравна карта и са проиграни на областно ниво. Разработена е Методика за изготвяне на областните здравни карти и със Заповеди на Министъра на здравеопазването са определени областни комисии за изготвянето им.

В изработената нова Национална здравна карта са определени вида, броя, дейността и разпределението на лечебните заведения за болнична помощ и други лечебни заведения – центрове за психично здраве, комплексни онкологични

центрове и др. За всяка област са определени минимален и максимален брой легла за активно лечение (терапевтични, хирургични, педиатрични, акушеро-гинекологични и легла за интензивно лечение) и за долекуване и продължително лечение, при определени параметри за обща осигуреност с болнични легла на 1 000 души население – минимум 4,0‰ и максимум 5,9 ‰, които са съпоставими с осигуреността в страните от Европейския съюз. В рамките на общия брой болнични легла е определена вътрешната структура на леглата по видове, съобразено с потребностите на населението от болнична помощ. При определяне на максималния брой легла по видове са взети предвид здравно-демографските характеристики и нивото на хоспитализираната заболяемост във всяка област.

НЗК съдържа националните здравни приоритети, които следва да бъдат реализирани при разработването на НЗК, а именно: 1. равнопоставеност в достъпа на населението при разпределение на публичния ресурс за здравеопазване; 2. ефективно разходване на обществения ресурс за здравеопазване; 3. повишаване ефективността и ефикасността на здравната система при съблюдаване на изискванията за достъпност, своевременност, достатъчност и качество; 4. преодоляване на диспропорциите между областите на базата на планиране на системата; 5. гарантиране на адекватно териториално разпределение на лечебните заведения за болнична медицинска помощ; 6. осъществяване на комплексна и качествена диагностика близо до потребителя; 7. унифициране на качеството и условията на предоставяне на болничните услуги, оказвани във всички области; 8. предлагане на еднотипни специализирани, високоспециализирани и високотехнологични медицински дейности и услуги за населението от всички региони.

На базата на общи критерии са определени лечебните заведения за болнична помощ, с които НЗОК задължително сключва ежегодно договори по смисъла на ЗЗО по области. Това са държавни лечебни заведения за болнична помощ, които отговарят на критерии за гарантиране на качествено и комплексно обслужване на населението. За тези лечебни заведения принципалът може да гарантира изпълнението на всички условия от страна на болниците, за да бъде сключен договор с НЗОК. В списъка не фигурират лечебни заведения за болнична помощ с друг собственик (общински, частни) поради обстоятелството, че всеки собственик има право на решение дали да работи с НЗОК.

С оглед осигуряване на качествено болнично медицинско обслужване на населението по линия на здравното осигуряване, след преценка в списъка са включени три големи групи болнични заведения:

- лечебни заведения с възможности за комплексно болнично лечение, в т.ч. в условията на спешност, т.е. разполагащи с отделение/клиника по спешна медицина – I, II или III ниво на компетентност, разкрити лечебни структури/дейности по акушерство и гинекология, детски болести, вътрешни болести, кардиология, неврология, хирургия, ортопедия и травматология, анестезиология и интензивно лечение, диализно лечение с възможности за спешна диализа, наличие на медико-диагностични структури, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график, структури по клинична патология и съдебна медицина;
- лечебни заведения, осъществяващи дейности с национално значение, които отговарят на минимум едно от следните условия - наличие на статут на университетска болница, определен по реда на чл. 90, ал. 2 от ЗЛЗ; разкрити структури, осъществяващи поне една от следните приоритетни дейности: трансплантация и/или постреплантационно наблюдение на болни; кардиохирургия, неврохирургия; токсикология, онкология, хематология, инфекциозни болести, осъществяване на специализирана експертиза;

- лечебни заведения, осъществяващи дейности по физикална терапия и рехабилитация, осигуряващи възможност за осигуряване на отдых, профилактика и рехабилитация във всички региони на страната, в структури с различни климатични особености, рекреативни фактори, специализирани в рехабилитацията и физикалната терапия на неврологични, белодробни, сърдечно-съдови, детски болести, заболявания на опорно-двигателния апарат и други.

В приложение на НЗК, в съответствие в чл. 32, ал. 2, т. 6 от ЗЛЗ се съдържа и Списък на лечебните заведения за болнична помощ, които не подлежат на приватизация. Списъкът е съобразен със забранителния списък по Закона за приватизация и следприватизационен контрол.

Пререгистрирани са всички лечебни заведения за болнична помощ съгласно новите изисквания на ЗЛЗ. Изготвен е **нов регистър на лечебните заведения за болнична помощ**.

Подточка. 3.2. Разширяване на системата от лечебни заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация

Разработени са Проекти на клинични пътеки за продължително лечение.

Проблем: Липса на финансиране на продължителното лечение.

Точка 4. Усъвършенстване на механизмите за финансиране на болничната помощ – няма отбелязани дейности

1.5. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 5. ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СЪОТВЕТСТВАЩИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА НАСЕЛЕНИЕТО

Точка 1. Осигуряване на лекарствени продукти и медицински изделия⁴⁵

Приети са 4 нормативни акта, дадени в Приложението.

Дейности

1. Актуализирани са ЗЛПХМ, ЗМИ, ЗККК и поднормативни документи. Предложен е проект за изменение и допълнение на ЗЛПХМ във връзка с Регламент 1234/2008, като след влизане в сила на Закона е разработена и публикувана Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 27. Изменение и допълнение на ЗМИ от 30.12.2008 г., импрементиращ Директива 2007/47/ЕО; изменение и допълнение на наредба №10 на МЗ през 2009 г.
2. Взето е участие в работата на работните групи и комитети към Европейската агенция по лекарствата (ЕМА) и ЕК.

Изменен е ЗЛПХМ; Приета е Наредба №15 от 17април 2009 за условията за издаване на разрешение за производство/внос и принципите и изискванията за добра производствена практика на всички видове лекарствени продукти, на лекарствени продукти за клинично изпитване и на активни вещества;

3. Въведена е система по качество ISO 17020

Осъществен е аналитичен контрол на качеството на лекарствени продукти въз основа на утвърдения годишен план на ИАЛ за наблюдение на националния лекарствен пазар и по сигнали. Организираната система по лекарствена безопасност осигурява предоставяне на информация относно безопасната употреба на лекарствените продукти до ЕМА, СЗО, медицинските специалисти, обществеността и други заинтересовани лица -

Извършени са планови инспекции в обекти за търговия на едро и дребно с лекарствени продукти.

Поддържа се система за регистриране, анализ и обобщаване на инциденти и потенциални инциденти с медицински изделия. На интернет страницата на ИАЛ се предоставя информация за лекарствена безопасност; нови разрешения за употреба на лекарствени продукти и списък на на ЛП без предписания. Издават се лекарствен бюлетин и бюлетин - нежелани лекарствени реакции по два броя годишно.

Табл. 16 Изпълнение на дейността по стратегическа цел 5 т.1 – ИАЛ

Цели	Дейности	Резултат	Индикатор за изпълнение		Индикатор за самооценка
			Индикатор за целево състояние/ заложен на 2010 г./	Индикатор за текущо състояние / отчетен в края на 2010 г. /	
					1.напълно постигната цел /100 %/ 2.задоволително постигната цел /50 и над 50 % 3.незадоволително постигната цел / под 50 %/
1. Осигуряване на пазара на лекарствени продукти, които отговарят на изискванията за качество, безопасност и ефикасност	1.Издаване на разрешения за употреба и удостоверения за регистрация на лекарствени продукти	Осигуряване на качествени, ефикасни и безопасни лекарствени продукти за населението		Спазване на законовия срок	задоволително постигната цел (50 и над 50%)
	2.Участие в работата на работни групи и комитети към Европейската агенция по лекарства	пълноценно участие на България в процеса на взимане на решения в структурите на ЕС в областта на здравеопазването	участие в 75% от организираните и проведени работни срещи	Участие	Задоволително постигната

	3. Актуализиране на нормативната база в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия, в съответствие с правото на ЕС	Създаване на условия и ред, който да осигуряват пускане на пазара на лекарствени продукти и медицински изделия, които отговарят на изискванията за качество, безопасност и ефикасност		Инициирани са нормативни промени, свързани със ЗЛПХМ, ЗККК и ЗМИ и подзаконовите документи	напълно постигната цел - 100%
--	---	---	--	--	-------------------------------

Точка 2. Въвеждане на система за реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, осигуряваща подобрен достъп до тях

Дейности

За 2010 г. ИАЛ е приключила 846 процедури по разрешение за употреба и са издадени нови разрешения за употреба на лекарствени продукти.

Осигурява се актуализирана информация за разрешените за употреба лекарствени продукти, необходима за осъществяване на генерично заместване.

Табл. 17 Изпълнение на дейността по стратегическа цел 5 т.2 – ИАЛ

Цели	Дейности	Резултат		Индикатор за изпълнение	Индикатор за самооценка
2. Осигуряване спазването на изискванията за качество и безопасност на кръв и кръвни съставки при тяхното даряване, вземане, диагностика, преработване, транспорт, съхранение и рационална употреба	1. Провеждане на инспекции в лечебните заведения, извършващи дейности по вземане, диагностика, преработване и съхранение на кръв и кръвни съставки	осигуряване на качеството и безопасността на кръвта и кръвните съставки	28 инспекции	Спазване на годишните планове за инспекции - запланирани 28 инспекции	напълно постигната цел - 100%

	2. Провеждане на инспекции в лечебните заведения, извършващи дейности по вземане, диагностика, преработване и съхранение на кръв и кръвни съставки	осигуряване на качеството и безопасността на кръвта и кръвните съставки	53 инспекции	Спазване на годишните планове за инспекции - запланувани 53 инспекции	напълно постигната цел - 100%
	3. Анализ и обобщаване на информацията за сериозните инциденти и сериозните нежелани реакции, настъпили в резултат на вземане, диагностика, преработка, съхраняване или употреба на кръв или кръвни съставки и предприемане на мерки за предотвратяването им.	осигуряване на качеството и безопасността на кръвта и кръвните съставки	100% спазени срокове	Спазване на законовите срокове	напълно постигната цел - 100%

Точка 3. Въвеждане на съвременни системи за лекарствена информация и контрол при предписването и отпускането на лекарствени продукти и медицински изделия

Дейности

На интернет-страницата на ИАЛ се поддържа Регистър на разрешените за употреба ЛПИ и актуалната информация за продуктите (КХП и ЛП).

Табл. 18 Изпълнение на дейността по стратегическа цел 5 т.3 – ИАЛ

Цели	Дейности	Резултат		Индикатор за изпълнение	Индикатор за самооценка
3. Осигуряване на медицински изделия, съответстващи на потребностите и икономическите възможности на населението.	Регистриране на медицински изделия	Приети и обработени документи за регистрация на 1091 МИ и 245 ИВДМИ	Постоянен срок съгласно ЗМИ	Спазване на регламентиранияте срокове	напълно постигната цел /100%/

	Участие в издаване на разрешения и удостоверения за търговия на едро с медицински изделия	Становища за 118 ТЕ	Постоянен срок съгласно ЗМИ	Спазване на регламентираните срокове	напълно постигната цел /100%/
	Издаване на разрешения за провеждане на клинични изпитвания с медицински изделия	Издадени 2 разрешения за провеждане на клинични изпитвания на медицински изделия от 4 подадени заявления	Постоянен срок съгласно ЗМИ	Спазване на регламентираните срокове	напълно постигната цел /100%/
	Извършване на надзор на пуснатите на пазара и/или в действие медицински изделия на територията на страната	Извършени 81 проверки на ТЕ, лечебни и здравни заведения и др., от които 9 по сигнали	Спазване на годишния план за проверки	Спазване на регламентираните срокове	напълно постигната цел /100%/
	Осъществяване на контрол върху съхранението, търговията на едро, клиничните изпитвания и безопасността на медицинските изделия	Извършени 81 проверки на ТЕ, лечебни и здравни заведения и др., от които 9 по сигнали. Връчени 3 АУАН.	Спазване на годишния план за проверки	Спазване на регламентираните срокове	напълно постигната цел /100%/
	Поддържане на система за регистриране, анализ и обобщаване на инциденти и потенциални	Обработена информация от 687 доклада на компетентни органи, 29 доклада за инциденти/потенциални	Спазване на регламентираните срокове	Спазване на регламентираните срокове	напълно постигната цел /100%/

	инциденти с медицински изделия	инциденти, 115 доклада за коригиращи действия			
	Предоставяне на информация в стандартизиран формат в Европейската база данни	Няма въведени данни от страна на ИАЛ задължението започва от м. май 2011 г.	До м. май 2011 г. – попълването на базата е по желание	Спазване на регламентирани срокове	незадоволително постигната цел /под 50%/
4. Осигуряване на непрекъснат контрол и мониторинг на качеството, безопасността и ефикасността на разрешените за употреба лекарства в страната	Извършване на надзор на пуснатите на пазара лекарствени продукти на територията на страната	Контрол на качеството на лекарствените продукти по утвърден годишен план и от сигнали.	Постоянен срок съгласно ЗЛПХМ		задоволително постигната цел над 50%

Точка 4. Повишаване знанията на здравните професионалисти за рационалната лекарствена употреба – няма отбелязани дейности

Точка 5. Независима лекарствена информация

Предоставят се материали, предназначени за пациентите на Интернет сайта на ИАЛ

1.6. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 6. РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Точка 1. „Планиране, подбор и квалификация на човешките ресурси”

Приети са 3 нормативни документа, дадени в Приложението

Дейности

Дейностите по тази точка са подробно отразени в раздел «Функциониране на здравната система», подраздел «Човешки ресурси»

Точка 2. Повишаване на професионалната квалификация и продължаващо обучение

Съгласно действащата нормативна уредба контрола на качеството на обучението на студентите е областта на компетентност на Министерство на образованието, младежта и науката. Продължаващото обучение се организира координира, провежда и регистрира от съсловните организации на лекарите, лекарите по дентална медицина, магистър-фармацевтите и БАПЗГ. В този смисъл Министерство на здравеопазването не би могло да извърши дейности и съответно да ги отчете. Няма предприети инициативи от посочените организации в това направление.

Подточка 2.1. Подобряване качеството на обучение на управленските кадри. Сроктът за изпълнение е до 2013 г. НЦООЗ е съизпълнител. Водещ изпълнител е МЗ. Няма отбелязани дейности.

1.7. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 7. СЪЗДАВАНЕ НА ИНТЕГРИРАНА СИСТЕМА ЗА ЕЛЕКТРОНЕН ОБМЕН НА ДАННИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Точка 1. Стандартизация и информационна сигурност

1. Приета е Наредба за водене на регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите (обн. ДВ, бр. 97 от 2010 г.)
2. Изграждане на интегрирана система за обмен на информация между заетите в сферата на здравеопазването (здравни, лечебни, учебни, научни, финансови и административни звена) - все още няма отчетени дейности
3. Информираност и обучение чрез предоставяне на уеб-базиран услуги в реално време - няма отчетени дейности
4. Прилагане на добри практики и оперативна съвместимост - **няма отчетени дейности**

1.8. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 8. ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Точка 1. Политика на финансиране на здравната система

Приети са 2 нормативни документа, дадени в Приложението

Дейности

Отчетено е увеличение на разходите за здравеопазване през 2010 г. с оглед осигуряване на финансова устойчивост на здравната система.

Средствата за функция „Здравеопазване” представляват **4,3 % от БВП.**

Налице е тенденция, макар и в малък размер към увеличение на разходите за здравеопазване за 2010 г. спрямо 2008 г. и 2009 г. Отчетените разходи за здравеопазване за 2008 г. представляват 4,2 % от БВП, за 2009 г. – 4,0 % от БВП. В абсолютна сума, разходите за здравеопазване през 2008 г. са в размер на 2 830,8 млн. лева, за 2009 г. – 2 634,4 млн. лева.

През 2010 г. са финансирани общо 15 национални програми, като разходите за тях са в размер на 24,2 млн. лева.

През 2010 г. лечебните заведения за болнична помощ към МО, МВР, МС, МТИТС и МФВС са изразходвали 208,5 млн. лева за здравеопазване, включително средствата за изпълнени клинични пътеки по договори за болнична помощ с НЗОК.

По общинските бюджети за здравеопазване са отчетени разходи в размер на 219,6 млн. лева, или 102,6 % от разчетените със ЗДБРБ за 2010 г. Утвърдените в ЗДБРБ за 2010 г. средства за текущи разходи за делегираните от държавата дейности в здравеопазването са в размер на 174,2 млн. лева. , отчетени са 170,6 млн. лева, или с 3,6 млн. по-малко от утвърдените.

През 2010 г. е разплатена извършената и отчетена дейност от изпълнителите на медицинска дейност до месец ноември включително. Към края на периода останаха неразплатени задължения към лечебни заведения за болнична помощ за месеците юни и юли в размер на 47,2 млн. лева и задължения за лекарствени средства за домашно лечение към аптеките в размер на 32,7 млн. лева. Тези средства са разчетени в Закона за бюджета на НЗОК за 2011 г.

Точка 2. Усъвършенстване модела на задължителното здравно осигуряване

Предложени два законопроекта, които не са приети

Точка 3. Развитие на доброволното здравно осигуряване - няма отчетени дейности

1.9. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 9. ЕФЕКТИВНО ЧЛЕНСТВО В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Точка 1. Изграждане на административен капацитет

Точка 2. Участие в работата на институциите на ЕС

РГ 22 "Здравеопазване" нотифицира 16 директиви на ЕС. Изработени са национални мерки за въвеждане на европейското законодателство, включени в Плана за действие за 2010 г. с мерките, произтичащи от членството на Република България в ЕС. Националните мерки обхващат следните области - храните, химичните вещества и смеси, водите, лекарствените продукти, биоцидите, козметичните продукти.

В случаите, когато МЗ не може да командирова експерт за заседанието, на което се предвижда гласуване на проект на директива или регламент, министерството предоставя мандат на друга държава-членка, която да представи становището на България, подготвено от компетентните дирекции в МЗ, ИАТ или ИАЛ.

Точка 3. Ефективно усвояване на структурните фондове на ЕС

През 2008 г. от ЕК са одобрени за финансиране 7 проектни предложения с българско участие на обща стойност 3 127 799 евро.

През 2009 г. от ЕК са одобрени за финансиране 15 проектни предложения с българско участие на обща стойност: 15 624 470 евро.

През 2010 г. от ЕК са одобрени за финансиране 7 проектни предложения с българско участие на обща стойност за кофинансиране от страна на ЕК: 5 683 470 евро.

Контролът по реализирането на одобрените проекти със средства от структурните фондове се осъществява от Управляващия/Договарящия орган, както и от екипа за организация и управление на конкретния проект

Изпълнението се реализира чрез активното участие на експерти от МЗ в процеса на подготовка на проекти на законодателни актове на ЕС в сферата на здравеопазването в рамките на работните групи към Съвета на ЕС и Европейската комисия в областта на трансграничното здравно обслужване; стандартите за качество и безопасност на човешките органи, предназначени за трансплантация; биоцидните продукти.

Усвояването на средства от европейските фондове от страна на МЗ през 2010 г. 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 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 май 2013г.

Обща 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 по проекта през 2010г.:

- ✓ Извършване на встъпително проучване на познанията, нагласите за промяна в поведението и уменията за здравословен начин на живот;
- ✓ Подготвени процедури за избор на изпълнители за провеждане на национални здравни информационни кампании, насочени към намаляване на: консумацията на готварска сол; употребата на психотропни вещества сред младите хора; тютюнопушенето; производствения травматизъм; битовия травматизъм; транспортния травматизъм;
- ✓ Подготвени процедури за избор на изпълнител на 2 национални конференции в началото и края на проекта и 12 обществени обсъждания (кръгли маси) по време на проекта;
- ✓ Подготвени процедури за избор на изпълнител за изработване на четири ръководства за добра практика;
- ✓ Подготвени процедури за избор на изпълнител за графично оформяне и отпечатване на четири ръководства за добра практика и два доклада от репрезентативните проучвания за познанията, нагласите и уменията за здравословен начин на живот.

- **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 2013г.

Обща 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 по проекта през 2010г.:

- ✓ Изготвени са следните технически задания за: Разработване на софтуер за информационно-технологичната система (скринингов регистър); Хардуеър за информационно-технологичната система (скринингов регистър); Избор на фирма за оформление, печат и разпространение на ръководство за добра медицинска практика; Избор на изпълнител на информационните кампании; Избор на изпълнители на скрининговите прегледи.

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 10 декември 2013 г.

Обща цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, особено на уязвими групи от населението.

Специфична 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 по проекта през 2010г.:

- ✓ Анализ на потребностите от обучение;
- ✓ Изготвени са база данни на целия персонал в областта на спешната медицина;
- ✓ Изготвени са база данни на преподавателите в областта на спешната медицина;
- ✓ Изготвени са протоколи (алгоритми) за клинично поведение в спешната медицина;
- ✓ Проучване на добри европейски практики в сферата на спешната медицинска помощ;
- ✓ Разработена е програмата за обучение, осигуряваща надграждащи знания и умения на целия медицински персонал в сферата на спешната медицинска помощ.
- ✓ Проведена процедура за избор на изпълнители на обществена поръчка за разработване, внедряване и поддръжка на електронна страница за надграждащо обучение по спешна медицина.
- ✓ Проведена процедура за избор на изпълнители на обществена поръчка за обучение на персонала от централните за спешна медицинска помощ.

- **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 10 декември 2013г.

Обща цел на проекта е укрепване на институциите, отговорни за акредитацията на лечебните заведения и за квалификацията на доставчиците на здравни услуги.

Специфични цели на проекта са:

- ✓ Създаване на система за контрол за акредитиране на програмите и институциите извършващи продължителното медицинско обучение.
- ✓ Унифициране на процесите по регистрацията 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 по проекта през 2010г.: Подготвени са документи 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; Доставка на офис консумативи за нуждите на проекта.

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА „ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА”

Министерство на здравеопазването участва като партньор в проект SEE EoI/A/788/4.1/X **„ПРАВИТЕЛСТВЕНА СОЦИАЛНА ОТГОВОРНОСТ: ИНОВАТИВЕН ПОДХОД НА КАЧЕСТВО В ПРАВИТЕЛСТВЕНИТЕ ДЕЙСТВИЯ И РЕЗУЛТАТИ, МОДЕЛ G.S.R. (Governmental Social Responsibility Model: An Innovative Approach of Quality in Governmental Operations and Outcomes) - G.S.R. Model”.**

Водещ партньор е гръцката организация за стандартизация - Hellenic Organisation for Standardization (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.

Основни 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.

ОПЕРАТИВНА ПРОГРАМА “РЕГИОНАЛНО РАЗВИТИЕ”

Министерство на здравеопазването е конкретен бенефициент за държавните лечебни и здравни заведения в рамките на ОПРР, Приоритетна ос 1. Устойчиво и интегрирано градско развитие, Операция 1.1. „Социална инфраструктура”.

През 2010 г. 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 ОПРР в МРРБ. Средносрочната рамкова инвестиционна програма беше одобрена от Управляващия орган и впоследствие се подписа Рамково споразумение за определения финансов ресурс по схема BG161PO001/1.1-08/2010 "Подкрепа за реконструкция, обновяване и

оборудване на държавни лечебни и здравни заведения в градските агломерации" от ОПРР.

ВТОРА ПРОГРАМА НА ОБЩНОСТТА ЗА ДЕЙСТВИЕ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕТО (2008-2013)

Цели на програмата

- ✓ Подобряване на здравната сигурност на гражданите;
- ✓ Промоция на здраве (насочена е предимно към намаляване на неравенствата в здравеопазването);
- ✓ Създаване и разпространение на здравна информация и знание.

Финансови инструменти: Проекти; Конференции; Съвместни действия на страните-членки; Оперативни грантове.

Разпределение на финансирането на проектите по финансови инструменти:

- **Проекти** – Европейската комисия финансира проектните предложения в размер до 60 % от общите допустими разходи по проекта. Останалите 40% се разпределят между основния и асоциираните партньори.
- **Конференции** – Европейската комисия финансира предложенията за конференции в размер до 50 % от допустимите разходи. Останалите 50 % се поемат от основния партньор.
- **Съвместни действия на страните-членки** - Европейската комисия финансира в размер до 50 % от допустимите разходи за всяка съвместна инициатива на кандидатите. Останалите 50% се поемат от основния и асоциираните партньори.
- **Оперативни грантове** - Европейската комисия финансира до 60 % от оперативните разходи на кандидатите, които са независими от индустрията; нямат конфликт на интереси; балансирани са географски. Останалите 40% се поемат от основния партньор.

Участие на България с проекти по Втора програма на Общността за действие в областта на здравето (2008-2013 г.)

От българска страна капацитет за участие с проектни предложения по програмата имат предимно националните центрове към Министерство на здравеопазването, както и подразделения към БАН и други институти в страната.

ДЕЙНОСТИ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ТЪКАНИ И КЛЕТКИ

В областта на дейностите, свързани с доброволното и безвъзмездно даряване на тъкани и клетки, ИАТ изпрати доклад до Европейската комисия относно извършените в Република България дейности по популяризиране и насърчаване на доброволното и безвъзмездното даряване на тъкани и клетки. В областта на трансплантация на органи, представители на ИАТ взеха участие в работата на Директива 2010/45/ЕС на Европейския парламент и на Съвета относно стандартите за качество и безопасност на човешките органи, предназначени за трансплантация. В областта на трансплантациите действа Национална програма за развитие на трансплантацията на стволови клетки, която се финансира от МЗ.

Точка 4. Република България в ЕС - запознаване с новите възможности и ангажименти, свързани с Европейския съюз

Нормативни документи

1. Закон за изменение на закона за здравното осигуряване (обн. ДВ. бр.26 от 2010г.)
2. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 2 от 2005 г. за условията и реда за оказване на медицинска помощ на чужденците, които не се ползват с правата на българските граждани (обн. ДВ. бр.31 от 2010г.)

През 2010 г. в българското законодателство са въведени нормативни актове на ЕС в сферата на храните, химичните вещества и смеси, лекарствените продукти, биоцидите, козметичните продукти.

Отчитане пред Съвета по европейските въпроси към МС на Годишната програма за 2010 г. за участие на Република България в процеса на вземане на решения в ЕС и изпълнението на Плана за действие за 2010 г. за изпълнение на ангажиментите на Република България, произтичащи от членството в ЕС.

2. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

От направения анализ на изпълнението на стратегията и оценка на постигнатото могат да се направят следните изводи:

- Продължава неритмичността и недостатъчната организираност при изпълнението на стратегическите цели;
- Въпреки предложените при предишната оценка препоръки все още няма създадено звено за наблюдение, което периодично да контролира изпълнението и да извършва съгласуване на дейностите по изпълнение на стратегическите цели и задачи;
- Наблюдава се определена активност в някои от звената на администрацията на МЗ и подчинените му институции – центрове и агенции, докато при други има незаинтересованост спрямо изпълнението на стратегията;
- Липсва ежегодно планиране на дейностите, както и поставяне на ясни и конкретни задачи със срокове и оценими цели, които да бъдат сведени до знанието на всички заинтересовани отдели и структури на МЗ. Както е посочено в изводите в доклад по програма STEPS продължава ситуацията за „загуба на административна памет”, означаваща, че няма водене на точен отчет за дейностите от предишните правителства и администрации. (http://www.steps-ph.eu/wp-content/uploads/Bulgaria_Publication-steps-bg-08-07.pdf);
- В определени направления липсва съгласуваност между администрацията на МЗ и другите структури, които играят роля в изпълнението на стратегията – например с професионалните организации, научните организации и НПО;
- Анализите и оценките на стратегията продължават да 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;
- Липсват ежегодни аналитични доклади по изпълнението от страна на МЗ на годишните задачи на правителството, по изпълнението на националните програми, както и по изпълнението на оперативните програми, които да са на разположение за вземане на адекватни решения;
- Продължава констатацията, че изпълнението на Стратегията не е обвързано с необходимите ресурси – финансови, кадрови и т.н.;
- Продължава да се отчита, че няма нито планиране, нито наличие на средства по научни и практически изследвания в областта на здравето, което се потвърждава и от доклад на KPMG “EU Funds in Central and Eastern Europe”. Няма посочени средства по фондовете на ЕС за здравеопазване, а за научни изследвания и развитие (иновации) също няма отделени никакви средства;
- Много от заложените цели, дейности и програми са само на хартия, нямат реално приложение;

- 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 като реално оценени приоритети и дейности, а единствено като пожелателни усилия;
- Стратегията е общополитически документ, но в нея липсват акценти, които да се съотнасят с приоритетите на страната и на гражданите. Няма ежегодното преразглеждане на приоритетите и поставяне на акцентите върху реалния живот и потребностите на гражданите и обществото като цяло;
- Няма реални социологически или други изследвания, които да дават представа относно постигнатите цели и да се ползват при оценката;
- Няма планирани или проведени научни и приложни проучвания и анализи относно общественото здраве, въвеждането на нови медицински технологии и т.н. Това оказва влияние както върху развитието на медицинската наука и практика в страната, така и върху вземането на политически решения, които често са субективни, а не са базирани на факти (политика базирана на доказателствата);
- Уместно е да се създаде структура към МЗ, която да регистрира и наблюдава изпълнението на всички провеждани проучвания, отнасящи се до здравето на населението – социологични, интервенционни и т.н., като се създаде подходяща база данни, позволяваща анализирането на здравното състояние на населението и на детерминантите влияещи върху него;
- 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;
- Необходимо е създаването на специален комитет или друга структура, която да наблюдава както изпълнението на Стратегията, така и съотносимостта на предприетите действия и предлагани политически решения и документи към стратегията;
- Наложително е да започне набирането на идеи по създаването на нова стратегия за периода след 2013 година (изготвянето на такъв документ отнема минимум 2 години), която да бъде с ясно очертани приоритети (съответстващи на потребностите на обществото), изпълними задачи и конкретни цели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализът на здравното състояние на гражданите на Р България през 2010 г. и произтичащите от него оценки очертават запазване на основните тенденции от последните години както по отношение на здравно – демографските показатели, на социалните детерминанти, така и по отношение на рисковите за здравето фактори – поведенчески и фактори на околната среда:

- Демографските процеси в страната се характеризират с трайна тенденция за намаляване на броя на населението и неговото застаряване. Неблагоприятна е тенденцията и по отношение на *работната сила*.
- Регистрира се леко нарастване на средната продължителност на живота, но тя остава с 6 години по-ниска от тази в ЕС.
- След изразената през последните години тенденция за увеличаване на раждаемостта, през 2010 г. нивото на показателя намалява.
- През 2010 г. показателят за смъртност се покачва и България продължава да е страната с един от най-високите показатели за смъртност в ЕС и най-нисък естествен прираст (-4.6‰).
- Запазва се структурата на смъртността по причини - водещи са болестите на органите на кръвообращението, като сред тях с най-висок дял са представени мозъчно-съдовата и исхемичната болест на сърцето и новообразуванията.
- През 2010 г. се отчита повишаване на нивото на детската смъртност, като нейните показатели продължават да са по-високи от средните за ЕС. (4.27‰). Неблагоприятни са данните и за мъртвораждаемостта и за делът на живородените недоносени.
- Нараства болестността от злокачествени новообразувания, докато заболяемостта намалява. Най-високи са тези показатели при рак на млечната жлеза при жените и рак на женските полови органи, както и на храносмилателните органи.
- Положителен факт е продължаващото намаляване на нивото на болестността и заболяемостта от туберкулоза. Регистрираните случаи, обаче, с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB) през 2010 г. нарастват спрямо предходната година.
- Успех е постигнато рязко снижаване на заболяемостта от вирусен хепатит В при децата до 14 години в резултат на устойчиво високия имунизационен обхват на новородените.
- Запазва се структурата на причините за хоспитализация - водещи са болестите на органите на кръвообращението и на дихателната система.
- Значителен е броят на освидетелстваните и преосвидетелствани инвалиди при увеличена честото на инвалидизирани лица до 16 години. Най-честата причина за инвалидизиране са болестите на органите на кръвообращението следвани от новообразуванията.

- И през 2010 г. се запазва регистрираната в предходните години структура на доходите, като разходите за здравеопазване на домакинствата и индивидите бележат постоянен ръст.
- Все още се отчитат някои негативни тенденции на пазара на труда - коефициентите на заетост при всички възрасти показват намаление, а сред безработните продължава да преобладава делът на лицата с ниско ниво на образование.
- Последните данни за рискови фактори у нас показват, че те са широко разпространени сред населението, което в значителна степен обуславя високата заболяемост, смъртност и инвалидност. Неблагоприятен е моделът на хранене на българското население. Употребата на наркотични вещества в България остава проблем, свързан най-вече с младите хора.
- По отношение на факторите на околната среда се наблюдава: системно или епизодично превишаване на допустимите стойности на някои замърсители на атмосферния въздух; системни отклонения в микробиологичното качество на питейната вода в едни и същи области; трайна тенденция към понижаване на относителния дял на населението експонирано на нитрати, хром и флуориди чрез питейната вода; невъзможност да се направи оценка на шума в пунктове в „тихи зони”, особено подлежащи на шумова защита.
- Контролът на безопасността на храните установява отклонения в допустимите изисквания за хранителни добавки и липса на отклонения в съдържанието на тежки метали, нитрати и пестицидни остатъци в храните. Не са установени положителни проби за наличие на неразрешени ГМО в анализирани проби от ориз и оризови продукти, лен и ленени продукти, налагащи предприемане на уведомителни действия.
- Резултатите от контрола на йонизиращите лъчения показват: проблеми в райони на предприятия от закритата уранодобивна промишленост; по високи от препоръчаните от ЕС нива на радон в сгради; проблеми с остарялата радиологичната апаратура.
- Общият брой на трудовите злополуки, на изгубените календарни дни и на злополуките със смъртен изход съществено намаляват. Резултатите от контролната дейност по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд все още са далеч от практиката в страните от ЕС.
- И през 2010 остават редица нерешени проблеми при оказване на индивидуални здравни услуги:
 - в извънболничната помощ: незадоволителен достъп, териториални различия, доминираща индивидуална практика, недостатъчен обем на промотивни и профилактични дейности на ОПЛ, липса на ефективна координацията между извънболничната и болничната помощ; ниско ниво на профилактичната дентална дейност.
 - в болничната помощ: ограничени финансовите средства за поддържане на дълготрайните активи, нирационална структура на болничния леглови фонд по области и специалности, недостатъчни лечебни заведения за долекуване и рехабилитация, финансиране по клинични пътеки.
 - в спешната помощ: неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа; влошаваща се кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на персонала; засилено търсене, възлагане на несвойствени функции и дейности, противоречива нормативна база по отношение на функциите.

- В системата на финансиране на здравеопазването съществуват проблеми по характерни от които са: недостатъчно публично финансиране, периодично възникващата задължнялост на болничния сектор, недостатъчни стимули за разпределяне на финансов ресурс за промоция на здравето и профилактика на болестите.
- Задълбочават се проблемите на човешките ресурси в здравеопазването: регионални диспропорции, ниска осигуреност с медицински сестри, намаляване на специалистите по някои специалности; емиграцията на медицински персонал, липса на стратегия за развитие на човешките ресурси в системата.

От направения анализ на изпълнението на Националната здравна стратегия 2008 – 2013 г. могат да се направят следните изводи:

- Продължава неритмичността и недостатъчната организираност при изпълнението на стратегическите цели;
- Все още няма създадено звено за наблюдение, контрол и съгласуване на дейностите по изпълнение на стратегическите цели и задачи;
- Анализите и оценките по изпълнение на стратегията са субективни поради липсата на обективно измерими индикатори за оценка;
- Изпълнението на Стратегията не е достатъчно обвързано с необходимите ресурси – финансови, кадрови и т.н.;
- Липсват планиране и средства по научни и практически изследвания в областта на здравето;
- 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 като реално оценени приоритети и дейности, а единствено като пожелателни усилия;
- Не е възприето да се прави ежегодно преразглеждане на приоритетите и поставяне на акцентите върху реалния живот и потребностите на гражданите и обществото като цяло.

Поради изключително голямото разнообразие на детерминантите, определящи здравето на една нация, партньорството и междусекторното сътрудничество са от изключително значение за постигане на успехи в опазването и подобряването здравето на населението и в изпълнението на националната здравна стратегия. Адекватният отговор на системата на здравеопазване е предоставянето на равен достъп до качествени обществени и индивидуални медицински услуги. Едновременно с това подобряването на условията на живот и труд, намаляването на вредните фактори на жизнената и работна среда, повишаването на нивото на образование, намаляването на безработицата и повишаването на доходите, широкодостъпното здравно образование, подпомагащо развитието на протективни здравни фактори у индивида и общността като цяло, са малка част от предизвикателствата, пред които е изправено съвременното общество.

Установените факти показват, че основните приоритети за подобряване здравето на нацията трябва да бъдат насочени към повлияване на всички детерминантите на здравето, в това число и социалните.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЯ ПО РАЗДЕЛ I И II

Таблица 1 Смъртност по причини през 2010 г.

Причини за смърт (МКБ-10)	Брой ¹⁾	На 100000 население	Структура (%)
Общо	110165	1462,2	100,0
Някои инфекциозни и паразитни болести	602	8,0	0,5
Новообразувания	16672	221,3	15,1
Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	133	1,8	0,1
Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	1804	23,9	1,6
Психични и поведенчески разстройства	89	1,2	0,1
Болести на нервната система	976	13,0	0,9
Болести на окото и придатъците му	2	0,0	0,0
Болести на ухото и мастоидния израстък	6	0,1	0,0
Болести на органите на кръвообращението	74392	987,4	67,5
Болести на дихателната система	4069	54,0	3,7
Болести на храносмилателната система	3279	43,5	3,0
Болести на кожата и подкожната тъкан	32	0,4	0,0
Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	42	0,6	0,0
Болести на пикочо-половата система	1177	15,6	1,1
Бременност, раждане и послеродов период	6	0,1	0,0
Някои състояния, възникващи през перинаталния период	283	3,8	0,3
Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	169	2,2	0,2
Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	3396	45,1	3,1
Външни причини за заболяемост и смъртност	3036	40,3	2,8

Източник: НЦОЗА

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
2010	1917199	328306	1588893	1010719	578174
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
2010	25446.3	26176.2	25300.0	20412.0	43516.5

Източник: НЦОЗА

**Таблица 3. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели)
в стационарите на лечебните заведения по класове през 2010 г.**

<i>№</i>	<i>Класове по МКБ-10</i>	<i>Брой</i>	<i>На 100000 насе- ние</i>	<i>Струк- тура (%)</i>
	Общо	1917199	25446,3	100,0
	I. Някои инфекциозни и паразитни болести	68154	904,6	3,6
	II. Новообразувания	118884	1577,9	6,2
	III. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	14266	189,3	0,7
	IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	71528	949,4	3,7
	V. Психични и поведенчески разстройства	51881	688,6	2,7
	VI. Болести на нервната система	66 887	887,8	3,5
	VII. Болести на окото и придатъците му	57860	768,0	3,0
	VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък	28006	371,7	1,5
	IX. Болести на органите на кръвообращението	284538	3776,6	14,9
	X. Болести на дихателната система	235266	3122,6	12,3
	XI. Болести на храносмилателната система	154049	2044,6	8,0
	XII. Болести на кожата и подкожната тъкан	32597	432,6	1,7
	XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	63395	841,4	3,3
	XIV. Болести на пикочо-половата система	131761	1748,8	6,9
	XV. Бременност, раждане и послеродов период	140247	1861,4	7,3
	XVI. Някои състояния, възникващи през перинаталния период	19836	263,3	1,0
	XVII. Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	5614	74,5	0,3
	XVIII. Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде	6032	80,1	0,3
	XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	99371	1318,9	5,2
	XXI. Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби ¹⁾	267027	3544,2	13,9

Източник: НЦОЗА

¹⁾ вкл. 52431 здрави живородени

Таблица 4. Хоспитализирани случаи (изписани и умрели) на възраст 0-17 години в стационарите на лечебните заведения по класове през 2010 г.

<i>№</i>	<i>Класове по МКБ-10</i>	<i>Брой</i>	<i>На 100000 население</i>	<i>Структура (%)</i>
	Общо	328306	26179,2	100,0
	I. Някои инфекциозни и паразитни болести	41037	3272,3	12,5
	II. Новообразувания	2795	222,9	0,9
	III. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	2843	226,7	0,9
	IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	3856	307,5	1,2
	V. Психични и поведенчески разстройства	2510	200,1	0,8
	VI. Болести на нервната система	5 186	413,5	1,6
	VII. Болести на окото и придатъците му	3350	267,1	1,0
	VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък	3416	272,4	1,0
	IX. Болести на органите на кръвообращението	3992	318,3	1,2
	X. Болести на дихателната система	114963	9167,2	35,0
	XI. Болести на храносмилателната система	13902	1108,6	4,2
	XII. Болести на кожата и подкожната тъкан	3180	253,6	1,0
	XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	2114	168,6	0,6
	XIV. Болести на пикочо-половата система	9415	750,8	2,9
	XV. Бременност, раждане и послеродов период	8177	652,0	2,5
	XVI. Някои състояния, възникващи през перинаталния период	19836	1581,7	6,0
	XVII. Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	4446	354,5	1,4
	XVIII. Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	1008	80,4	0,3
	XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	20845	1662,2	6,3
	XXI. Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби ¹⁾	61435	4898,8	18,7

Източник: НЦОЗА

1) Вкл. 52431 здрави живородени

Таблица 5. Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания

На 100 000 население

Локализация на новообразуванието по МКБ-10	2009		2010	
	Общо	в т.ч.: новоот- крити	Общо	в т.ч.: новоот- крити
Общо	3453.8	438.3	3469,2	425,6
Устни, устна кухина и фаринкс	112.2	11.9	106,6	10,6
в т.ч.: устна	63.5	2.8	59,9	2,5
Храносмилателни органи	521.4	106.9	519,2	99,6
в т.ч.: стомах	78.9	20.1	73,9	18,4
дебело черво	212.2	34.6	218,7	33,0
ректосигмоидална област, право черво (ректум), анус и анален канал	158.8	24.1	161,5	23,6
Дихателни органи и гръден кош	221.5	57.5	211,5	54,3
в т. ч.: трахея, бронхи и бял дроб	143.0	47.9	137,8	45,8
Кости и ставни хрущяли	11.0	0.9	10,6	0,8
Меланом и други злокачествени новообразувания на кожата	734.3	60.7	747,5	64,4
Мезотелиална и меки тъкани	37.0	4.1	36,6	4,2
Млечна жлеза	607.2	49.5	622,0	48,4
в т.ч.: млечна жлеза при жените	1163.9 ¹⁾	94.7 ¹⁾	1191,2 ¹⁾	92,3 ¹⁾
Женски полови органи	1027.1 ¹⁾	86.5 ¹⁾	1029,4 ¹⁾	82,1 ¹⁾
в т.ч.: шийка на матката	355.1 ¹⁾	27.5 ¹⁾	359,6 ¹⁾	27,4 ¹⁾
тяло на матката	437.6 ¹⁾	32.5 ¹⁾	442,4 ¹⁾	31,1 ¹⁾
яйчник	181.2 ¹⁾	21.7 ¹⁾	177,0 ¹⁾	18,7 ¹⁾
Мъжки полови органи	375.7 ²⁾	51.7 ²⁾	379,8 ²⁾	51,8 ²⁾
в т.ч.: простата	275.5 ²⁾	44.1 ²⁾	275,5 ²⁾	45,0 ²⁾
Пикочна система	211.1	28.8	215,8	29,2
в т. ч.: пикочен мехур	147.0	19.0	149,3	19,4
Око, главен мозък и други части на централната нервна система	45.0	8.9	42,4	7,2
Щитовидна и други ендокринни жлези	57.6	4.1	59,5	3,8
Неточно определени, вторични и неуточнени локализации	45.7	17.5	43,6	17,1
Лимфна, кръвотворна и сродните им тъкани	137.8	17.6	138,8	18,4
Самостоятелни (първични) множествени локализации	–	–	–	–

Източник: НЦОЗА

¹⁾ на 100 000 жени

²⁾ на 100 000 мъже

Таблица 6. Болни под наблюдение на психиатричните заведения

<i>Наименование на болестите по МКБ-10</i>	<i>2009</i>		<i>2010</i>	
	<i>Брой</i>	<i>на 100 000 население</i>	<i>Брой</i>	<i>на 100 000 население</i>
Общо	171717	2270.3	155741	2075,2
Психични и поведенчески разстройства	158917	2101.0	145441	1938,0
Деменция	3497	46.2	3330	44,4
Делир, непредизвикан от алкохол и други психоактивни вещества	872	11.5	672	9,0
Други разстройства, дължащи се на мозъчно заболяване	4448	58.8	4530	60,4
Психични и поведенчески разстройст- ва, дължащи се на употреба на алкохол	15291	202.2	13805	183,9
Психични и поведенчески разстройст- ва, дължащи се на употреба на други психоактивни вещества	764	10.1	901	12,0
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди	498	6.6	686	9,1
Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства	38627	510.7	35971	479,3
Шизофрения	28339	374.7	27766	370,0
Остри и преходни психотични разстройства	2984	39.5	2811	37,5
Разстройства на настроението [афективни разстройства]	29380	388.4	27492	366,3
Маниен епизод	3730	49.3	3356	44,7
Биполарно афективно разстройство	7144	94.5	7101	94,6
Депресивен епизод	7824	103.4	6938	92,4
Рецидивиращо депресивно разстройство	9732	128.7	9182	122,3
Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства	16740	221.3	15135	201,7
Разстройства на храненето, съня и сексуалността	177	2.3	163	2,2
Разстройства на личността и поведението в зряла възраст	6203	82.0	5769	76,9
Умствена изостаналост	39283	519.4	34350	457,7
Специфични разстройства в развитието	750	9.9	840	11,2
Генерализирани разстройства в развитието	409	5.4	411	5,5
Хиперкинетични разстройства	525	6.9	541	7,2
Други разстройства в поведението и емоциите	504	6.7	446	5,9
Неорганична енуреза	485	6.4	631	8,4
Всички останали класове болести	12800	169.3	10300	137,2
Епилепсия	12785	169.0	10285	137,0

Източник: НЦОЗА

Таблица 7. Регистрирани заболявания от активна туберкулоза

На 100 000 население

	2005	2008	2009	2010
Общо	127.7	119.7	109.4	90,5
В т.ч. новооткрити	40.1	38.5	33.6	30,3

Източник: НЦОЗА

Таблица 8. Регистрирани заболявания от някои венерически и кожнозаразни болести

На 100 000 население

	2005	2008	2009	2010
Сифилис	66.5	43.6	44.7	43.9
В т.ч. новооткрити	7.7	5.8	5.9	5.7
Гонорея	2.8	2.6	2.7	2.8
В т.ч. новооткрити	2.3	2.3	2.5	2.4
Микроспория	23.3	33.3	33.1	31.4
В т.ч. новооткрити	17.1	26.8	29.7	25.5
Трихофития	25.3	31.5	34.5	39.7
В т.ч. новооткрити	18.5	26.5	30.1	34.8

Източник: НЦОЗА

Таблица 9. Структура на инфекциозната патология и заболеваемост от остри заразни болести* в България през 2010 г.

	Нозологични единици	ОБЩО	Заболеваемост (на 100000)	Отн. дял (%)
1	Антракс	3	0,04	0,004
2	БММЕ пневмококов	26	0,35	0,04
3	БММЕ стрептококов	6	0,08	0,01
4	БММЕ хемофилус инфлуенце	10	0,13	0,01
5	БММЕ други	22	0,29	0,032
6	БММЕ с неуточнена етиология	78	1,04	0,11
7	Ботулизъм	1	0,01	0,001
8	Бруцелоза	2	0,03	0,003
9	Бяс		0,00	0,00
10	Вариант на болестта на Кройцфелд - Якоб		0,00	0,00
11	Вариола		0,00	0,00
12	Варицела	19724	262,82	28,57
13	Вирусни менингити и менингоенцефалити	239	3,18	0,35
14	Ебола/Марбург треска		0,00	0,00
15	Треска Ласса		0,00	0,00
16	ВХТ Кримска-Конго хеморагична треска	6	0,08	0,01
17	ВХТ Хеморагична треска с бъбречен синдром	3	0,04	0,004
18	Вирусен хепатит тип А	2350	31,31	3,40
19	Вирусен хепатит тип В	468	6,24	0,68

20	Вирусен хепатит тип С	166	2,21	0,24
21	Вирусен хепатит тип D	5	0,07	0,01
22	Вирусен хепатит неопределен	207	2,76	0,30
23	Ентероколит	17083	227,63	24,75
24	Дизентерия (шигелоза)	597	7,95	0,86
25	Дифтерия		0,00	0,000
26	Епидемичен паротит	317	4,22	0,46
27	Жълта треска		0,00	0,00
28	Йерсиниоза	5	0,07	0,01
29	Кампилобактериоза	6	0,08	0,01
30	Коклюш	54	0,72	0,08
31	Колиентерити (ешерихиози)	586	7,81	0,85
32	Ентерохеморагична E. Coli		0,00	0,00
33	Коремн тиф	1	0,01	0,001
34	Ку - треска	18	0,24	0,03
35	Лаймска борелиоза	595	7,93	0,86
36	Легионелоза	3	0,04	0,004
37	Лептоспироза	11	0,15	0,02
38	Листериоза	4	0,05	0,01
39	Марсилска треска	451	6,01	0,65
40	Менингококова инфекция (менингит и сепсис)	16	0,21	0,02
41	Морбили	22004	293,20	31,88
42	Орнитоза		0,00	0,00
43	Петнист тиф		0,00	0,00
44	Полиомиелит		0,00	0,00
45	Остри вяли парализи	113	1,51	0,16
46	Рубеола	39	0,52	0,06
47	Вродена рубеола		0,00	0,000
48	Салмонелоза	1218	16,23	1,76
49	Скарлатина	2586	34,46	3,75
50	Стрептококус пневмоние, инвазивна инфекция		0,00	0,00
51	Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)		0,00	0,00
52	Тетанус	2	0,03	0,003
53	Тулaremия	3	0,04	0,004
54	Хемофилус инфлуенце тип В, инвазивна инфекция		0,00	0,00
55	Холера		0,00	0,00
56	Чума		0,00	0,00
	ВСИЧКО	69028	919,78	100,00

Източник: НЦОЗА

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

Таблица 10. Първично инвалидизирани лица над 16-годишна възраст

Години	Загубена работоспособност								Общо	
	над 90%		71% – 90%		50% – 70%		до 50%			
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%	брой	на 1000 население над 16 г.
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
2010	14764	22.9	21002	32.6	20746	32.2	7935	12.3	64447	10.0

Източник: НЦОЗА

Таблица 11. Първично инвалидизирани лица над 16-годишна възраст по класове болести за 2010 г.

№	Класове болести по МКБ-10	брой				
		над 90%	71%–90%	50%–70%	до 50%	Общо
	Общо	14764	21002	20746	7935	64447
	I. Някои инфекциозни и паразитни болести	52	606	113	44	815
	II. Новообразувания	5796	4826	867	103	11592
	IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	306	1448	2653	894	5301
	V. Психични и поведенчески разстройства	727	1103	1259	165	3254
	VI. Болести на нервната система	605	704	729	369	2407
	VII. Болести на окото и придатъците му	557	553	694	224	2028
	VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък	34	272	492	202	1000
	IX. Болести на органите на кръвообращението	4731	8320	8635	2997	24683
	X. Болести на дихателната с-ма	48	192	648	556	1444
	XI. Болести на храносмилателната система	267	449	423	163	1302
	XIII. Болести на костно-мускулната с-ма и на съединителната тъкан	621	1601	2100	1209	5531
	XIV. Болести на пикочо-половата система	288	272	613	227	1400
	XVII. Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	9	61	161	62	293
	XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	684	493	1191	636	3004
	Останали класове болести	39	102	168	84	393

Източник: НЦОЗА

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
2010	628	16.4	•	•	•	•	570	14.9	3833	3.5

Източник: НЦОЗА

Таблица 13. Първично инвалидизирани лица до 16-годишна възраст по класове болести за 2010 г.

№	Класове болести по МКБ-10	брой			
		над 90%	50%–90%	до 50%	Общо
	Общо	628	2635	570	3833
	I. Някои инфекциозни и паразитни болести	1	133	0	134
	II. Новообразувания	64	60	3	127
	IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	40	167	10	217
	V. Психични и поведенчески разстройства	111	460	79	650
	VI. Болести на нервната система	180	402	77	659
	VII. Болести на окото и придатъците му	11	77	20	108
	VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък	13	90	18	121
	IX. Болести на органите на кръвообращението	1	12	4	17
	X. Болести на дихателната с-ма	3	571	274	848
	XI. Болести на храносмилателната система	1	27	4	32
	XIII. Болести на костно-мускулната с-ма и на съединителната тъкан	7	61	3	71
	XIV. Болести на пикочо-половата система	8	46	8	62
	XVII. Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	163	431	48	642
	XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	13	39	10	62
	Останали класове болести	4	30	6	40

Източник: НЦОЗА

Таблица 14. Болнични ЛЗ и леглови фонд към 31.12.2010 г. ⁴⁶

ЛЗ	2005		2008		2009		2010	
	брой	легла	брой	легла	брой	легла	брой	легла
ЛЗ за болнична помощ - всичко	262	45537	305	45353	306	45906	312	45832
МБАЛ	125	29270	123	27697	122	27779	120	26347
СБ	70	8327	70	8051	69	8105	77	8397
Психиатрични б-ци	12	2790	12	2705	12	2685	12	2558
Други б-ци	1	60	-	-	-	-	-	-
Б-ци към други ведомства	9	3525	15	2847	10	2046	14	3050
Частни болници	45	1565	85	4053	93	5291	88	5420
Диспансери	48	4089	48	4154	48	4135	34	3102

¹През 2010 г. Непреобразувани диспансерите и центрове

Таблица 15. Използваемост на легловия фонд по видове лечебни заведения за периода 2000-2010 г. (в дни)

Вид ЛЗБП	2000	2005	2008	2009	2010
МБАЛ	251	302	278	277	259
СБАЛ	239	269	277	276	258
СБДПЛР	204	274	270	271	247
СБДПЛ	245	291	319	317	269
СБР	180	243	247	255	198
ДПФЗ	267	271	247	239	221
ДКВЗ ¹⁾	185	284	244	244	227
ДОЗ ²⁾	282	340	330	327	308
ДПЗ ³⁾	297	313	294	294	279
Псих.б-ци	280	275	279	287	283
Частни ЛЗ	72	158	199	191	195

* без заведенията към други ведомства

¹През 2010 г. ДКВЗ са преобразувани в ЦКВЗ

²През 2010 г. ДОЗ са преобразувани в КОЦ

³През 2010 г. ДПЗ са преобразувани в ЦПЗ

Таблица 16. Персонал в ЦСМП и СО на лечебните заведения към 31.12.2010 г.

	ЦСМП			СО		
	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Персонал –всичко, от тях:	6805	6868	7089	1022	1060	1134
лекари	1399	1395	1419	280	273	279
персонал за здр. грижи:	2504	2522	2526	432	462	518
в т.ч.: фелдшери	1361	1379	1366	39	40	41
мед. сестри	1049	1056	1079	388	416	471
акушерки	88	81	75	3	4	3
други	6	6	6	2	2	3
- друг персонал:	2902	2951	3144	310	325	337
в т.ч.: санитарни шофьори	250	252	249	293	314	333
	2251	2266	2268	-	-	-

Източник: НЦОЗА, 2010

Таблица 17. Изпълнени повиквания в ЦСМП

	2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
Изпълнени повиквания - всичко	843029	100.0%	841488	100.0%	814609	100,0%
<i>от тях: - за спешна мед. помощ</i>	636638	75.5%	644649	76.6%	622329	76,4%
<i>- за неотложна мед. помощ</i>	94801	11.3%	84011	10.0%	72004	8,8%
<i>- за санитарен транспорт</i>	111590	13.2%	112828	13.4%	120276	14,8%

Източник: НЦОЗА, 2010

Таблица 18. Обслужени лица от ЦСМП и от спешните отделения (СО) на лечебните заведения

	2009 г.		2010 г.	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
Обслужени лица - всичко	2538420	100.0%	2509687	100,0%
<i>от тях:</i>				
<i>- от ЦСМП</i>	1355735	53.4%	1318024	52,5%
<i>- от спешни отделения</i>	827747	32.6%	1101720	43,9%
<i>- от спешни портали</i>	354938	14.0%	89943	3,6%

Източник: НЦОЗА, 2010

Таблица 19. Човешки ресурси за 2010 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	27997	14836	10491	1354	-	56	1527	223	-
Други медицински специалисти с образователна степен "специалист", завършили медицински колеж или придобили специалност „здравни грижи“	47468	29008	5873	1591	232	104	1936	816	1194
Акушерки	3247	2646	285	165	-	7	112	1	-
Медицински сестри (всички профили)	31786	20910	2127	895	166	52	919	94	1
Медицински лаборанти	4237	2547	1238	232	-	10	404	592	-
Рентгенови лаборанти	1528	1047	463	79	44	11	207	119	3
Рехабилитатори	1486	1053	349	117	-	3	229	-	-

*Персонал на основен трудов договор

Изт.: НСИ, НЦОЗА

Таблица 20. Териториално разпределение на човешките ресурси за 2010 г.

Области	ЛЕКАРИ		ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА		МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ	
	брой	на 10 000	Брой	на 10 000	брой	на 10 000
БЪЛГАРИЯ	27997	37,3	6355	8,5	31786	42,4
БЛАГОЕВГРАД	880	27,0	254	7,8	1189	36,5
БУРГАС	1104	26,2	258	6,1	1330	31,6
ВАРНА	2189	47,1	416	8,9	1904	40,9
В.ТЪРНОВО	823	30,3	199	7,3	1063	39,2
ВИДИН	376	35,5	103	9,7	325	30,7
ВРАЦА	692	35,8	110	5,7	921	47,6
ГАБРОВО	472	36,9	106	8,3	556	43,5
ДОБРИЧ	536	27,1	115	5,8	657	33,3
КЪРДЖАЛИ	403	26,2	110	7,2	615	40,0
КЮСТЕНДИЛ	488	34,1	113	7,9	554	38,7
ЛОВЕЧ	601	40,6	121	8,2	644	43,5
МОНТАНА	470	30,7	91	5,9	537	35,1
ПАЗАРДЖИК	827	28,7	218	7,6	935	32,5
ПЕРНИК	372	27,6	132	9,8	352	26,1
ПЛЕВЕН	1319	46,0	166	5,8	1426	49,8

ПЛОВДИВ	2931	42,1	915	13,1	3144	45,2
РАЗГРАД	323	24,8	63	4,8	414	31,8
РУСЕ	753	30,5	165	6,7	933	37,8
СИЛИСТРА	316	25,1	69	5,5	401	31,9
СЛИВЕН	588	29,1	128	6,3	687	34,0
СМОЛЯН	361	29,4	117	9,5	532	43,4
СОФИЯ-столица	5627	44,7	1513	12,0	5774	45,8
СОФИЯ	957	38,2	121	4,8	1076	43,0
СТ.ЗАГОРА	1523	43,8	270	7,8	1747	50,3
ТЪРГОВИЩЕ	365	28,6	61	4,8	486	38,0
ХАСКОВО	706	27,9	194	7,7	857	33,9
ШУМЕН	586	30,5	98	5,1	791	41,2
ЯМБОЛ	340	25,0	94	6,9	505	37,2

Източник.: НСИ, НЦОЗА

Таблица 21. Човешки ресурси за периода 1998-2010 г.

Показатели/години	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ЛЕКАРИ													
Общ брой	28476	28261	27526	27186	27688	28128	27423	28197	28111	27911	27480	27988	27997
на 10 000 население	34.6	34.5	33.8	34.5	35.3	36.1	35.3	36.5	36.6	36.5	36.1	37.0	37,3
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	6,3
Вътрешни болести на 10 000 население	9.1	9.3	6.1	5.7	5.3	5.6	5.2	5.4	5.6	5.3	5.5	5.7	5,7
Хирурги на 10 000 население	3.6	3.6	3.6	3.6	3.4	3,7	3.5	3.6	3.6	3.1	3.2	3.2	3,5
АГ на 10 000 население	1.9	2.0	1.9	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8	1.8	1,8
Педиатри на 10 000 население	4.3	4.1	2.1	1.9	1.9	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	1.8	1.8	1,9
Офтальмолози на 10 000 население	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0,9
Оториноларинголози на 10 000 население	0.8	0.8	0.8	0.7	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	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1,5
Психиатри на 10 000 население	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0,7
Дерматовенеролози на 10 000 население	0.6	0.6	0.6	0.7	0.5	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	1.1	1.1	1.1	1.2	1.1	1.1	1.2	1,2
Физиотерапевти на 10 000 население	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0,6
Лабораторни лекари на 10 000 население	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.7	0.8	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	0.2	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	1.5	1.5	1.5	1.3	1.4	1.5	1.4	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1,8
ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА													
Общ брой	4 838	4 655	6 778	6 482	6 144	6 475	6 491	6 493	6 512	6 432	6 288	6493	6355
на 10 000 население	5.9	5.7	8.3	8.2	7.8	8.3	8.4	8.4	8.5	8.4	8.3	8.6	8,5
СЕСТРИ													
Общ брой	47 343	45 252	31 479	29 769	28 508	29 650	29 769	31 235	31 599	32 244	32 314	31961	31786
на 10 000 население	57.5	55.2	38.6	37.7	36.3	38.0	38.4	40.5	41.1	42.2	42.5	42.3	42,4
АКУШЕРКИ													
Общ брой	5 826	5 494	4 131	3 518	3 433	3 456	3 417	3 455	3 429	3 401	3 336	3289	3247
на 10 000 население	7.1	7.1	5.1	4.5	4.4	4.4	4.4	4.5	4.5	4.5	4.4	4.3	4,3
ФЕЛДШЕРИ													
Общ брой	5 663	5 351	3 158	2 334	1 972	2 334	2 549	2 466	2 568	2 660	2 508	2534	2417
на 10 000 население	6.9	6.5	3.9	3.0	2.5	3.0	3.3	3.2	3.3	3.5	3.3	3.4	3,2

Източник.: НСИ, НЦОЗА

**Таблица 22. Осигуреност с човешки ресурси в България и ЕС
(на 100 000 души)**

Година	България	ЕС
ЛЕКАРИ		
2005	367.96	318.0
2006	366.46	323.5
2007	365	326.3
2008	361	328.3
2009	370	330.5
2010	373	-
ОБЩОПРАКТИКУВАЩИ ЛЕКАРИ		
2005	67.72	86.2
2006	66.59	87.0
2007	65.02	89.5
2008	62.78	88.6
2009	65	87.4
2010	63	-
ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА		
2005	84.04	62.7
2006	84.89	63.5
2007	84	64.3
2008	83	64.9
2009	86	66.2
2010	85	-
МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ		
2005	404.28	775.0
2006	411.93	778.2
2007	422	780.6
2008	425	792.4
2009	423	823.6
2010	424	-
АКУШЕРКИ		
2005	44.72	28.1
2006	44.54	28.2
2007	45	28.8
2008	44	29.1
2009	43	32.3
2010	43	-

Източник: НЦОЗА

Таблица 23. Извършени имунизации в България през 2010 г.

<i>Задължителни имунизации</i>	
Срещу ТУБЕРКУЛОЗА имунизирани новородени % на обхванатите	97,8
Срещу ПОЛИОМИЕЛИТ % на обхванатите	98,8
Срещу ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС и КОКЛЮШ % на обхванатите	98,8
Срещу ХЕПАТИТ В имунизирани новородени % на обхванатите	95,0
Срещу МОРБИЛИ, ПАРОТИТ и РУБЕОЛА с асоциирана ваксина % на обхванатите	96,5
<i>Целеви имунизации (брой)</i>	
Срещу БЯС при ухапване	3377
<i>Препоръчителни имунизации (брой)</i>	
Срещу ХЕПАТИТ А	1750
Срещу ХЕПАТИТ В	775
Срещу ГРИП	31994
Срещу ТЕТАНУС при нараняване	99107

Източник: НЦОЗА – Извършени имунизации в Р. България през 2010 г.)

Таблица 24. 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 %
HBV 3 (на 6 месеца)	71 206	68 043	95,6
PV 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 25. Средна продължителност на живота

Периоди	Общо	Мъже	Жени
1984 - 1986	71.19	68.17	74.44
1989 - 1991	71.22	68.02	74.66
1993 - 1995	70.60	67.10	74.90
1995 - 1998	70.50	67.10	74.30
1997 - 1999	71.00	67.60	74.60
1998 - 2000	71.70	68.15	75.34
1999 - 2001	71.80	68.50	75.20
2000 - 2002	71.87	68.54	75.37
2003 - 2005	72.60	69.00	76.30
2005 - 2007	72.70	69.20	76.30
2006 - 2008	73,00	69,50	76,60
2007 - 2009	73,43	69,90	77,08
2008 - 2010	73,6	70,0	77,2

Източник: НСИ

Таблица 26. Заболяемост от туберкулоза в България през 2010 г.

Общо за страната		30,3	
Области	Заболеваемост	Области	Заболеваемост
Благоевград	27,5	Силистра	28,4
Бургас	33,0	Сливен	20,2
Варна	24,7	Смолян	19,4
Велико Търново	26,7	София (столица)	33,2
Видин	47,7	София	42,5
Враца	63,0	Стара Загора	20,6
Габрово	50,4	Търговище	24,9
Добрич	21,7	Хасково	20,0
Кърджали	19,5	Шумен	26,9
Кюстендил	54,7	Ямбол	32,8
Ловеч	34,8	София	42,5
Монтана	32,4	Стара Загора	20,6
Пазарджик	22,8	Търговище	24,9
Перник	50,2	Хасково	20,0
Плевен	20,1	Шумен	26,9
Пловдив	27,2	Ямбол	32,8
Разград	38,0	София	42,5
Русе	26,6	Стара Загора	20,6
		Търговище	24,9
		Хасково	20,0

Източник: НЦОЗА

**Таблица 27. ЛЕГЛА В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ
ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ НА 31.12.2010Г.**

Области	Брой	На 10000 население
Общо	45832	61,1
Благоевград	1522	46,7
Бургас	1766	41,9
Варна	1964	42,2
Велико Търново	1437	52,9
Видин	458	43,3
Враца	974	50,3
Габрово	890	69,7
Добрич	905	45,8
Кърджали	861	56,1
Кюстендил	1199	83,8
Ловеч	1180	79,8
Монтана	910	59,5
Пазарджик	1927	66,9
Перник	544	40,4
Плевен	1674	58,4
Пловдив	4577	65,7
Разград	554	42,5
Русе	1240	50,3
Силистра	475	37,8
Сливен	1145	56,7
Смолян	727	59,3
София (столица)	8917	70,8
София	1636	65,3
Стара Загора	2576	74,1
Търговище	707	55,3
Хасково	871	34,4
Шумен	660	34,3
Ямбол	486	35,8

Източник: НЦОЗА

Таблица 28. Относителен дял на леглата по вид в лечебните заведения за болнична помощ през 2010 г. (по данни на НЦОЗА⁴⁷)

Видове легла	Относителен дял на леглата по вид в лечебните заведения за болнична помощ
Общо	
вътрешни болести	6,36
кардиология	4,39
детски болести	5,44
хирургия	10,26
ортопедия и травматология	3,99
родилни	3,39
неврни болести	6,38
други	59,79

Източник: НСИ

Таблица 29 Честота на хоспитализациите

	2000	2008	2009	2010
туберкулоза	80,5	55,0	53,6	48,6
новообразувания	1194,3	1506,1	1564,6	1577,9
катаракта	192,2	339,6	357,4	344,3
хипертонична болест	385,2	52,5	55,7	72,3
ИБС	575,9	1040,2	1295,2	1218,3
сърдечна недостатъчност	128,0	925,0	982,6	951,2
пневмония	548,8	1338,2	1436,0	1414,2

Източник: НЦОЗА

Таблица 30 Основни параметри на контролната дейност на НЗОК в ЛЗБП

Показатели	Резултат 01.01 31.12.2009г	Резултат 01.01 - 31.12.2010г
Брой сключени договори с ЛЗБП и диспансери, вкл. и с ЛЗ за СИМП изпълняващи КП	344	328
Общ брой извършени проверки в ЛЗБП, в т.ч.:	2 585	3 247
Брой финансови проверки	1 050	1 322
Брой медицински проверки	1 480	1 925
Видове проверки		
Самостоятелни проверки	1 968	2 121
Съвместни проверки с НЗОК	376	713
Съвместни проверки с НЗОК и др. институции	22	141
Проверки по жалби	219	272
Брой проверки с установени нарушения	1 605	1 471
Брой проверки с установени суми за възстановяване	792	619
Сключени договори по КП	18 700	17 409
Общ брой проверени КП	15 591	22 216

⁴⁷ Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, НЦОЗА, София, 2010 г.

От финансови проверки	6 368	8 304
От медицински проверки	9 223	13 912
Брой проверени ИЗ	200 313	260 439
Брой ИЗ с нарушения	22 243	14 091
% ИЗ с установени нарушения от общо проверените	11,1%	5,4%
Общ брой констатирани нарушения, в т.ч.	6 922	10 386
при извършени финансови проверки	3 079	4 296
при извършени медицински проверки	3 843	6 090
Начислени имуществени санкции по НРД 2010 в лв.	-	2 194 100 лв
Начислени суми за възстановяване в РЗОК в лв	4 639 062лв	3 345 332 лв

Източник: Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2010 година

Таблица 31 Видове нарушения от финансови проверки на НЗОК по ЗЗО

ВИДОВЕ НАРУШЕНИЯ ОТ ФИНАНСОВИ ПРОВЕРКИ ПО ЗЗО	БРОЙ
1. Нарушаване на установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, чл. 105 "в" от ЗЗО	3 181
2. Нарушаване условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 и т.3, чл.105 "а" от ЗЗО	896
3. Неизпълнени задълженията за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелствата, чл. 105 "ж" от ЗЗО	83
4. Неоснователно заплащане от ЗООЛ на потребителска такса по чл.37 от ЗЗО,	83
5. Нарушаване на изискванията за предоставяне на информация по чл. 64а; чл. 105 "д" от ЗЗО	33
6. Нарушаване на изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, чл. 105 "б" от ЗЗО	20
ОБЩО	4 296

Източник: Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2010 година

Таблица 32 Видове нарушения от медицински проверки на НЗОК по ЗЗО

НАРУШЕНИЯ ОТ МЕДИЦИНСКИ ПРОВЕРКИ ПО ЗЗО	БРОЙ
1. Нарушаване условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2, чл.105 "а" от ЗЗО	4 601
2. Нарушаване на установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, чл. 105 "в" от ЗЗО	1 475
3. Нарушаване на изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, чл. 105 "б" от ЗЗО	9
4. Неизпълнени задълженията за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелствата, чл. 105 "ж" от ЗЗО	5
ОБЩО	5 638

Източник: Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2010 година

Таблица 33 Брой проверки на изпълнители на извънболнична помощ по вид проверка и по вид изпълнител 1-12.2010

Видове проверки	ПИМП	СИМП	СИМП по чл.12 от НРД 2010	ДП
Финансови	2508	1829	29	1979
Медицински	1975	1047	17	1552
По сигнали и жалби	325	180	0	95
Съвместно с НЗОК	1151	626	25	1329
Съвместно с други институции	7	2	0	42
ОБЩО	5966	3684	71	4997

Източник: Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2010 година

Таблица 34 Най-често срещани нарушения при проверки в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ

Вид нарушение	Брой
Условия и ред за оказване на медицинска помощ.	11812
Нарушение на договорените по вид и обем мед. дейности и изследвания във връзка с диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ	2736
Нарушение на установените изисквания за работа с първични медицински документи, с изключение на явна фактическа грешка, липса на здравно досие	4861
Нарушение на договорените по вид и обем мед. дейности и изследвания във връзка с профилактика на ЗЗОЛ над 18 г. при ОПЛ	595
Нарушаване на изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане.	645
Нарушение на изискванията за предоставяне на информация по чл.64а. от ЗЗО.	1069
Прегледи от ОПЛ или лекар специалист по време на хоспитализация	519
Неизпълнение на задълженията за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелства, свързани със сключването на ИД.	263

Източник: Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2010 година

Таблица 35 Справка за относителния дял на клиничните пътеки с най-високи цени (над 3 000 лева) спрямо стойността на дейността по КП за периода на дейност януари - декември 2010 година (в лева)

код на КП	Наименование на КП	Цена	Общо изплатени средства	Относителен дял в общата сума
	Суми по КП:		1 045 687 394	16,8%
49	Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	4 550	44 212 350	4,2%
206	Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	10 100	28 916 300	2,8%
51	Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	5 250	21 010 500	2,0%
208	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условие на екстракорпорално кръвообращение	13 500	19 858 500	1,9%
45	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания	3 518	19 289 194	1,8%
190	Оперативно лечение на абдоминалната аорта, долната празна вена и клоновете им	3 650	9 792 950	0,9%
200	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	3 466	7 652 334	0,7%
281	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1% до 19% от телесната повърхност с хирургични интервенции	3 639	7 056 021	0,7%
209	Полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция и изискваща продължително лечение	14 500	4 973 500	0,5%
174	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям и много голям обем и сложност	3 696	2 509 584	0,2%
268	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	3 183	2 403 165	0,2%
278	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сурфактант, независимо от теглото	3 960	2 312 640	0,2%
282	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20% от телесната повърхност с хирургични интервенции	8 195	2 229 040	0,2%
41	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии	3 518	1 034 292	0,1%
210	Хирургично лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	3 223	1 031 360	0,1%
207	Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица под 18 години	10 100	949 400	0,1%

155	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	6 800	156 400	0,0%
43	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърд. малформации с механична вентилация	4 500	148 500	0,0%
42	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърд. малформации	3 518	123 130	0,0%
211	Хирургично лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица под 18 години	3 223	103 130	0,0%

Източник: Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2010 година

ПРИЛОЖЕНИЕ ПО РАЗДЕЛ III

Нормативни документи

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 1. ОСИГУРЯВАНЕ УСЛОВИЯ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

Точка 3. „Оптимизиране дейностите по опазване на общественото здраве”

Подточка от № 3.1. „Ограничаване влиянието на рисковите фактори, свързани с околната среда и поведението на населението”

Нормативна база – приети нормативни актове - 8

1. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 15 от 2002 г. за изискванията към използване на ароматизанти в храните (обн. ДВ, бр.39 от 2010г.)

2. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 8 от 2002 г. за изискванията към използване на добавки в храните (обн. ДВ, бр.46 от 2010г.)

3. Постановление № 118 на МС от 14.06.2010 г. за изменение и допълнение на Наредбата за изискванията за етикетирането и представянето на храните (обн. - ДВ, бр. 47 от 2010 г.)

4. Постановление № 148 на Министерския съвет от 2010 г. за изменение и допълнение на Наредбата за изискванията към състава и характеристиките на солта за хранителни цели, приета с Постановление № 23 на Министерския съвет от 2001 г. (обн. ДВ, бр. 58 от 2010 г.)

5. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 2 от 2008 г. за материалите и предметите от пластмаси, предназначени за контакт с храни (обн. ДВ, бр. 62 от 2010 г.)

6. Постановление № 252 на Министерския съвет от 2010 г. за изменение и допълнение на Наредбата за изискванията към храните със специално предназначение, приета с Постановление № 249 на Министерския съвет от 2002 г. (обн. ДВ, бр. 86 от 2010 г.)

7. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 47 от 2004 г. за изискванията към хранителните добавки (обн. ДВ, бр. 90 от 2010 г.)

8. Постановление № 264 на Министерския съвет от 2010 г. за приемане на Наредба за условията и реда, при които се допуска тютюнопушене в закрити обществени места и в сградите с обособени работни места (обн. ДВ, бр. 90 от 2010 г.)

Подточка от № 3.4 „За по-добър и ефективен държавен здравен контрол”

Нормативна база – нормативни актове – 4

1. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 36 от 2005 г. за изискванията към козметичните продукти (обн. ДВ, бр. 2 от 2010г.)

2. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 7 от 2003 г. за норми за допустими емисии на летливи органични съединения, изпускани в атмосферния въздух в резултат на употребата на разтворители в определени инсталации (обн. ДВ, бр.40 от 2010г.)

3. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 36 от 2005 г. за изискванията към козметичните продукти (обн. ДВ, бр. 62 от 2010 г.)

4. Наредба за реда и начина на класифициране, опаковане и етикетиране на химични вещества и смеси (обн. ДВ, бр. 68 от 2010 г.)

Подточки от № 3.3.5. до №3.3.11.

Нормативна база – нормативни актове - 4

1. Закон за ратифициране на споразумението за предоставяне на безвъзмездна помощ по програмата "Укрепване на националната програма по туберкулоза в

България" между глобалния фонд за борба срещу спин, туберкулоза и малария и министерството на здравеопазването на Република България (обн. ДВ. бр.15 от 2010г.)

2. Споразумение за предоставяне на безвъзмездна помощ по програмата "Укрепване на националната програма по туберкулоза в България" между Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и Министерството на здравеопазването на Република България (обн. ДВ. бр.30 от 2010г.), Ратифицирано със закон, приет от 41-ото Народно събрание на 11 февруари 2010 г. - ДВ, бр. 15 от 2010 г. В сила от 19 ноември 2009 г.

3. Закон за ратифициране на Споразумението за изменение и допълнение на Споразумението за предоставяне на безвъзмездна помощ по Програма „Подобряване на контрола на туберкулозата в България" между Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и Министерството на здравеопазването на Република България (обн. ДВ, бр. 62 от 2010 г.)

4. Споразумение за изменение и допълнение на Споразумението за предоставяне на безвъзмездна помощ по Програма "Подобряване на контрола на туберкулозата в България" между Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и министерството на здравеопазването на Република България, Ратифицирано със закон, приет от 41-ото Народно събрание на 27 юли 2010 г. - ДВ, бр. 62 от 2010 г. /Обн. ДВ. бр.70 от 7 Септември 2010г./

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 2. ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГАРАНТИРАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ С ПОВИШЕНО КАЧЕСТВО И ОСИГУРЕН ДОСТЪП ДО ТЯХ

Нормативни документи - 2

Наредба № 47 от 2010 г. за организацията, дейността и условията и реда за финансиране на националните и републиканските консултанти (обн. ДВ. бр.75 от 2010г.)

Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн. ДВ, бр. 101 от 2010 г.)

Точка 1. „Повишаване на качеството и ефективността на здравните услуги”

Нормативни документи - 64

1. Наредба № 45 от 2009 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Вирусология" (обн. ДВ. бр.3 от 2010г.)

Наредба № 48 от 2009 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Нуклеарна медицина" (обн. ДВ. бр.3 от 2010г.)

2. Наредба № 2 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Кардиология" (обн. ДВ. бр.11 от 2010г.)

3. Наредба № 4 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Микробиология" (обн. ДВ. бр.11 от 2010г.)

4. Наредба № 3 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Кардиохирургия" (обн. ДВ. бр.13 от 2010г.)

5. Наредба № 6 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Лъчелечение" (обн. ДВ. бр.14 от 2010г.)

6. Наредба № 10 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение" (обн. ДВ. бр.24 от 2010г.)

7. Постановление № 60 от 2010 г. за изменение и допълнение на Устройствения правилник на Изпълнителна агенция "Медицински инспекторат", приет с постановление № 287 на министерския съвет от 2009 г. (обн. ДВ. бр.28 от 2010г.)

8. Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (обн. ДВ. бр.34 от 2010г.)

9. Наредба № 14 от 2010 г. за условията и реда за извършване на проверки на лечебните заведения от изпълнителна агенция "Медицински одит" (обн. ДВ. бр.34 от 2010г.)

10. Наредба за медицинската експертиза (обн. ДВ. бр.36 от 2010г.)

11. Наредба № 16 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия" (обн. ДВ. бр.46 от 2010г.)

12. Наредба № 19 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Педиатрия" (обн. ДВ. бр.53 от 2010г.)

13. Наредба № 20 от 2010 г. за утвърждаване на общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия, пластично-възстановителна и естетична хирургия и лицево-челюстна хирургия (Обн. ДВ. бр.53 от 2010г.)

14. Наредба № 21 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "инфекциозни болести" (обн. ДВ. бр.54 от 2010г.)

15. Наредба № 22 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "нефрология" (обн. ДВ. бр.54 от 2010г.)

16. Наредба № 23 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Кожни и венерически болести" (обн. ДВ. бр.55 от 2010г.)

17. Наредба № 24 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Вирусология" (обн. ДВ. бр.55 от 2010г.)

18. Наредба № 25 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Гастроентерология" (обн. ДВ. бр.56 от 2010г.)

19. Наредба № 26 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Урология" (обн. ДВ. бр.56 от 2010г.)

20. Наредба № 27 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Образна диагностика" (обн. ДВ, бр. 57 от 2010 г.)

21. Наредба № 28 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Вътрешни болести" (обн. ДВ, бр. 57 от 2010 г.)

22. Наредба № 29 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Ревматология" (обн. ДВ, бр. 58 от 2010 г.)

23. Наредба № 30 от 2010 г. за утвърждаване на медицинския стандарт "Медицинска онкология" (обн. ДВ, бр. 60 от 2010 г.)

24. Наредба № 33 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Нервни болести" (обн. ДВ, бр. 63 от 2010 г.)

25. Наредба № 33 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Нервни болести" (обн. ДВ, бр. 63 от 2010 г.)

26. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 6 от 2005 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната" (обн. ДВ. бр.64 от 2010г.)

27. Наредба № 34 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Неонатология" (обн. - ДВ, бр. 63 от 2010 г.)

28. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение" (обн. ДВ. бр.64 от 2010г.)

29. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 16 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия" (обн. ДВ. бр.64 от 2010г.)

30. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 41 от 2009 г. за утвърждаване на медицински стандарт "диализно лечение" (обн. ДВ. бр.64 от 2010г.)

31. Наредба за изменение на наредба № 32 от 2008 г. за утвърждаване на медицински стандарт "акушерство и гинекология" (обн. ДВ, бр.64 от 2010г.)
32. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 15 от 2003 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Гръдна хирургия" (обн. ДВ, бр. 65 от 2010 г.)
33. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 23 от 2002 г. За утвърждаване на медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия" (обн. ДВ, бр. 65 от 2010 г.)
34. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 48 от 2009 г. За утвърждаване на медицински стандарт „Нуклеарна медицина" (обн. ДВ, бр. 65 от 2010 г.)
35. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 21 от 2004 г. За утвърждаване на медицински стандарт „Ортопедия и травматология" (обн. ДВ, бр. 65 от 2010 г.)
36. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 35 от 2009 г. За утвърждаване на медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести" (обн. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.)
37. Наредба № 35 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Клинична лаборатория" (обн. ДВ, бр. 66 от 2010 г.)
38. Наредба № 36 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Очни болести" (обн. ДВ, бр. 66 от 2010 г.)
39. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 4 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Микробиология" (обн. ДВ, бр. 66 от 2010 г.)
40. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 3 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Кардиохирургия" (обн. ДВ, бр. 66 от 2010 г.)
41. Наредба № 38 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Медицинска генетика" (обн. ДВ, бр. 67 от 2010 г.)
42. Наредба № 37 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Неврохирургия" (обн. ДВ, бр. 67 от 2010 г.)
43. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 6 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Лъчелечение" (обн. ДВ, бр. 67 от 2010 г.)
44. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 2 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Кардиология" (обн. ДВ, бр. 67 от 2010 г.)
45. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 8 от 2009 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Клинична хематология" (обн. ДВ, бр. 67 от 2010 г.)
46. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 30 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина" (обн. ДВ, бр. 67 от 2010 г.)
47. Наредба № 40 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Клинична токсикология" (обн. ДВ, бр. 68 от 2010 г.)
48. Наредба № 43 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Имунологична подготовка при трансплантация на органи, тъкани и клетки" (обн. ДВ, бр. 68 от 2010 г.)
49. Наредба № 46 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Клинична алергология" (обн. ДВ, бр. 68 от 2010 г.)
50. Наредба № 44 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Клинична имунология" (обн. ДВ, бр. 68 от 2010 г.)
51. Наредба № 41 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Медицинска паразитология" (обн. ДВ, бр. 68 от 2010 г.)
52. Наредба № 42 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Професионални болести" (обн. ДВ, бр. 68 от 2010 г.)
53. Наредба № 45 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина" (обн. ДВ, бр. 68 от 2010 г.)

54. Наредба № 39 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт по профилактика и контрол на вътреболничните инфекции (обн. ДВ, бр. 69 от 2010 г.)

55. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 24 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“ (обн. ДВ, бр. 69 от 2010 г.)

56. Наредба № 48 от 2010 г. за признаване на организациите за защита правата на пациентите за представителни организации (обн. ДВ, бр. 75 от 2010 г.)

57. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 28 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Вътрешни болести“ (обн. ДВ, бр. 91 от 2010 г.)

58. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 21 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Инфекциозни болести“ (обн. ДВ, бр. 92 от 23.11.2010 г.)

59. Поправка в Наредбата за изменение и допълнение на Наредба № 28 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Вътрешни болести" (обн. ДВ, бр. 94 от 2010 г.)

60. Наредба № 50 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Орална хирургия“ (обн. ДВ, бр. 95 от 2010 г.)

61. Наредба № 51 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Детска дентална медицина“ (обн. ДВ, бр. 95 от 2010 г.)

62. Наредба № 52 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Ортодонтия“ (обн. ДВ, бр. 95 от 2010 г.)

63. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 32 от 2008 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология“ (обн. ДВ, бр. 95 от 2010 г.)

64. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (обн. ДВ, бр. 101 от 2010 г.)

Точка 2. „Усъвършенстване на системата за акредитация на лечебните заведения“

Нормативни документи - 1

1. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения (обн. ДВ, бр. 5 от 2010 г.)

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 3. ПОДОБРЯВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Точка 5. от Плана за действие „Подобряване на репродуктивното здраве”

Нормативни документи

1. Постановление № 268 на Министерския съвет от 2010 г. за предоставяне на допълнителни средства по бюджета на Министерството на здравеопазването за компенсиране на разплатени задължения на дейността по асистирана репродукция на Център „Фонд за асистирана репродукция" (Обн. ДВ, бр. 93 от 2010г.)

Точка 7.от Плана за действие „Подобряване здравето на децата”

Нормативни документи - 3

1. Постановление № 49 от 2010 г. за изменение и допълнение на Постановление № 280 на министерския съвет от 2004 г. за създаване на център "Фонд за лечение на деца" (обн. ДВ. бр.27 от 2010г.)

2. Правилник за дейността и организацията на работа на център "Фонд за лечение на деца" (обн. ДВ. бр.37 от 2010г.)

3. Постановление № 316 на Министерския съвет от 2010 г. за предоставяне на допълнителни средства по бюджета на Министерството на здравеопазването за нуждите на Център "Фонд за лечение на деца" (обн. ДВ, бр. 101 от 2010 г.).

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 4. ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ И ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Точка. 3. „Преструктуриране на болничния сектор”

Нормативни документи - 2

1. Наредба за допълнение на Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн. ДВ. бр.45 от 2010г.)

2. Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи (обн. ДВ, бр. 83 от 2010 г.)

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 5.ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СЪОТВЕТСТВАЩИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА НАСЕЛЕНИЕТО

Точка 1. Осигуряване на лекарствени продукти и медицински изделия⁴⁸

Нормативни актове –

1. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (обн. ДВ. бр.7 от 2010г.)

2. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 4, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели (обн. ДВ. бр.9 от 2010г.)

3. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 27 от 2007 г. за изискванията към данните и документацията за разрешаване за употреба и регистрация на лекарствени продукти (обн. ДВ. бр.33 от 2010г.)

4. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за

⁴⁸ Изпълнителна агенция по лекарства

заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (обн. ДВ, бр. 89 от 12.11.2010 г.)

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 6. РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Точка 1. „Планиране, подбор и квалификация на човешките ресурси”

Нормативни документи - 3

1. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (обн. ДВ. бр.12 от 2010г.)

2. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (обн. ДВ. бр.72 от 2010г.)

3. Постановление № 257 на Министерския съвет от 2010 г. за изменение и допълнение на Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра" и „Акушерка" за образователно-квалификационна степен „бакалавър", приета с Постановление № 248 на Министерския съвет от 2005 г. (обн. ДВ, бр. 88 от 2010 г.)

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ 8.ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Точка 1. Политика на финансиране на здравната система

Нормативни документи

1. Постановление № 268 на Министерския съвет от 2010 г. за предоставяне на допълнителни средства по бюджета на Министерството на здравеопазването за компенсиране на разплатени задължения на дейността по асистирана репродукция на Център „Фонд за асистирана репродукция" (Обн. ДВ, бр. 93 от 2010г.)

2. Постановление № 316 на Министерския съвет от 2010 г. за предоставяне на допълнителни средства по бюджета на Министерството на здравеопазването за нуждите на Център "Фонд за лечение на деца" (обн. ДВ, бр. 101 от 2010 г.)