

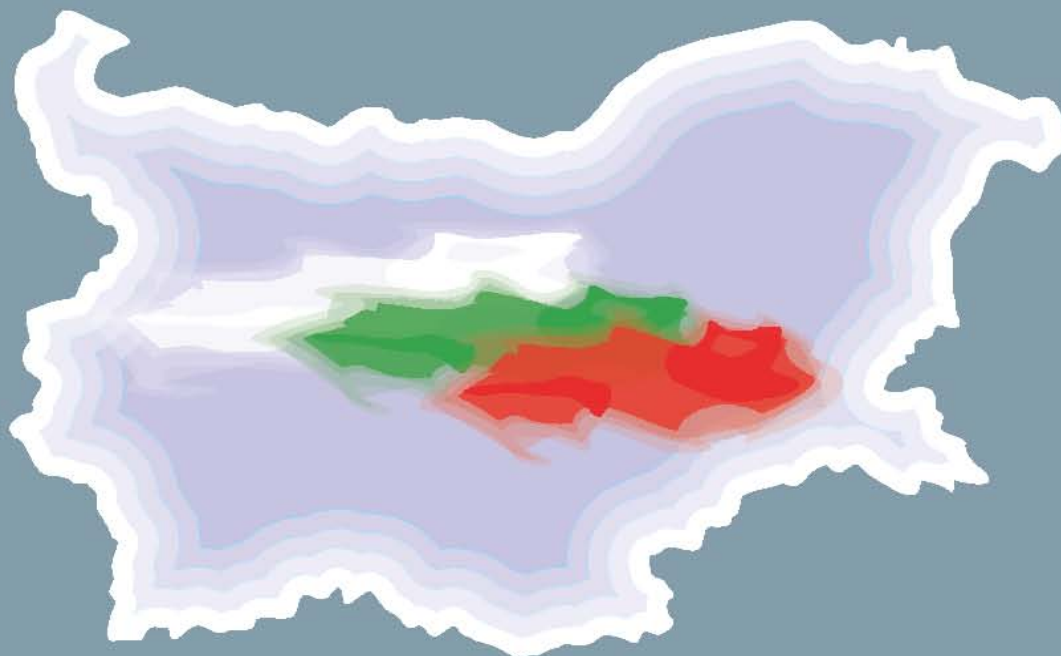


РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

МИНИСТЕРСТВО
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДОКЛАД
ЗА ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА
В НАЧАЛОТО НА
21 ВЕК

Анализ на провежданата
реформа
в здравеопазването



2004

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДОКЛАД

ЗА

ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА

В НАЧАЛОТО НА 21 ВЕК

**Анализ на провежданата реформа в
здравеопазването**

АВГУСТ, 2004

РЕЗЮМЕ

С настоящия доклад се прави опит да се преразгледа и оцени здравната ситуация в страната и достигнатата степен във внедряването на реформата в здравеопазването.

В него системното мислене се развива въз основа на една холистична и интегративна визия за здравеопазването от гледна точка на постигането на нейните същностни характеристики: Ефективност, ефикасност, социално равенство.

Използваната методологична рамка създава необходимите възможности за логична и надеждна оценка на съществуващата здравна политика и извършването на предпочитан избор на една алтернатива пред друга в светлината на конкуриращите се здравно политически цели.

При разработването на окончателната структура на доклада е взета предвид и предложената от СЗО съдържателна схема. За измерване на параметрите .

**Докладът е одобрен с решение на МС
от 18 ноември 2004 година**

Протокол № 44

Автори

Министерство на здравеопазването:

д-р П. Салчев, дм
д-р Л. Куманов
доц. Ст. Александров, дм
Ст. Стоянов

Национален център по общественото здраве:

проф. Л. Иванов, дмн
доц. Н. Василевски, дм
доц. Т. Иванова, дм
доц. Б. Тулевски, дм
д-р Г. Казанджиев
доц. Ж. Големанова, дм
доц. В. Павлов, дм

Технически редактори:

д-р Ф. Цуракова
Т. Каранешева
компютърен дизайн- Б. Мекушина

БЛАГОДАРНОСТ

Министърът на здравеопазването г-н Славчо Богоев благодари на сътрудниците на Министерството на здравеопазването (Дирекция „УФР”, Дирекция „МДЛ” и Дирекция „ЗПДСК”), НЦОЗ, НЦЗИ, НЦЗОК, НОЦ и Центъра по наркомании за приноса им при подготовката на този доклад.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	8
1. ТЕНДЕНЦИИ В ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА	
1.1. Обща ситуация	13
1.1.1. Демографски процеси	
1.1.2. Заболеваемост, смъртност по причини и инвалидност	
1.1.2.1. Инфекциозни болести	
1.1.2.2. Неинфекциозни болести	
1.1.2.3. Психично здраве	
1.1.2.4. Травми и отравяния	
1.1.2.5. Инвалидност	
1.2. Здраве на отделни групи от населението	34
1.2.1. Здраве на децата	
1.2.2. Здраве на жените	
2. ГЛАВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО	
2.1. Здраве и бедност	42
2.1.1. Равнища на бедност и социална изолация	
2.1.2. Профил и основни ниши на бедността	
2.1.3. Доходи и разходи на населението	
2.1.4. Заетост на населението	
2.1.5. Образование	
2.1.6. Здравеопазване	
2.2. Начин на живот и здраве	57
2.2.1. Нездравословно хранене	
2.2.2. Ниска физическа активност	
2.2.3. Тютюнопушене	
2.2.4. Злоупотреба с алкохол	
2.2.5. Неразрешени наркотични средства	
2.3. Фактори на средата и здраве	67
2.3.1. Атмосферен въздух	
2.3.2. Безопасност на храните	
2.3.3. Води (здравно-хигиенни аспекти)	
2.3.4. Жилище и здраве	
2.3.5. Здраве и безопасност при работа	

3. ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И РЕФОРМА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	
3.1. Финансиране	80
3.2. Предоставяне на услуги	94
3.2.1. Опазване и контрол на общественото здраве	
3.2.2. Извънболнична медицинска помощ	
3.2.3. Болнична помощ	
3.2.4. Качество	
3.2.5. Съвременна трансплантационна система	
3.3. Ръководство на здравната система	122
3.3.1. Органи на управлението	
3.3.2. Здравна политика и стратегия	
3.3.3. Здравни приоритети	
3.3.4. Програма “Здравеопазването – право на всеки” (от 2002 г. до 2005 г.)	
3.3.5. Обществено здраве	
3.3.6. Нормативни документи	
3.3.7. Други функции на управлението	
3.3.8. Медицински персонал	
ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ	144
ПРИЛОЖЕНИЯ	150

ВЪВЕДЕНИЕ

Къде се намира Република България по пътя към “Здраве за всички”? Изпълнението на приетите досега стратегически документи на МЗ, независимо от съществените им слабости като напр. липсата на план за действие към Националната здравна стратегия “Здраве за България” (1995) или доминиращата роля на т.н. “медицински модел” в “По-добро здраве за по-добро бъдеще на България” (2001) доведоха до редица организационно-структурни изменения в здравната система и по-специално до промени в характеристиките на лечебната помощ (задължително и доброволно здравно осигуряване, равнопоставеност между публичния и частния сектор, регистриране на лечебните заведения като търговски дружества и др.).

Досегашните незадоволителни резултати от реформата в здравеопазването обаче недвусмислено показват, че съществена причина за извършващите се неефективни промени е липсата на мониторинг и периодична оценка.

С настоящия доклад се прави опит да се преразгледа и оцени здравната ситуация в страната и достигнатата степен във внедряването на реформата в здравеопазването.

Националният дебат върху често комплицираните въпроси на дизайна на здравеопазвателната система (или реформата ѝ) се спъва от липсата на яснота относно естеството на същностните ѝ цели. Здравно-политическите дискусии обикновено са насочени върху кратко/средно-срочни задачи или инструментални цели като нови подходи за финансиране и ограничаване на разходите, лекарство-снабдяването, реструктурирането на болничния сектор, акредитацията на лечебните заведения, достъпа до специализирана първична медицинска помощ и др. В такива случаи участниците в политическия диалог често губят от погледа си главната цел на системата на здравеопазването – подобряване здравето на нацията.

В доклада системното мислене се развива въз основа на една холистична и интегративна визия за здравеопазването от гледна точка на постигането на нейните същностни характеристики:

1. Ефективност – определя ползите от здравното обслужване, змервани чрез подобренията в здравето на населението;
2. Ефикасност – отчита съотношението на подобренията в здравето на хората към минимум необходимите ресурси за тяхното създаване;
3. Социално равенство – оценява дали ползите и тежестите вкл. финансовите на здравното обслужване са справедливо разпределени

Затова и главните въпроси в изложението се представят в многостранна перспектива. Напр. въпросите на ефективността се разглеждат както във фокуса на обществените интереси, така и от гледище на индивидуалната клинична практика; въпросите на ефикасността и социалното благополучие – от гледище на разпределението и теориите на

производството и фирмата. Равният достъп се анализира въз основа на принципите за човешките права, егалитаризма, реалните потребности, договарянето и утилитаризма.

Същевременно там, където е възможно се определя как ефективността, ефикасността и равенството взаимно се допълват или си противостоят. Прави се също опит да се идентифицират възможните компромисни съотношения между тях, върху които реално се формират алтернативите за здравно-политически решения.

Използваната методологична рамка (фиг.1) създава необходимите възможности за логична и надеждна оценка на съществуващата здравна политика и извършването на предпочитан избор на една алтернатива пред друга в светлината на конкуриращите се здравно политически цели.

При разработването на окончателната структура на доклада е взета предвид и предложената от СЗО нова съдържателна схема*. За измерване на параметрите на общественото здраве и здравеопазването е използвана, както количествена (официални и собствени изчисления на показатели и тенденции), така и качествена (експертна) информация, постъпваща от различни източници (МЗ, НЦОЗ, НЗОК, НСИ, НЦЗИ, НЦХМЕХ и др. национални центрове, СЗО и други международни организации, научни издания) с характерните за нея ограничения от гледна точка за точност, пълнота и съпоставимост.

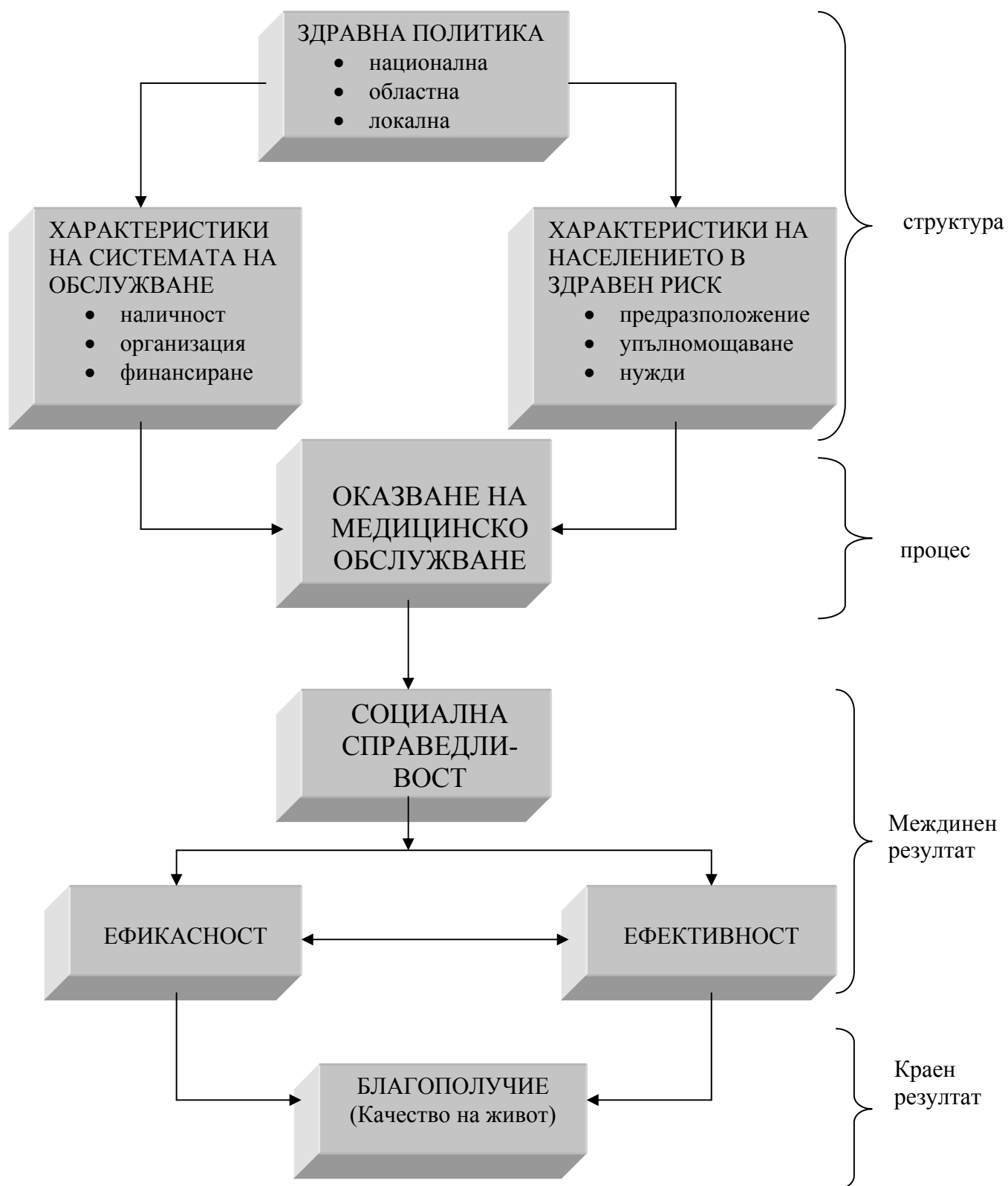
Оценъчният доклад отчита както постиженията, така и неуспехите в достигането на главната цел пред българското здравеопазване във връзка с осигуряването на възможно най-добро здраве за цялото население и осъществяване на ефективни противодействия при неговото влошаване чрез:

- Намаляване на заболяемостта и преждевременната смъртност и инвалидност (по-специално за бедните и други маргинализирани групи от населението);
- Промоциране на здравословния стил на живот и редуциране на рисковите за здравето фактори, възникващи поради екологични, икономически, социални и поведенчески причини;
- Развитие на социално-справедлива здравеопазна система, която да подобрява финансирането и крайните здравни резултати и да дава адекватен отговор на легитимните очаквания на населението по отношение наличието на достъпни и качествени услуги в профилактичната и лечебна дейност;
- Формиране на жизнеспособна здравна политика и благоприятна институционализирана вътрешна и външна среда на здравния сектор.

* *ВОЗ, ЕРБ, Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002

Фиг. 1

Класификация на тематичните въпроси при оценка на ситуацията в здравеопазването



Източник: (L. A. Aday, C. Begley, D. Lairson, C. Slater, Evaluating the medical care system, Health Administration Press Ann Arbor, Michigan, 1993, p.7)

Други обществени системи (образование, транспорт, промишленост, енергетика, селско стопанство, опазване на околната среда и др.) могат в значителна степен да съдействат за укрепване здравето на населението, но това не може да бъде тяхна главна цел. Осъществяването на цялостното ръковод-ство на системата на здравеопазването е основно задължение на правителството. За правилното протичане на здравео-пазните процеси вкл. и провежданата здравна реформа е необходим сценарий, съставен на основата на реалните ресурси и изцяло насочен към изпълнението на приоритетните задачи.

За да бъде по-пълна и по-достоверна, оценката на ключовите функции на здравеопазната система и постигнатите резултати не следва да се базира само на данните, характеризиращи вътрешната ѝ същност.

Съгласно теорията на експанзионизма най-доброто разбиране на изучаваната система може да се постигне чрез разширяване на системата, а не само чрез свеждането на анализа към съставлящите я елементи. При такъв методологичен подход процесът на познанието на здравеопазната система и нейното функциониране върви от цялото към частите, а не от частите към цялото. За обяснението на системата на здравеопазването следователно трябва да разгледаме взаимодействията ѝ със по-широката система, в която тя се явява нейна съставна част (напр. социално-икономическата система). Управленските решения не следва да се търсят само вътре в системата, а и извън нея.

Причините и следствията на тази промяна в системното мислене намират отражение в раздела “Здраве и бедност”, където здравето и функциите на здравеопазването се анализират на фона на релациите им със социално-икономическите, политическите и други компоненти на системите от по-висш порядък. Според направените изводи, решаването на проблемите на здравето на нацията, трябва приоритетно да се свързва с конкретните инвестиции в развитието на икономиката и съкращаването на бедността.

Ситуацията и тенденциите в областта на здравеопазването са представени чрез показатели, даващи възможност за интерпретация на очакваната продължителност на живота, смъртността, очакваната продължителност на живота в добро здраве, бремето на болестите и др., а така също се анализира разпределението на равнищата на здраве между отделните групи население. В съответствие с новата Здравна стратегия на Европейския съюз (2004), при разглеждане на главните детерминанти на здравето особен акцент се поставя върху социално-икономическите фактори.

От провежданата здравна политика и реформата на здравната система в най-голяма степен зависи изпълнението на основните задачи по укрепване здравето на нацията, осигуряване на равнопоставен достъп до здравна помощ и съблюдаване принципите на солидарността във финан-сирането на здравеопазването. Затова специално внимание се обръща на анализа на функционирането на системата на здравеопазването и разкриване на потенциалните възможности и тенденциите при реформиране на

здравеопазната система и претворяването в жизнена практика на здравната политика.

Основното бреме на болестите и наблюдаваната разлика в очакваната продължителност на живота на българите в сравнение с населението на развитите европейски страни се определя от широкото разпространение на сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания, захарния диабет и др. хронични заболявания. С влошаване на социално-икономическата ситуация се наблюдава също и стабилна тенденция към нарастване честотата на редица инфекциозни заболявания (туберкулоза, ХИВ/СПИН).

Тези болести се асоциират с най-разпространените фактори на риска, свързани със състоянието на околната среда, начина на живот и социално-икономическите условия. Чрез редуциране равнищата на рисковите фактори може да се постигне впечатляващо снижение на преждевременната смъртност. Заслужава внимание и необходимостта от прилагането на по-големи усилия за съкращаване бремето на психичните разстройства и предотвратяване на травмите в детската възраст.

В доклада е направен анализ на разпределението на здравните показатели сред конкретни части от населението. Приведени са доказателства за значителни здравни неравенства, касаещи децата, жените, мъжете в средна възраст, ромите и други уязвими групи.

Авторите на доклада се надяват, че въпреки известните ограничения, обобщените данни, анализите и направените предложения ще се окажат полезни за заинтересуваните правителствени органи при оценка на хода на работата по достигане на “Здраве за всички” в Република България и ще послужи като реален инструмент за усъвършенстване процеса на формиране на здравната политика и управление на програмната дейност по реформата в здравеопазването.

1. ТЕНДЕНЦИИ В ЗДРАВЕТО НА НАЦИЯТА

1.1. Обща ситуация

1.1.1. Демографски процеси

Демографските процеси, заболяемостта, факторите на риска за здравето, физическото развитие, а също и други фактори свързани с посочените формират здравното състояние на нацията и неговите тенденции. Анализите показват, че последното десетилетие на развитие на страната - на преход към пазарно стопанство е белязано от демографска криза, характеризираща се със стабилна депопулация. Нейните главни характеристики са три: спад на раждаемостта, с пречупване на тенденцията ѝ към по-силно намаление; покачване на смъртността-пряко продължение на тенденцията, формирана в началото на шестдесетте години; интензивна емиграция с тенденция към намаление на темпа.

Тенденцията за намаляване на населението, формирала се по-рано продължава (Прил.1). Към края на 2002 г. броят на мъжете и жените в страната е 7845841 души. В състава му по пол преобладават жените- 51.4%, предимно във възрастовите групи над 40 г. Промените във възрастовата структура на населението задълбочават процеса на застаряването му. През 2002 г. относителният дял на лицата над 65 г. е 17.0%, на тези под 15 г.- 14.6%. Процесът на застаряване е по-силно изразен сред жените, в сравнение с мъжете. През 2002 година делът на жените над 65 годишна възраст е 19,2%, а на мъжете – 14,7%. Разликата се дължи на по-високата смъртност сред мъжете и свързаната с нея по-ниска средна продължителност на живота им. В селата застаряването на населението е близо два пъти по-голямо в сравнение с градовете. Застаряването на населението води до покачване на неговата средна възраст, която през 2002 г. е 40,6 години.

Един от факторите за намаляване броя на населението е продължаващата *ниска раждаемост*, която през 2002 г. е 8.5‰. В сравнение с 1993 г. тя е намаляла с 15 %. В градовете раждаемостта е 8.7‰, а в селата 7.8‰. Интензитетът на раждаемост варира от 5.8‰ (Перник) до 11.3‰ (Сливен). Тенденцията за намаление на раждаемостта е формирана от предните десетилетия (от 1950 г.), но скоростта ѝ през последното нараства. Върху нивото на раждаемостта влияе намаляващият контингент на жените в детородна възраст и промените във възрастовата му структура. Значение има и намалената плодовитост на жените, чийто среден коефициент през 2002 г. (1.21) е значително по-нисък от необходимия за осигуряване на просто възпроизводство на нацията (2.1). Трайната тенденция за намаляване на раждаемостта в страната е до голяма степен обусловена от негативното влияние на редица социално-икономически фактори и свързаните с тях промени в репродуктивната нагласа на населението.

Нивото на раждаемост намалява през последните десетилетия в целия европейски регион, но е налице определена стабилизация в интервала 8 – 11‰. В новите страни - членки на ЕС, раждаемостта е по-висока от тази в нашата страна, с изключение на Латвия, където показателят е 8,3‰. В Полша, Словакия и Унгария раждаемостта е 9,5‰, а в Румъния – 9,8‰.

Друг фактор за намаляване броя на населението е по-голямата емиграция, свързана най-често с безработицата и възможността за реализация в чужбина, предимно на по-младите хора и специалисти в различни области.

Тенденцията за нарастване на *общата смъртност* на населението, формирана също по-рано, се запазва до 1997 г., през която брутният показател на смъртността е най-висок за последното десетилетие-1466.07‰₀₀₀. Оттогава показателят поддържа приблизително стабилно ниво, като през 2002 г. е 1431.17‰₀₀₀ (Прил. 2). Все още обаче, не би могло да се твърди, че неблагоприятната тенденция за нарастване на общата смъртност у нас е преодоляна.

Интензитетът на смъртността нараства с възрастта при двата пола. Повъзрастовите показатели за смъртност на мъжете са по-високи от тези на жените във всички групи, разликата между показателите нараства с възрастта. През 2002 год. жените, починали в активна възраст (16-64 г.) са 16,4% от всички починали жени, а сред мъжете този относителен дял е почти два пъти по-голям - 31,5%. Мъжете умират по-често от жените в по-младата възраст.

Повишената смъртност на мъжете се свързва с ролята им в развитието на обществото, по-рисковото поведение на живот, по-голяма натовареност с комбинация от фактори на риска за здравето и свързаните с тях тежки заболявания, завършващи по-често фатално.

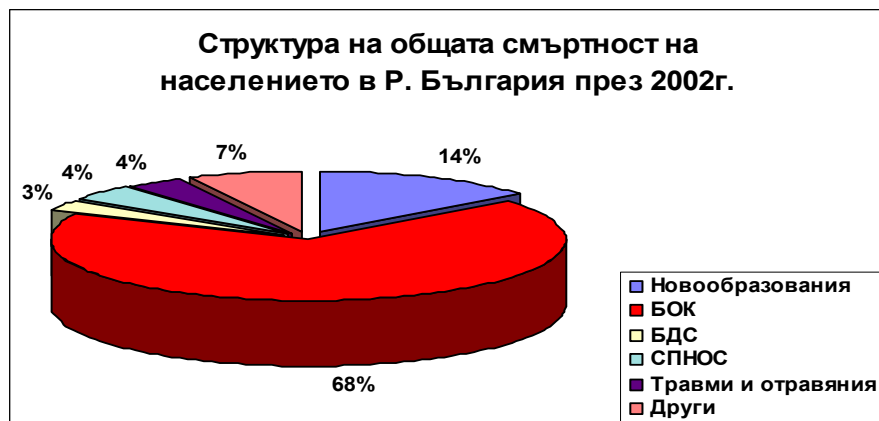
В селата общата смъртност е по-висока в сравнение с градовете (2034.6‰₀₀₀ срещу 1166.6‰₀₀₀). Чувствителната разлика в бруто показателите на смъртността между градовете и селата се обяснява в определена степен и с по-интензивния процес на застаряване на населението в селата, начина му на живот и качеството на оказваната медицинска помощ.

През последните 10 години не се наблюдават съществени промени в структурата на смъртността по причини в страната.

Има разлики в относителните дялове на отделни класове болести поради промени в брутопоказателите за смъртност от тях. Лидира през целия наблюдаван период смъртността от болестите на органите на кръвообращението (БОК). На този клас болести се дължат 67.9% от всички умирения в страната през 2002 г. (Фиг.1).

На второ място в структурата на общата смъртност са новообразуванията. Следват травмите и отравянията (ТО), симптоми, признаци и недобре определени състояния (СПНОС), и болести на дихателната система (БДС). Тези 5 класа болести саводят до 93% от всички умирения в страната.

Фиг.1



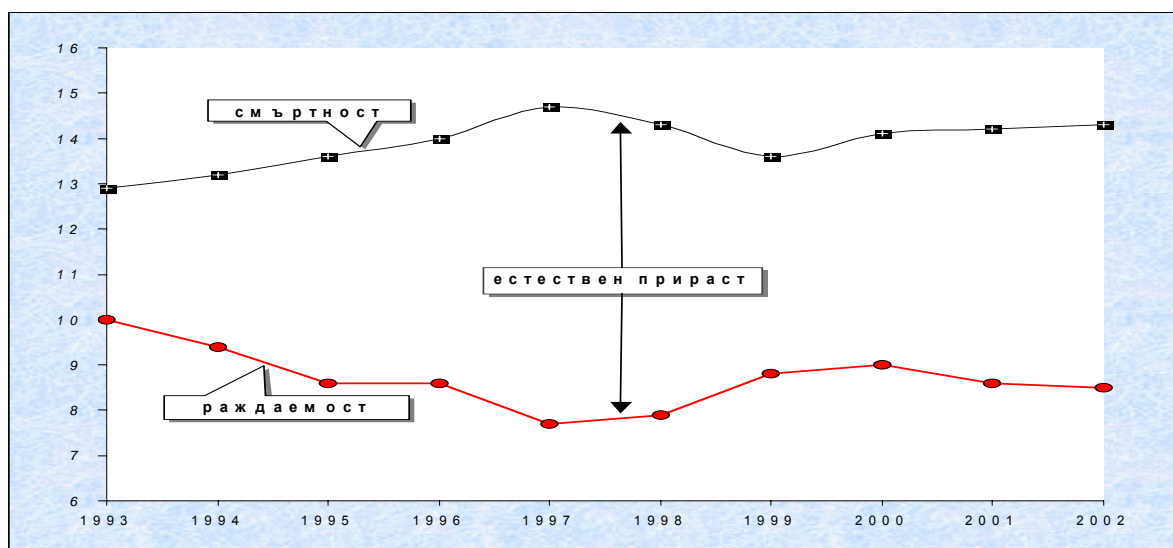
Намаляващата раждаемост, голямата емиграция и повишаващата се смъртност обуславят *отрицателен естествен прираст* на населението и през последния десетгодишен период (Табл.1, Фиг.2).

Табл.1
Раждаемост, смъртност и естествен прираст на населението за периода 1993-2002 г.(‰)

Година	Раждаемост	Смъртност	Естествен прираст
1993	10.0	12.9	-2.9
1994	9.4	13.2	-3.8
1995	8.6	13.6	-5.0
1996	8.6	14.0	-5.4
1997	7.7	14.7	-7.0
1998	7.9	14.3	-6.4
1999	8.8	13.6	-4.8
2000	9.0	14.1	-5.1
2001	8.6	14.2	-5.6
2002	8.5	14.3	-5.8

Изт., НЦЗИ, 2004

Фиг 2



Изт. НЦЗИ, 2004

Тази ситуация, съществуваща и преди наблюдавания период е крайно тревожна за бъдещето на нацията. Предприеманите до сега политики в тази насока явно не дават резултат.

Неблагоприятната здравно-демографска характеристика се отразява на *очакваната средна продължителност на живота при раждане* (Табл.2).

Табл.2
Средна продължителност на живота (в години)

Периоди	Общо	Мъже	Жени
1993 – 1995	70.6	67.1	74.9
1995 – 1998	70.5	67.1	74.3
1997 – 1999	71.0	67.6	74.6
1998 – 2000	71.7	68.2	75.3
1999 – 2001	71.8	68.5	75.2
2000 – 2002	71.9	68.5	75.4

Изт. НЦЗИ, 2004

При мъжете тя нараства от 67.1 години (1993–1995 г.) на 68.5 години (2000–2002 г.), а при жените от 74.1 г. на 75.5 г. Увеличението за 10 г. период не е голямо. Тенденцията в нивото на повъзрастовата смъртност между мъжете и жените е един от факторите за разликата и в средната продължителност на живота между двата пола – 6.9 г..

Стойността на показателя за *очакваната средна продължителност на живота* в България е с около 6,5 години по-ниска от тази в страните – членки на ЕС, по-ниска е от средната за Европа, от Централно и източноевропейските страни и с около 1,5 години по-ниска от тази в страните – нови членки на ЕС (Фиг.3).

Струва си да се споменат още два показателя в тази насока по данни на СЗО*:

- **HALE-очаквана средна продължителност на живота в години в добро здраве** - по-информативен показател, защото свързва живота с неговото качество. За 2000 г. при раждането, показателят за мъжете е 60.8 г. (60.2-62.1), а за жените 65.2 (64.5-66.7). В сравнение със страните от ЕО изгубените години живот у нас в добро здраве при мъжете са около 7 г., а при жените около 9.6 г.; на 60 г. възраст

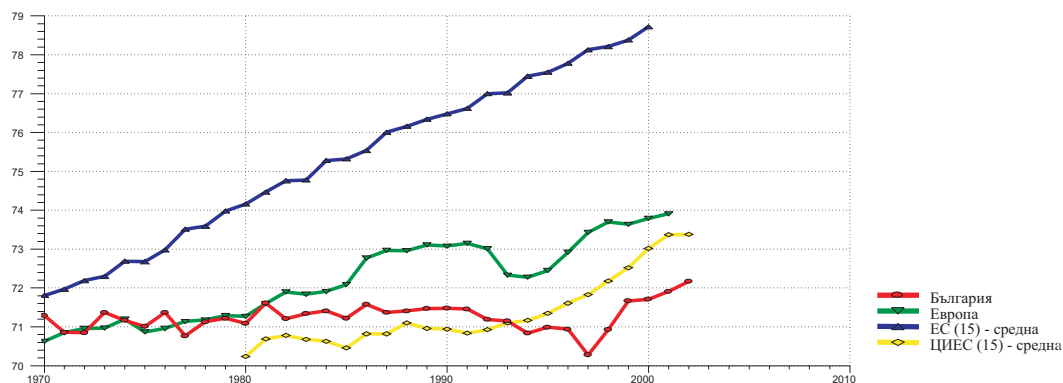
* WHO, The World Health Report, 2003

о(акваната средна продължителност на живота в добро здраве за мъжете е 11.5 г., а за жените 13.9 г.

- DFLE – очакван среден брой години живот без затруднения за извършване на основни дейности на ежедневието (в дееспособност)- през 2002 г. за мъжете показателят е 62.5г., а за жените 66.8 г. По този показател сред 52 страни в Европа, мъжете у нас са на 32 място, а жените на 30 място.

Фиг.3

Динамика на очакваната средна продължителност на живота при раждане (в години) в България и избрани групи страни в Европа



Изт. WHO, HFA, 2004

1.1.2. Заболеваемост, смъртност по причини и инвалидност

През последните 10 години не се наблюдават съществени изменения в честотата и структурата на регистрираните заболявания на населението (Табл.3). НЦЗИ отбелязва обаче, че показателите за регистрираната заболеваемост през последните две години (2001 и 2002 г.) са получени чрез “екстраполация”, тъй като след въвеждането на новия първичен документ “амбулаторен лист”, регистрацията на случаите на заболявания в структурите на извънболничната помощ е неточна. Това ще окаже влияние на прецизността на анализите и изводите за практиката.

На 5 класа болести се дължат около 72–75% от всички регистрирани случаи на заболявания в страната през последните години: болестите на дихателната система, следвани от болестите на нервната система и сетивните органи, болестите на органите на кръвообращението, травмите и отравянията и болестите на кожата и подкожната тъкан. Сред посочените водещи класове болести има значително нарастване на заболеваемостта от БОК, по-слабо от новообразования и от травми и травания, при останалите класове се маркира относителна стабилизация или леко намаление на показателите. Регистрира се също нарастване на заболяемостта от болести на ендокринните жлези (клас III) и болестите на пикочополовата система (клас X).

Табл. 3

**Регистрирани заболявания (‰) по избрани класове болести
за периода 1993–2002 г. в здравните заведения от общ тип**

Класове болести	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ¹⁾	2002 ¹⁾
Общо	1334.6	1289.7	1293.3	1367.1	1339.2	1313.7	1371.1	1334.9	1369.5	1366.4
Инфекциозни болести и паразитози	51.6	47.8	46.4	53.2	45.5	43.5	98.0	46.8	45.4	57.5
Новообразувания	7.8	8.2	8.4	9.2	9.4	9.7	9.7	9.8	10.1	10.8
Болести на ендокринните жлези, на храненето, обмяната и разстройства на имунитета	17.3	17.9	18.6	21.2	22.1	22.9	23.9	24.0	23.9	26.8
Психични разстройства	45.2	43.9	42.3	43.1	40.3	41.4	38.8	41.9	43.2	40.4
Болести на нервната система и сетивните органи	167.7	168.0	165.4	167.1	158.4	158.5	157.1	160.3	165.1	159.0
Болести на органите на кръвообращението	98.1	94.1	95.7	106.9	110.8	128.9	132.7	132.2	134.4	145.8
Болести на дихателната система	557.4	517.7	528.0	562.6	564.2	512.6	518.5	517.3	534.3	514.9
Болести на храносмилателната система	63.5	63.9	64.2	66.1	68.2	69.0	66.4	70.1	72.0	72.6
Болести на пикочо-половата система	72.5	74.9	75.4	78.3	80.9	82.2	79.1	83.1	85.7	87.9
Болести на кожата и подкожната тъкан	93.4	94.4	87.9	91.2	86.5	81.6	85.4	83.9	85.1	81.4
Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	49.7	47.4	48.3	50.6	46.2	46.2	44.8	46.4	48.2	46.1
Травми и отравяния	95.1	96.0	97.3	101.2	89.7	97.2	97.1	98.3	101.3	101.2

¹⁾ Данните са получени чрез екстраполация, Изт. НЦЗ, 2004

1.1.2.1. Инфекциозни болести

По коригирани данни от 2003 г. общо в страната са регистрирани 52 356 случая от инфекциозни болести, като общата инфекциозна заболяемост се равнява на 667.3‰. Починалите са 125, а смъртността 1.59‰. Леталитетът съставлява 0.23%.

Най-голяма епидемиологична значимост по групи инфекции имат следните нозологични форми: чревни инфекциозни болести - инфекциозен ентероколит (153.5‰); инфекции на дихателните пътища - варицела (320.3‰); инфекциозни болести, предавани по полов път - сифилис (13.8‰); зоонозни инфекции - марсилска треска (13.4‰). Най-високо ниво на смъртност е регистрирано при инфекциозен ентероколит и менингококова инфекция (0.2‰). Леталитетът е най-висок при менингококова инфекция (24.5%), кримска хеморагична треска (15.8%) и СПИН (11.1%).

Сегашното състояние на информационната система за инфекциозните болести се характеризира със следните по-важни недостатъци: съдържателна непълнота на статистическите показатели; липса на микробиологични,

екосистемни и клинични бази данни; липса на локална информационна система (населено място, община) със специфична база данни; невъзможност за оптимално свързване с други национални информационни системи и европейски мрежи за обмяна на епидемиологична информация; липса на оценъчни показатели за инфекциозната заболеваемост и тенденциите в нейното развитие с интегративен характер; липса на специфични графични изрази на наблюдаваните показатели; липса на йерархизация в зависимост от специфични информационни потребности.

Във връзка с горното възникват някои неблагоприятни последици: съществуване в редица случаи на информационна неопределеност при вземане на управленски решения; концентрация на наличните възможности на хигиенно-епидемиологичната система изключително за ликвидация на вече възникнали епидемични огнища; липса на обективизирани възможности за предотвратяване на усложнени епидемични ситуации чрез изпреварващо откриване на неблагоприятните тенденции; едностранчивост на епидемиологичния анализ и даваните прогнози.

В изпълнение на проект на СЗО беше разработена специфична информационна система за нуждите на санитарния и протиепидемичния контрол: "Околна среда-здраве. Заразни болести". Към момента системата не функционира, тъй като се нуждае от промени в програмното осигуряване.

През м. май, 2003 г. съвместно с експерти на Европейското бюро на СЗО беше извършена мащабна оценка на националната система за епидемиологичен надзор на инфекциозните болести, която потвърди препоръките от извършените през 2002 и 2003 г. партньорски проверки от специалисти от Европейския съюз. Един от основните изводи беше, че съществуващата система за епидемиологичен надзор се нуждае от рационализиране, осъвременяване и адекватно материално осигуряване. Въз основа на препоръките беше изготвен Национален план за укрепване на системата за надзор и контрол на инфекциозните болести за периода 2004 - 2007 г., който има следните оперативни цели:

- Рационализиране използването на наличните кадрови и финансови ресурси;
- Повишаване нивото на експертните познания на структурите, свързани с упражняване на контрол върху разпространението на инфекциозните болести;
- Въвеждане на национални стандарти в областта на контрола на заразните болести, съответстващи на тези в другите европейски страни;
- Активно търсене на нови източници на финансиране по линията на международни програми и проекти;
- Създаване на система за ранно откриване и оповестяване на заболявания/събития с висок епидемичен риск и стандартна оперативна процедура за незабавен отговор;

- Изграждане на единна национална информационна система, която да обедини всички съществуващи понастоящем информационни системи за инфекциозните болести и интегрирането и с Европейската информационна система.

За ресурсното обезпечаване на Националния план е разработен проект, с който страната кандидатства за финансиране от програма ФАР.

Съществуващата система за регистрация, съобщаване и диагностика на вътреболничните инфекции е остаряла и неефективна. Голяма част от нормативната база се нуждае от осъвременяване и хармонизиране с европейското законодателство. Препоръчително е спешно да се приеме медицински стандарт "Вътреболнични инфекции", осъвременяване на информационната система и даване на приоритет на проблема в процеса на акредитация на лечебните заведения.

Основните затруднения при изпълнението на имунизационния календар са в две насоки: закъснения при доставките на ваксини и други биопродукти, свързани с имунизационния календар; затруднения относно обхвата с имунизации, особено при деца в неравностойно социално положение.

Основният проблем при осигуряване на централните доставки на ваксини възниква, поради възможността за дългосрочно блокиране на процедурите за доставка при наличие на обжалване от страна на участник в процедурата. Тъй като Закона за обществените поръчки дава тази възможност, независимо от основателността на жалбите, дори при случаите, които се решават в полза на МЗ, се стига до забавяне на доставките с месеци. СЗО препоръчва в това отношение търговите процедури за ваксини да са съобразени със спецификата на тези продукти и да не се провеждат по общовалидните правила, които касаят стоките и услугите.

Проблемите, свързани с постигането на висок обхват с планови имунизации, се отнасят преди всичко до групите с повишен риск и касаят най-вече ромската етническа група, децата без или с непостоянен адрес и децата без личен лекар (независимо от причините за това). Преминаването от участъковия принцип на работа към свободен избор на общопрактикуващ лекар беше дълбока и коренна промяна, която доведе до значителен спад в обхвата с имунизации. Това наложи натоварването на епидемиологичните отдели на ХЕИ с допълнителни задачи и отговорности, свързани със създаването на втора, допълнителна система за осигуряване на плановите безплатни имунизации. За целта бяха създадени Имунизационни кабинети към всички инспекции, чрез които всяко дете и гражданин има достъп до ваксинациите по имунизационния календар напълно безплатно. Епидемиолозите от ХЕИ поеха и основната тежест по издирването на необхванати от системата на здравното осигуряване деца, като за целта се изискват и сравняват данни от службите ГРАО към общините, от кметствата, от регистрите на РЗОК и списъците на ОПЛ. Затруднения в тази дейност има поради предоставянето на информация от общините и от поделенията на Националния статистически институт само срещу заплащане. Допълнителни

затруднения с получаването на данни има и след влизането в действие на Закона за класифицираната информация.

Реформата в доболничния сектор на здравната система постави нови, по-високи изисквания към дейността на отделите "Противоепидемичен контрол" в ХЕИ. Въвеждането на новите субекти - общопрактикуващите лекари, наложи спешно да се проведе обучение на голяма част от тях, особено на тези, които до момента не са работили като участъкови педиатри. Въведе се нова система на разпределение и отпускане на ваксини, на приемане на отчети за извършените имунизации и на контрол върху дейността на голям брой лични лекари. От друга страна, голямата заетост на ОПЛ затруднява провеждането на епидки, обучение и други форми на съвместна работа с тях.

Не трябва да се пренебрегва и ефекта от значителните разлики в заплащането на труда между ОПЛ и работещите в ХЕИ върху мотивацията за работа на последните. Все по-малко са кандидатстващите за работа в системата на санитарно-противоепидемичния контрол, като това е особено проявено за длъжностите в отделите "Противоепидемичен контрол". Възможностите за подбор на кадри, обучение изграждане на висококвалифицирани специалисти са силно ограничени. Проблемът се задълбочава и със стартиралата реформа в болничното финансиране, която макар и в по-малка степен също задълбочава разликите в заплащането на специалистите от ХЕИ и работещите в лечебните заведения за болнична помощ.

Важна необходимост относно кадровото осигуряване на системата за епидемиологичен надзор е необходимостта от сериозна преквалификация на кадрите в тази област. Присъединяването на страната към Европейския съюз, включването ни в съществуващите Европейски информационни мрежи и структури в областта на надзора на инфекциозните болести и хармонизирането на нормативната база с тази на развитите страни, поставя по неотложен начин проблема с обучението на кадрите. Основното изискване в тази насока е въвеждането на принципите на интервенционната оперативна епидемиология, ползването на компютърна техника в ежедневната дейност, владеенето на английски език и др. Целта е да се премести акцента от ежедневния планов контрол на обектите в посока на работа по проблеми, национални проекти и програми и организиране на бърза реакция в отговор на възникнали епидемични ситуации.

Поради комплексния характер на възникващите епидемиологични проблеми (епидемични взривове и епидемии, вътреболнични инфекции, възникване на нови и особено опасни инфекциозни болести) се налага създаването на тясна координация и взаимодействие между различни ведомства: ХЕИ, РЦЗ, РЗОК, Общините и кметствата, Националната ветеринарно-медицинска служба, МОН и училищните настоятелства и др. Това изисква значителни организаторски качества и възможности за водене на диалог и изграждане на партньорство от страна на кадрите, ангажирани с осъществяването на противоепидемичния контрол.

Значителни затруднения при организирането на спешните противоепидемични мерки при възникване на епидемични взривове и епидемии създава невъзможността за своевременно финансово осигуряване на необходимите противоепидемичните дейности. Не е изпълнена препоръката на СЗО за наличие на специализиран самостоятелен фонд за бърза реакция при възникване на събития, заплашващи общественото здраве.

Сред основните приоритети в групата на инфекциозните болести са туберкулоза и СПИН, заради социалната им значимост.

Епидемичната ситуация в България относно *туберкулозата* се изменя рязко през 1992 г. Тогава са зрегистрирани 3236 новооткрити болни (38.1‰000).

През периода 1985-1991 г. аболемаемостта е стабилна с относително ниско ниво в границите на 25.1-28.6‰000)от туберкулоза се характеризира със стабилно и относително ниско ниво в границите на 25.1 - 28.6‰000. През следващия период (1993-2003г). средното ниво на заболяемостта е 42.9‰000. Средногодишно са възниквали нови 3521 случая, показателят е нараствал годишно с 1%.

В рамките на Европейския регион с ниво на заболяемост между 12 и 80 ‰000 България има средни по величина –показатели. В сравнение със средната заболяемост за страните от Европейския съюз заболяемостта у нас се задържа 3.5 пъти по-висока.

До голяма степен Националната програма за контрол на туберкулозата постигна своята основна цел - спиране нарастването на заболяемостта в сравнение с максимума от 1998 г. За това допринесе възстановяването на организационно-методичната помощ, извършвана от утвърдени специалисти по белодробни болести, както и постигнатия напредък в осигуряването на унифицирано лечение на болните от туберкулоза в съответствие с препоръките на СЗО, приетите методични указания и прилагането на системата DOTS.

Поради липса на финансови средства, обаче, не бяха реализирани дейностите по реструктурирането и дооборудването на микробиологичните лаборатории, пълното обхващане на лицата от рисковите групи, подмяната на остарялата рентгенова апаратура (вкл. закупуване на нова флуорографска уредба), създаване на система за мониторинг на новооткритите болни, пълно обхващане на всички контактни лица.

С цел изпълнение на дългосрочни задачи, МС прие нова национална програма за контрол на туберкулозата през периода 2004-2006 г. (решение №12/13.01.2004). Две трети от финансовия ресурс на програмата е предвиден за осигуряване на необходимите лекарства (лечение и химиопрофилактика).

Тъй като не разполагаме с данни за нивото на информираност на населението относно рисковите фактори и предпазването от туберкулоза, е необходимо да се проведат репрезентативни проучвания в тази област. Необходимо е също осигуряване на точни данни за заболяемостта от туберкулоза сред рисковите групи от населението (напр. роми), както и за разпространението на туберкулозата в затворите у нас.

Легловата база (лечебни заведения и брой легла) е достатъчна за покриване на нуждите от стационарно лечение на болните от туберкулоза. За съжаление, в повечето случаи тази база е морално и физически остаряла и в незадоволително санитарно-хигиенно състояние, с недостатъчно или липсващо съвременно оборудване. Основна причина е много старият сграден фонд и ограничените средства (напр. областният диспансер за пневмофтизиатрични заболявания в София и редица други лечебни заведения за болни от туберкулоза в страната).

В някои региони е недостатъчен броят на специалистите по пневмология и фтизиатрия, работещи в стационарите, особено към отделенията на многопрофилните болници за активно лечение.

Освен материалната база, проблем на стационарната медицинска помощ е осигуряването на средства за изследвания, поддържане и обновяване на диагностичната апаратура (особено за бактериологична диагностика). Чрез предвидените в националната програма средства този проблем ще може да бъде решен само частично. Съвременните методи за диагностика на туберкулозата са осигурени в част от специализираните и университетските болници, но не в достатъчна степен за мрежата като цяло. Това се отнася особено за бактериологичната диагностика, където приложението на експресни методи и изследване на чувствителност са значително ограничени. Обективно погледнато тези изследвания не са достъпни за всички болни. Това е основната причина за ниската степен на бактериологично доказани случаи на туберкулоза (под 40% за 2000 г.), както и неизяснената честота на туберкулозните щамове с множествена лекарствена резистентност у нас, което един от най-важните проблемни аспекти на заболяването в глобален мащаб. Повечето микробиологични лаборатории все още не работят според изискванията на медицинския стандарт по микробиология.

Другите проблеми, свързани с контрола на туберкулозата, са следните: лекарите от специализираните практики не регистрират и не съобщават туберкулозно болните в РЦЗ; тези болни сами си купуват туберкулостатици и липсва контрол за провеждането на пълен курс на лечение при тях; в някои региони диспансерите не могат да изпълняват пълноценно своите функции (липса на транспорт, финанси, щат), като това се отнася и за пневмофтизиатричните отделения към МБАЛ; провеждането на оздравителни мерки в туберкулозното огнище и обработката на контактните лица не винаги се извършват според изискванията.

Анализът на данните показва, че България все още е страна с ниско разпространение на *ХИВ/СПИН*. Наблюдава се обаче, ежегодно нарастване на броя на новооткритите случаи. В същото време в страните от Източна Европа и Централна Азия се регистрира епидемично разпространение на СПИН.

Общият брой на регистрираните случаи в България в края на 2003 г. е 465, като 70% от заразените са мъже, а 30% жени. Най-засегната е възрастовата група 20-29 г. с относителен дял около 40%. Основен път на

предаване на инфекцията е половият (91% от случаите), следван по значение от кръвния (8%) и вертикалното предаване на инфекцията (майка-дете), чийто дял е 1%.

През последните 2-3 години средногодишно в страната се изследват за ХИВ 240 000 - 260 000 лица. През 2003 г. бяха открити 63 ХИВ серопозитивни лица (т.е. на всеки 4000 изследвани лица се открива едно заразено лице).

За всеки новооткрит случай се събира и обобщава епидемиологична информация, която включва: възраст, пол, населено място, в което е станало заразяването, рискова категория, начин на заразяване, повод за поставяне на диагнозата и фазата от развитието болестта. България е включена в Европейската система за съобщаване на ХИВ/СПИН. От м. юли 2004 г. се предвижда да започне прилагането на второто поколение от системата за епидемиологичен надзор на СПИН, което ще позволи да се мониторира поведението на лицата от най-уязвимите групи относно предпазването им от заразяване.

В момента продължава изпълнението на националната програма за профилактика и контрол на СПИН и ППБ за периода 2001-2007 г. Всички дейности по изпълнението и се контролират от Национален комитет за профилактика на СПИН и ППБ към МС. Националният план за действие относно контрола на ХИВ/СПИН включва четири основни компонента:

- превенция на ХИВ/СПИН сред подрастващите и младите хора и основните уязвими групи ;
- епидемиологично наблюдение и политика на тестване;
- здравни и социални грижи за хората ХИВ/СПИН и ППБ;
- лечение на заразените с ХИВ/СПИН и ППБ.

През последните 2-3 години МЗ отделя между 4 и 5 милиона лева годишно по програмата за СПИН. Лечението на един болен от СПИН възлиза годишно на около 12 000 \$. България сред малкото държави в региона, която осигурява безплатна антиретровирусна терапия на болните от СПИН.

От началото на 2002 г. стартира програма за подпомагане на дейностите по профилактика на СПИН на общинско ниво. Обучени бяха широк кръг от специалисти от различни регионални структури по местно стратегическо планиране.

Програмата за превенция и контрол на ХИВ/СПИН е насочена към най-уязвимите групи - интравенозни наркомани, проституиращи жени и мъже, роми и млади хора. Сред тях се провежда здравно образование по въпросите на сексуалното здраве, безопасното сексуално поведение, както и относно използването на еднократни стерилни игли и спринцовки от страна на интравенозните наркомани. Периодично се правят кампании за използване на презервативите, като сигурно защитно средство. През 2003 г. при такива кампании са раздадени близо 2 млн. презервативи.

В страната са разкрити 9 кабинета за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ/СПИН. Те спомагат както за ранното

откриване на случаите на заразяване с ХИВ, така и за формирането на знания, умения и мотивация за безопасно сексуално поведение. В София функционират 4 подвижни кабинета, които работят на терен сред роми, проституиращи и наркомани. В тях се извършват безплатни консултации, прегледи и изследвания и случаите с полово-предавани инфекции се насочват за лечение в КВД.

Националният комитет за профилактика на СПИН кандидатства с проект към Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и съгласно подписаното споразумение Министерство на здравеопазването ще получи за периода 2004-2008 г. безвъзмездна финансова помощ за около 16 милиона щатски долара. Тези средства ще бъдат изразходвани за запазване ниското ниво на разпространение на ХИВ/СПИН в страната, чрез реализирането на превантивни програми сред най-уязвимите групи в обществото, въвеждане на здравно образование в българските училища, психо-социална подкрепа на болните от СПИН, въвеждане на добри практики и институционално укрепване на всички ведомства имащи отношение към превенцията и контрола на ХИВ/СПИН в страната.

1.1.2.2.. Неинфекциозни болести

Хроничните болести (болести на органите на кръвообращението, злокачествени новообразувания, на белия дроб, диабет и др.) са основната причина за умирания и инвалидност в света през втората половина на миналия век, сега заемат 59% в структурата на всички умирания. Обуславят 45.9% от глобалното бреме на болестите (по DALY's), болестно бреме, което ще нараства и през следващите години. Половината от умиранията от посочените болести са свързани със сърдечносъдовата система, а сред тях от исхемичната болест на сърцето (ИБС) и мозъчносъдовата болест (МСБ) са лидери.

Има много доказателства за общи фактори на риска, асоциирани с посочените хронични болести: *свързани с поведението* на хората- тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол; *с биологията и физиологията на организма*- възраст, пол, наследственост, повишено кръвно налягане, повишен холестерол в серума, диабет и др.; *със социалноикономическите условия* на развитие на обществата и др..

Изследвания потвърдиха също, че до 80% от случаите на ИБС, 90% на диабет тип 2 и 1/3 от случаите на рак могат да бъдат предотвратени, ако храненето на населението стане здравословно, физическата му активност се увеличи и се намали нивото на тютюнопушенето (WHO,2004).

В България хроничните неинфекциозни болести (сърдечносъдови, злокачествени новообразувания, на белия дроб, диабет и др.) са огромен и нерешен социалномедицински проблем. Сред тях *болестите на органите на кръвообращението* (БОК) са водещи, като проблем. Регистрираната

заболяемост от БОК през 2002г. е 160.2‰. Показателят обаче е екстраполиран. Има всички основания да се счита, че е по-висок. В сравнение с 1993 г. прирастът на заболяемостта е 48.6%. Нарастването на честотата на тези болести е свързана най-вероятно с увеличената тежест на факторите на риска за тях, които се формират в социалната и икономическа среда на живот. Значение имат и други фактори като дейността на здравната система и обществото за контрол на тези болести, личните грижи за здраве и др.

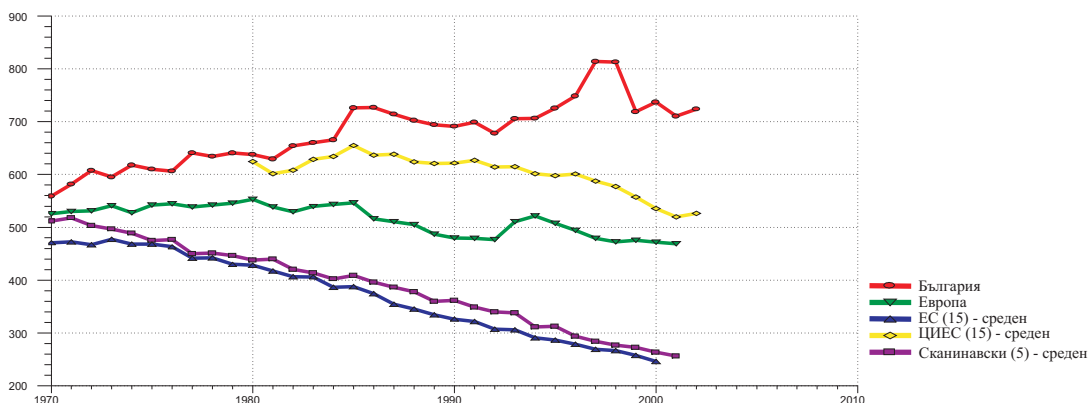
БОК са водещи в структурата на умираанията от десетилетия. През 2002г. в страната са починали 76432 души (68.0% от общия брой), а за периода 1993-2002 г. те са около 800000 души, което е равно на градове като Пловдив и Ст. Загора. Всяка седма минута у нас умира човек от тези болести. Брутопоказателите за смъртност от БОК на мъжете и жените са най-високи, в сравнение с другите болести, през 2002г. са съответно 1007.5‰000 и 942.6‰000. Темпът на прираст на смъртността на мъжете за последните 10 години е 15.6%, а на жените 25%. Показателите нарастват при двата пола с възрастта, по-подчертано в групите след 35 години на мъжете и 45 години на жените. Повъзрастовите показатели на мъжете са по-високи, като индексът на свръхсмъртност в групите на активната възраст на двата пола се колебае от 1.3 до 2.4. (виж и Прил.3). Разликата е свързана с по-голямата честота на факторите на риска при мъжете още от млада възраст, по-рисковото им поведение, ролята им в обществото – работа с по-големи отговорности и други.

Тенденцията в динамиката на стандартизираният показател за смъртност от БОК през последните десетилетия на фона на средния за Европа, страните от Европейския съюз (ЕС), Централно и Източноевропейските страни (ЦИЕС) е възходяща за разлика от цитираните общности (фиг.4).

Сред 31 страни, представили данни на СЗО за 2001 г. (от общо 52) стандартизираният показател за смъртност от тези болести за мъжете в България е на шесто рангово място, а при жените на пето(WHO,HFA,2004).

Фиг. 4

Динамика на стандартизираните показатели за смъртност от БОК в България и избрани групи страни в Европа (на 100000)



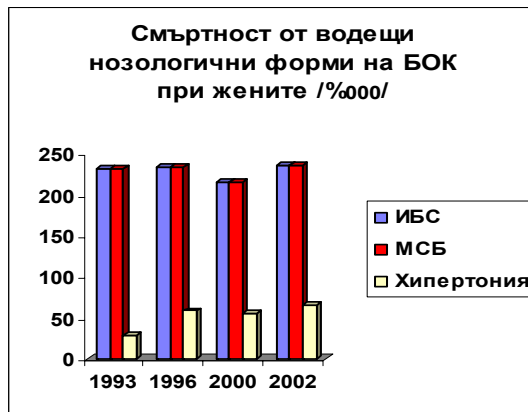
Изт. WHO,HFA,2004

Водещи нозологии в структурата на умираянията от БОК са исхемичната болест на сърцето (ИБС) и мозъчносъдовата болест (МСБ). Динамиката на бруто-показателите за смъртност от трите най-разпространени нозологични форми на БОК – ИБС, МСБ и хипертония е показана на фиг. 5а и 5б. При ИБС и МСБ смъртността на мъжете е с тенденция към бавно намаление, а на жените по-скоро към стабилизиране, докато за хипертонията тя нараства при двата пола. Сврѳхсмъртността на мъжете е подчертана при ИБС, при МСБ съотношението на показателите е 1.

Фиг.5а



Фиг. 5б

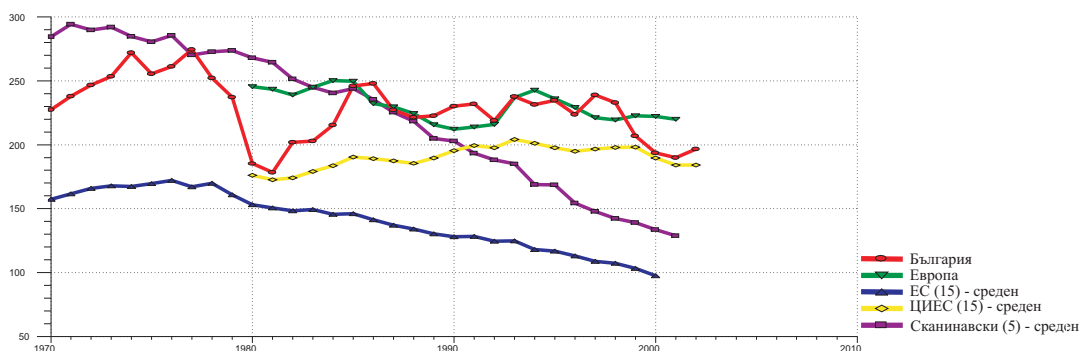


Изт. НЦЗИ,2004

След определена нестабилност през предните десетилетия стандартизираният показател за смъртността от ИБС у нас има тенденция след 1985 г. да намалява, но остава значително над средния за ЕС, Северните страни и ЦИЕС, и малко под средния за Европа (фиг.6).

Фиг.6

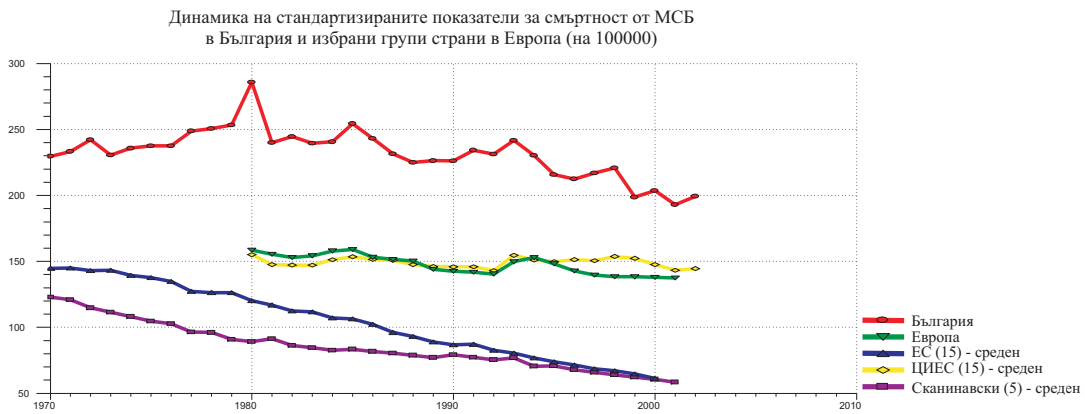
Динамика на стандартизираните показатели за смъртност от ИБС в България и избрани групи страни в Европа (на 100000)



Изт. WHO,НФА,2004

По-подчертана тенденция за намаление но, на по-високо ниво в сравнение с някои от сравняваните групи страни има и стандартизираният показател за смъртност от МСБ (фиг.7).

Фиг.7



Изт. WHO, HFA, 2004

По ниво на стандартизирани показатели за смъртност от ИБС при мъжете и жените, България е на осма рангова позиция сред 20 европейски страни, представили данни на СЗО за 2002 г., а от МСБ съответно на седма и осма.

Динамиката на заболяемостта и смъртността от водещите нозологии на БОК може да се обясни с високото ниво на факторите на риска за тези болести (тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол, дистрес, с честотата на някои биологични фактори и др. и комбинацията им, които възникват още в младата възраст, с политиката на страната за контрол на болестите, вкл. дейността на здравната система за профилактиката и лечението им. Превес се дава в тази политика на лечението на болестите, а то не може да повлияе на нивото на сърдечносъдовото здраве на нацията. Профилактиката на БОК е факт само в няколко региона на страната, в рамките на демонстрационна програма. При анализа на данните за заболяемостта и смъртността трябва да се има предвид също, че от години регистрацията на заболяемостта страда, проблеми имат сертификацията и кодирането на умиранията от БОК, особено по отношение ИБС и МСБ и болестите на белодробното кръвообращение. Тези проблеми се влачат отдавна и трябва също да намерят решение.

Злокачествените новообразувания са друг тежък проблем на здравеопазването. Данните на Националния регистър за рака показват, че заболяемостта при двата пола е възходяща за последните години. При мъжете бруто показателят за 2002 г. е 383.5‰, а при жените - 320.5‰. Нарастването на показателя при мъжете в сравнение с 1990 г. е със 120 пункта, а при жените с 93. При мъжете води заболяемостта от рак на белия дроб, следван от този на колона и ректума, простатата, стомаха и пикочния мехур, а при жените водещ е ракът на гърдата, следван от рака на тялото на матката, колона, стомаха, ректума и яйчниците.

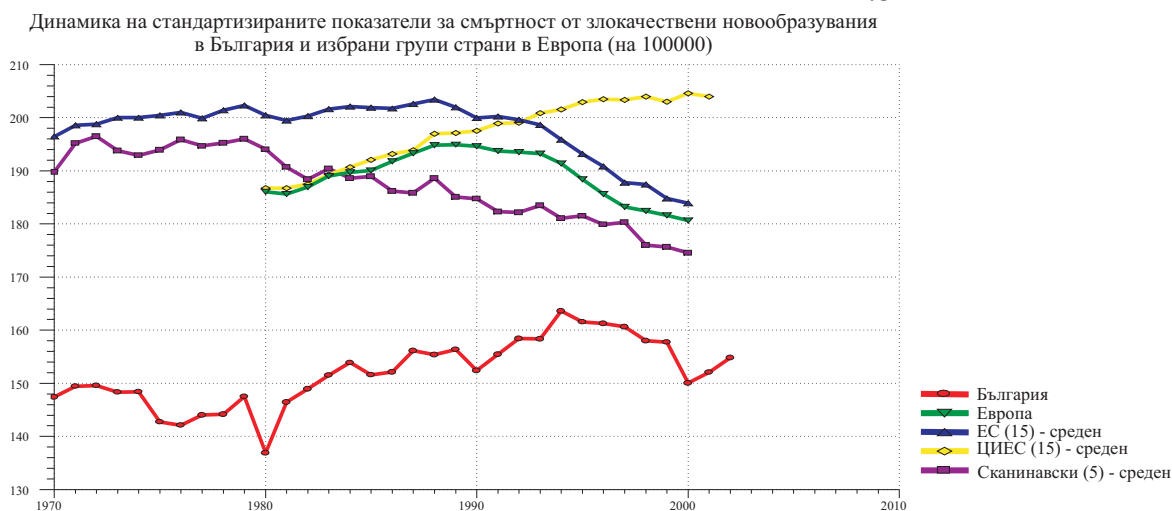
Тенденцията на заболяемостта от злокачествени новообразувания в България е еднаква с тези в другите европейски страни. Смята се, че тя ще продължи да нараства и през следващите 20 години.

Промените в заболяемостта от ракови заболявания у нас се свързват с начина на живот на населението (висока честота на тютюнопушенето, нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол и др.), както и със застаряването му, с наличието на професионални вредности и други фактори в околната среда. Недостатъчно ефективната здравнообразователна дейност също може да бъде посочена.

Тенденцията на смъртността от злокачествени новообразувания (ЗН) през периода 1993 – 2002 е възходяща при двата пола. Брутопоказателят за 2002 г. при мъжете е 241.5‰, а при жените 164.3‰. Темпът на прираст на смъртността при база 1993 г. за мъжете е 8.3%, а за жените 11.0%. С възрастта показателят за смъртност нараства, при мъжете по-чувствително в групите след 45 годишна възраст, а при жените след 35-с малки изключения. Свръхсмъртността на мъжете общо от ЗН е подчертана в групите след 45 годишна възраст. Водещи нозологични форми в този клас болести са ракът на белия дроб, трахеята и бронхите, ракът на стомаха, на ректума, простатата и на женската гърда. (виж и Прил. 4).

Стандартизираният показател на смъртността от ЗН (фиг. 8). за страната нараства също. Той е по-нисък от средния за страните от ЕС, за Европа, ЦИЕС и северните страни, но докато при тях има формирана тенденция за намаление през последното десетилетие (с изключение на ЦИЕС), за България все още е валидна възходящата тенденция. Проблемът за смъртността от ЗН остава тежък за страната, налага активна политика и дейности на много нива.

Фиг.8



Изт. WHO, HFA, 2004

Нарастващата смъртност е свързана с честотата на раковите болести, късното им откриване (поради несвоевременно обръщане за помощ, недостатъчна насоченост към ранните симптоми на рака, недостиг на средства за скрининги или други изследвания), когато не може да се направи много, недостигът на ефективни медикаменти и вероятно наблюдението и

качеството на помощта, оказвани на болните след поставянето на диагнозата.

Заболеваемостта от *болести на дихателната система* води в структурата на регистрираната заболяемост с относителен дял 37.7%. Интензитетът ѝ намалява през последното десетилетие, като през 2002 г. при база 1993 темпът на намаление е 7.6%. Тези болести са също сред водещите причини за смърт на населението в България. Интензитетът на смъртността от тях също намалява за периода 1993-2002 при мъжете с 32.6%, а при жените с 33.5%. Показателите за смъртност нарастват рязко при мъжете след 54 г. възраст, а при жените след 64 г. възраст. Брутопоказателите при мъжете са по-високи в сравнение с тези на жените. Съотношението им по възрастови групи след 35 до 64 годишна възраст се движи от 2.8 до 3.4 (за мъжете). Водеща нозология за смърт в този клас болести е пневмонията. На нея се дължат (средно) около 48% от случаите на смърт от болестите на дихателната система при мъжете и – 56% при жените. Брутопоказателят за смъртност от хроничен бронхит, емфизем и астма е на второ място и намалява непрекъснато във времето. В сравнение със страните от Европа показателят за смъртност от тези болести у нас е нисък.

Оценка

Краткият анализ на заболяемостта и смъртността от хронични болести показва, че тежестта на тези болести за обществото е огромна. Те определят нивото на общата смъртност и причиняват значими човешки и материални загуби, затруднявайки развитието на страната. Въпреки фактите, известни отдавна, не се реализира ясна и последователна политика за интегриран контрол на тези болести. През последните години се разработиха редица програми, които са вертикални и придават повече значение на терапията на най-тежките болести. Профилактиката им и промоцията на здраве са на по-заден план, а и средствата за тях са символични. Реформата в първичната и болничната помощ не допринесе за по-ранно откриване и лечение на болестите и за контрол на факторите на риска, с които са свързани. Ситуацията налага разработка на национална стратегия за контрол на хроничните болести и активни дейности на обществото за реализацията ѝ.

1.1.2.3. 1.1.2.4. Психично здраве

Психичните разстройства относително рядко довеждат до бърза смърт и това е причина за пренебрегване на тяхната висока социална цена. Редица анализи показват, че те разходват неподозирано много обществени ресурси. Така например, ако болестите се подредят по броя на годините пълноценен живот, които те отнемат от хората, на пет от първите десет места попадат психични болести. През 1995г. 25% от обществените щети, понесени от човечеството поради инвалидизиране се дължат на психични болести; прогнозира се този дял да нарасне до 50% през 2020г.

Здравно-икономическите анализи и направените изчисления показват, че общите загуби причинени от шизофренията за една година са 34.5 млн. лева за София и 199.7 млн. лева за страната. Тези стойности следва да бъдат тълкувани в съпоставка с разходите, които се правят в България за психиатрията, т.е. за предотвратяване на тези загуби. През последните години те са около 2.5% от здравния бюджет (напр. около 5 млн. лева за 1999г.), като от тях за лечение на шизофренията отиват едва ли и половината. Не е реалистично да се очаква предотвратяване на загуби за около 200 млн. с разходи от 2 млн. лева.

Емоционалните разстройства в България са масови, но непризнати. Освен измеримите икономически загуби психическите разстройства причиняват колосални вреди, влошавайки качеството на човешкия живот. Около 10% от населението в зряла възраст или 30% от посетителите на общопрактикуващите лекари развиват тъга, страх и тревога. Това снижава работния и емоционалния им капацитет и натоварва до криза отношенията с членовете на техните семейства и всички останали, с които те съжителстват или работят. В системата на здравеопазването сега няма структури и програми, предназначени да обслужват емоционалното страдание и неговите психосоциални последици.

Обследвания на общата популация, правени в други европейски страни разкриват, че във всеки момент от времето около 25% от населението имат клинично значими психично-здравни проблеми. Едва 20-30% от тях се обръщат по този повод към лекар, като много често това става в рамките на мрежата за първична помощ. Проучванията в България показват, че лекарите от амбулаториите за първична медицинска помощ у нас разпознават едва 1/3 от тези пациенти като случаи, нуждаещи се от психиатрични интервенции.

1.1.2.4. Травми и отравяния

За периода 1993-2002 г. се установява повишаване на показателя за заболяемост от травми и отравяния (ТО) при децата до 17 г. и намаляване на същия при лицата над 18 г. (фиг.9). Регистрираната заболяемост варира от 89,7 ‰ през 1997 г. до 101,2 ‰ за 2002 г.

Фиг.9



Факторите, определящи съществуващите тенденции, са последица от множеството промени, както в обществения живот, така и в

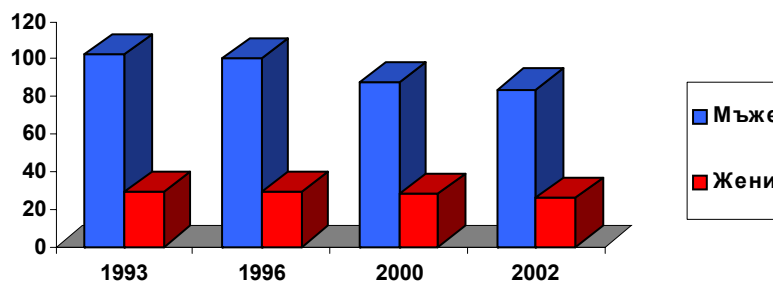
здравеопазването. Намаляването на индустриалните мощности, интензификацията на транспорта и промяната на скоростната му характеристика изменят съотношението между производствения и транспортния травматизъм.

Тенденцията за застаряване на населението се отрази върху увеличени дял на геронтологичните остеопорозни фрактури, създаващи значително натоварване на здравната система и консумиращи немалък финансов ресурс.

Травмите и отравянията заемат 4-то място и в структурата на общата смъртност по причини през 2002г.. През периода 1993-2002г. брутопоказателят от този сборен клас има тенденция за снижение (фиг.10), като през 2002 г. нивото му при мъжете е 83,9‰, а при жените 25,8‰.

Фиг.10

Фиг. 1. Смъртност от травми и отравяния по пол през 1993-2002г. (на 100 000)



Темпът на намаление при мъжете при база 1993 г. е 18.3%, засяга всички възрастови групи и се колебае от минус 36.6 до минус 10%, по голям е в младата възраст. При жените намалението на показателя е 12.5%, в отделните групи се колебае от 15 до 26% с изключение на възрастта 35- 54 г. където има неголям прираст. Повъзрастовите показатели са високи в младите групи, лидират сред другите причини за смърт при мъжете до 34 г.възраст, а при жените до 24 г.. Най-високи са във възрастта след 65 г. при двата пола (съответно 153,9‰ и 55,8‰). Индексът на свръхсмъртност при мъжете в отделните възрастови групи през 2002 г. се движи от 1.8 г. до 4.7 (във възрастта 45-54 г.), след което намалява бавно.

Водещо място в смъртността при младите възрастови групи имат злополуките с моторни превозни средства и тези причинени от потъване, задушаване и от чужди тела, а след 35 годишна възраст самоубийствата, чиито бруто показател при мъжете за 2002 г. е 25.7%, при жените 25.8%. Самоубийствата при мъжете в този клас болести са с относителен дял 28%, а при жените 33%. Показателят за смъртност от злополуки, причинени от потъване и задушаване от чужди тела е с тенденция за намаляване. Най-често жертва са децата до 14-годишна възраст, като преобладават момчетата.

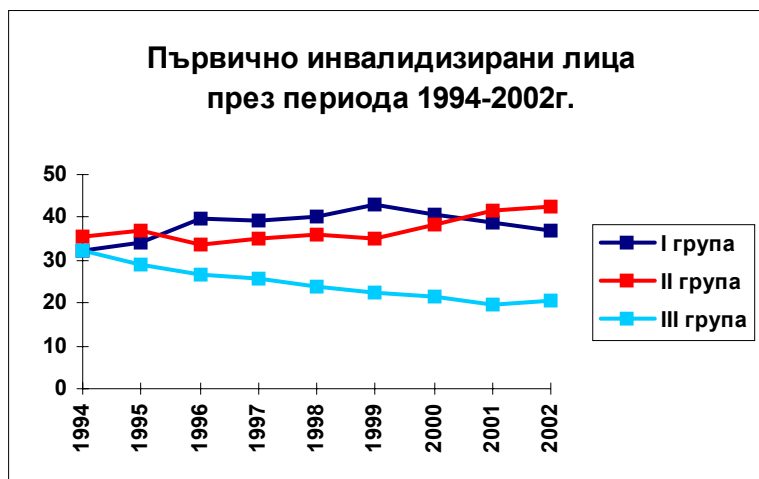
1.1.2.5. Инвалидност

Броят на лицата, признати за инвалиди, продължава да нараства. През 2002 г. те са 101,353 (т.е. близо 3 пъти повече в сравнение с 1994 г.) или 15.3 ‰ население над 16 г. Това нарастване е обусловено преди всичко от промените в законодателството, свързани с условията и статута на признатите за инвалиди лица. Трябва обаче, да се каже че съществуващата статистическа информация за броя на хората с увреждания е непълна и неточна. По данни на НСИ през 2001 г. хората с увреждания в страната са 265 353. В същото време по данни на НОИ, лицата, получаващи различни видове пенсии по инвалидност с намалена над 50% работоспособност, са около 330 хиляди, а по експертна оценка общият брой на тази група лица е поне 400 хиляди.

България заема едно от челните места в Европа (9-то от общо 51 страни по данни на СЗО/Европа за 2001 г.) по брой на новорегистрираните случаи с инвалидизация/увреждания. У нас този показател е близо 2 пъти по-висок от средния за Европа - съответно 955‰ срещу 553‰. За сериозността на проблема свидетелствува и направеното сравнение с близките до нас страни от Централна и Югоизточна Европа, в които нивата са 2 пъти по-ниски - 412‰.

Най-честата причина за инвалидизиране през 2002 г. са болестите на органите на кръвообръщението, които обхващат 36.8% от общия брой на случаите на новоинвалидизирани лица. Следват болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (13.6%), болестите на нервната система и сетивните органи (11.2%), новообразованията (10.6%), болестите на ендокринните жлези, на храненето, на обмяната и разстройства на имунитета (8.3%) и т.н. Най-голям е относителният дял на инвалидизираните лица със загубена работоспособност 71–90% (40.2%), следвани от лицата с 90% загуба на работоспособност (34.8%) - фиг.11. Около три четвърти от инвалидизираните лица са със срок на инвалидност две и три години.

Фиг. 11



В нозологичната структура на инвалидизиращите заболявания, според тежестта на инвалидност, има известна специфика. При лицата с над 90% загубена работоспособност водещи заболявания са болестите на органите на кръвообръщението, следвани от новообразованията, болестите на нервната система и сетивните органи, болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан и други. При лицата със загуба на работоспособност 71-90% водещи заболявания са също болестите на органите на кръвообръщението, следвани от болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан, новообразованията, болестите на ендокринните жлези, на храненето, на обмяната и разстройства на имунитета, болестите на нервната система и сетивните органи и т.н., докато при лицата с липса на работоспособност 50-70% след болестите на органите на кръвообръщението са болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан, болестите на нервната система и сетивните органи, болестите на ендокринните жлези, на храненето, на обмяната и разстройства на имунитета и други.

Според Националната стратегията за равни възможности на хората с увреждания (приета от МС през 2004 г.), въпреки добрата нормативната база, в експертната на трайната неработоспособност има редица пропуски, които затрудняват или пречат на социалната рехабилитация и интеграция на хората с увреждания. Решаването им е свързано с преразглеждане ведомствената подчиненост на комисиите, промяна на модела на оценяване и на системата на обжалване на НЕЛК и др.).

Нерешен остава и проблемът с достъпа до медицинската рехабилитация на хората с трайни увреждания и хронични заболявания - сега поради липса на клинични пътеки (с изключение за детска церебрална парализа през 2003 г.) тя не се заплаща от НЗОК. Само на хора с временна нетрудоспособност касата заплаща някои рехабилитационни процедури, а по линията на социалното подпомагане има частичното заплащане на санаториалното им лечение. Липсват програми и структури, които да осигуряват последователното провеждане на компонентите на рехабилитационния процес, а именно – медицинска, професионална и социална.

1.2. Здраве на отделни групи от населението

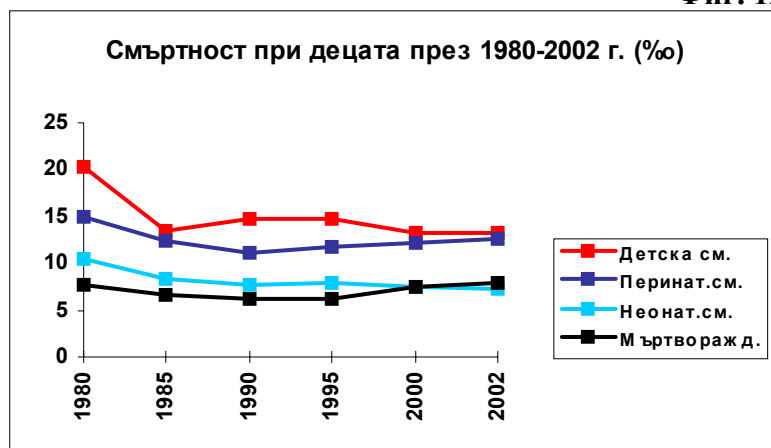
1.2.1. Здраве на децата

Деца до 1 г. Промените в детската смъртност са чувствителен показател за икономическото и културно развитие на обществото*. След като през 1997 г. детската смъртност у нас достигна връх за последните десет години (17.5‰ живородени), през 2000 и 2002 г. тя се стабилизира на едно по-ниско ниво - 13.3‰ живородени (фиг.12), което е 2-3 пъти по-

* Източник: ПРООН, Цели на хилядолетието за развитие на България, 2003

високо от това в страните от ЕС, в т.ч. Полша (7.7 на хиляда през 2001 г.) и Унгария (8.2 на хиляда през 2001 г.). Преди петнадесетина години тези страни имаха значително по-висока детска смъртност от нашата. В селата детската смъртност продължава да бъде по-висока в сравнение с градовете (съответно 16.9‰ срещу 12.0‰). Наблюдават се и сериозни различия по области, като най-високи показатели са регистрирани в Сливен (29,6‰), Монтана (23,2 ‰), Разград (22,0‰) и Добрич (21,5 ‰). Тези области са с по-висока концентрация на етническо население.

Фиг. 12



Водещите причини за умиранията на децата под 1-годишна възраст през 2002 г. са: някои състояния, възникващи в перинаталния период (398.5‰000 живородени). Доминират ендемогенните причини - недоносеност или доносеност, но с ниско тегло при раждане, а също и усложненията на бременността и раждането, довели до увреждане на плода и новороденото. Тези причини поддържат високото ниво на ендемогенната смъртност (в сравнение с други страни). Следват вродените аномалии (282.7‰000) и болестите на дихателната система (243.6 ‰000), вкл. пневмония и грип, на които се дължат над 80% от смъртните случаи в този клас. Висок е интензитетът на умиранията поради болести на органите на кръвообръщението (108.3 ‰000), смъртността от инфекциозни болести и паразитози (69.2 ‰000) и от травми и отравяния (46.6 ‰000) остава сравнително висока.

През последното десетилетие нарастват мъртворождаемостта и перинаталната смъртност, неонаталната смъртност остава висока.

Деца 0-4 г. Смъртността на децата от тази възрастова група е 323‰000 (353 ‰000 за момчетата и 292 ‰000 за момичетата). Най-често те продължават да умират от травми и отравяния - състояния, които в много случаи са предотвратими. Вероятността за умиране на българските деца под 5 г. е по-голяма от тази на 60% от страните в Европа*. Този интегрален показател характеризира не особено доброто състояние на детското здравеопазване в страната.

* The European Health Report 2002.WHO Euroseries № 97,2002

Подрастващи. През последното десетилетие, показателят на смъртността във възрастта 5-19 г. у нас е намалял (34.4 ‰ през 2002 г.), както в повечето европейски страни. Водеща причина за смърт продължават да са травмите и отравянията, чиито относителен дял е 48.6%, като при момчетата показателят е по-висок (53.9%) в сравнение с момичетата (38.2%).

Здравното състояние на децата до 17 години през 2002 има следните по-характерни особености:

- по-висока обща заболяемост в сравнение с 1993 г. (2461.8‰ и 2770.9‰), като две трети от случаите се дължат на болести на дихателната система;

- малко по-висока болестност от активна туберкулоза, като честотата на новорегистрираните случаи е спаднала слабо;

- 9.7‰ заболяемост от злокачествени новообразования, с най-висока честота са болестите на лимфните и кръвотворните органи (4.6‰), следвани от тези на костите, съединителната тъкан, кожата и млечните жлези (2.0‰);

- значителна болестност от микроспория и трихофития, по-голямата част от регистрираните случаи са нови;

- увеличен брой на страдащите от хипертония, гръбначни изкривявания, затлъстяване и рефрактерни аномалии, откривани при ежегодните профилактични прегледи на децата и учениците;

- акцелерирано физическо развитие с изоставаща дееспособност,

В поведението на подрастващите се наблюдават някои негативни тенденции, които имат съществено значение за репродуктивното им здраве като цяло и в частност на жените:

- снижаване възрастта на започване на полов живот - за последните 12 години трикратно нараства относителният дял на децата, осъществили първия си полов контакт на възраст под 16 години (41% през 2000 г.);

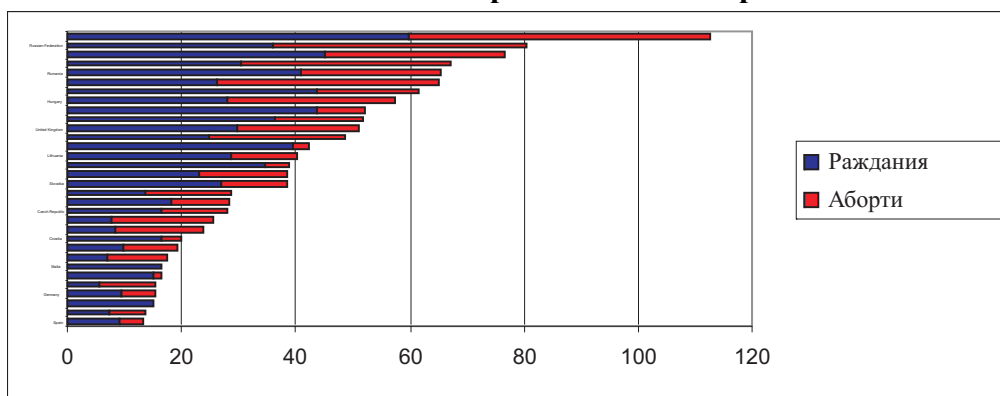
- нарастване на регистрираните заболявания от сифилис до 36.7‰ деца до 17 г. (2001 г.), като всеки четвърти новооткрит болен е дете от тази възрастова група (25.7%);

- над 95% от регистрираните случаи на гонорея сред подрастващите са също новооткрити;

- висока честота на нежеланата и непланирана бременност при подрастващите момичетата, която може да доведе до опасни аборти със сериозни последици за тяхното здраве. България е на 3-то място в Европа след Украйна и Русия по брой раждания и аборти по желание на 1000 жени на възраст 15-19 г.¹ - фиг.13.

Фиг.13.

**Брой раждания и аборти по желание
на 1000 жени на възраст 15-19 г. в Европа**



Изт. WHO/European Health Rep.2002

- ниска честота на използване на средства за предпазване от нежелана бременност и полово-предавани болести - около една трета от 15-19 годишните лица не използват или рядко използват презервативи;

- незадоволително ниво на информираност и познания за начините за предпазване от нежелана бременност и полово-предавани инфекции.

От 1993 г. България участва в проекта на СЗО/Евро, ЕК и ЕС “Европейската мрежа от училища за промоция на здраве” с 20 училища с подкрепяща институция Националният център по общественото здраве. Участието им е доброволно, като разработването и реализацията на проектите - самостоятелно. В резултат на досегашната работа са създадени модели за промоция на здраве в училището, възприети са нови форми и методи на обучение в здравно образование, реализирани са локални проекти за психично здраве, ограничаване на тютюнопушенето, оценяване на дейности и др.

През изминалите 4 години от началото на реформата в доболничната помощ се проявиха някои негативни страни в областта на детското здравеопазване. Днес голяма част от децата се обслужват от ОПЛ с все още ниска педиатрична квалификация. Изключително силно е затруднен достъпът до специализирана извънболнична педиатрична помощ, поради което немалко от родителите са принудени да осигуряват такава за децата си срещу заплащане. Най-съществено е накърнена профилактичната работа, особено с по-големите деца, а равнището на дейността по диспансеризацията е снижено в немалка степен. Негативно върху профилактичната работа се отрази ликвидирането на училищното здравеопазване. Приетата през 2003 г. нова наредба за диспансеризация, макар и добра като замисъл, не е финансово обезпечена и вероятно няма да изпълни предназначението си. Рязкото разграничаване на доболничното от болничното здравеопазване ликвидира възможността за повишаване квалификацията на педиатрите от СИМП в стационара¹.

Подобряването на здравните грижи за децата изисква разширяване и задълбочаване на дейността в следните насоки:

- превенция на недоносеността чрез по-добро обслужване на бременните жени, повишаване квалификацията на медицинския персонал и модерно здравно образование на бъдещите майки;
- осигуряване на висококачествени грижи за недоносените новородени на базата на приетия стандарт;
- наблюдение и лечение на децата през първите 6 години от живота от педиатри, когато това е възможно;
- диспансерно наблюдение и лечение на хронично болните деца само от специалисти - педиатри или такива по профила на заболяването;
- приемане и прилагане на стандарт по детски болести;
- заплащане от НЗОК на хоспитализациите при децата на принципа на диагностично-свързаните групи с цел осигуряване на реално финансиране и достатъчен ресурс за реализация на стандартите;
- популяризиране сред майките на правилата за здравословно хранене на новородените и малките деца, вкл. промоцията на изключително кърмене през първите 6 месеца от живота;
- повишаване на обхващаемостта с имунизациите;
- разширяване на мрежата от дневни центрове за рехабилитация и лечение на деца с увреждания.
- съвременно здравно образование на деца и родители, предоставяне на знания и формиране на убеждения, умения и нагласа за активно отношение към здравето, избор на здравословен начин на живот, ранна диагностика и лечение, като част от комплекса профилактично-промотивни мерки за контрол на хроничните неинфекциозни заболявания

Интерес представляват някои данни за психическото развитие в детско-юношеска възраст. За периода на ранната училищна възраст е характерна голямата честота на поведенческите (води дефицитното разстройство на вниманието с хиперактивност, по-често сред момчетата) и емоционални разстройства (водят страхът от раздяла и дистимното разстройство), които се установяват при 49 % от децата на възраст 7.5 – 8.5 г. Липсват разработки, отнасящи се до психичното развитие в средната и горна училищна възраст.

Голямата част от консултациите и интервенциите в детско-юношеската психиатрична мрежа (по данни за 1990-1994 г.) са във връзка с кризи, породени от неблагоприятни жизнени събития или психични травми, като честотата на търсене остава сравнително постоянна. В същото време обаче значително се увеличава търсенето на помощ от родители на деца с поведенчески разстройства, което показва необходимост от осигуряване на повече ресурси в тази насока. Проблемите на психичното развитие в детската и юношеската възраст изискват специално наблюдение, насочени проучвания и анализи. Необходими са и инвестиции за разработване и внедряване на промотивни и интервенционни програми тъй като става въпрос за бъдещето на нацията.

Изследвания за кърмаческата и ранната детска възраст при децата, отглеждани в домовете “Майка и дете” (понастоящем 31 с общо 6150 места)

показват изоставане на психическото развитие (най-вече на речта и емоционално-социалното равновесие), което се задълбочава с удължаването на престоя в тях. Необходимо е причините за това да се изяснят с насочените изследвания

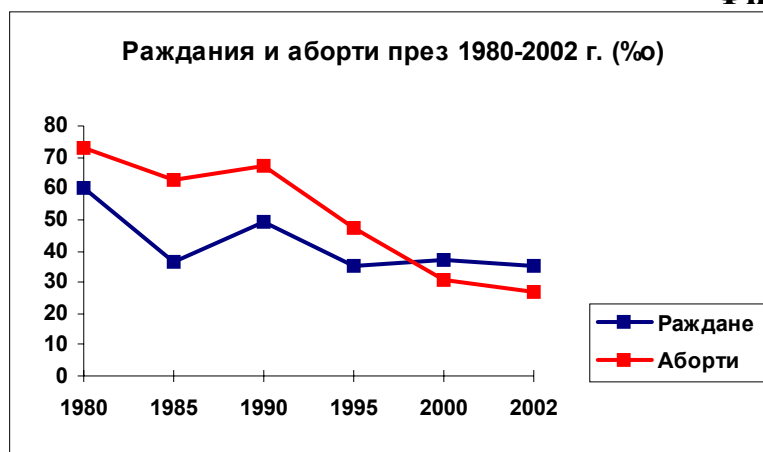
1.2.2. Здраве на жените

В края на 2002 г. в състава на населението по пол доминират жените - 51.4%. Макар и бавно, процесът на демографско остаряване на жените продължава. Икономическите и социални последици на прехода, които засягат сериозно жените (в сравнение с мъжете те имат по-високо равнище на безработица -20.2% и по-ниска икономическа активност - 46.1% към юни 2001 г.), са предпоставка за влошаване на тяхното здравното състояние.

Коефициентът на раждаемост, след известно покачване през последните години (9.0 на хиляда души от населението за 2000 г.), отново намалява и е 8.5 на хиляда за 2002 г. (един от най-ниските в Европа), резултат от негативното влияние на редица икономически, социални, демографски и други фактори. Броят на жените във фертилна възраст намалява в сравнение с 1995 г. с около 8%, като особено изразено е намалението на плодовитостта в групата 20-24 г. (със 17.8 на хиляда жени) и 15-19 г. (с 12.0 на хиляда жени).

В резултат на някои предприети мерки, абортите в последните години намаляват. По брой те изостават от ражданията (съответно 50824 срещу 67038 през 2002 г.), като на хиляда жени във фертилна възраст се падат 26.7 аборта и 35.2 раждания - фиг.14. Повече от половината аборти са на жени в най-плодовитата възраст (20-29 г.), налице е тенденция за увеличаване на абортите при момичетата на 15-19 г. По последния показател България продължава да е на едно от “водещите” места в Европа. Сред причините за тази ситуация са ниската здравна и сексуална култура на населението и сравнително високите цени на съвременните хормонални контрацептиви.

Фиг.14.



Смъртността при жените (за която се споменава по-напред) следва обща тенденция за нарастване. Основните причини за смърт са заболяванията на органите на кръвообръщението (72.1%), следвани от злокачествените новообразования (12.6%) и болестите на дихателната система. Успоредно с това средната продължителност на предстоящия им живот е с тенденция към леко нарастване, като през 2002 г. е 75.4 г., показател, значително по-висок от този при мъжете (68.5 г.), но много по-нисък от средния за ЕС (81.7 за 2000 г.).

Показателите за *майчината смъртност* (на жените във фертилна възраст) през последните 10 години са доста неустойчиви. Те имат значително по-високи стойности в селата в сравнение с градовете; 25,5 случая (на 100 000 живородени) в селата срещу 16,5 случая в градовете. Майчината смъртност у нас е около 4 пъти по-висока в сравнение с тази в страните от ЕС – 5,1 за 2000 г. Основна причина за високите стойности на показателя е ниското ниво на грижите за бременните и недостатъчно квалифицираната помощ при раждане за определени групи жени. През 2000 г. се отбелязва и тенденция за увеличаване на ражданията по домовете, която се задържа особено сред майките с ромска идентичност. Това се дължи на пропуски в системата - нарушено е ранното обхващане на бременните от наблюдение; недостатъчни са профилактичните мерки за предотвратяване на усложненията по време на раждане, особено в селските райони и районите с ограничен достъп до здравни услуги.

Специално внимание при жените заслужава неблагоприятната тенденция на честотата от някои злокачествени новообразования - в сравнение с 1990 г. нараства болестността от карцином на женската гърда (1.5 пъти), на шийката на матката (1.6 пъти) и на тялото на матката (1.5 пъти); расте заболяемостта от туберкулоза, венерични и психични заболявания. Ниски са относителните дялове на жените, преминали профилактичен преглед на гърдата (12.3%) и профилактичен гинекологичен преглед (35.0%) през 1999-2000 г.. Обезпокоително е, че 65% от жените не считат за необходимо да правят подобни профилактични прегледи.

Друг сериозен проблем, излизащ на преден план е остеопорозата-заболяване с тежки медицински, социални и икономически последици. Предполагаемият брой на жените, страдащи от него у нас е около 800 хиляди. Независимо от все по-широкото разпространение на заболяването, информираността на медицинските специалисти и на обществеността относно етиопатогенезата и факторите на риска за появата и развитието на остеопорозата е все още недостатъчна, а превантивните мерки практически липсват.

В хода на реформата голяма част от дейностите по опазване на репродуктивното здраве бяха прехвърлени на ОПЛ, които нямат нужната квалификация за това. Сега част от тези дейности (в т.ч. наблюдението на бременните и скрининга за рак на шийката на матката) отново преминаха като задължение на акушер-гинеколозите от СИМП, достъпът до които остава регламентиран. Недостатъчно е взаимодействието между тези две

категории специалисти, като в същото време е налице висока степен на недоверие на населението към възможностите и способностите на ОПЛ да решават проблеми, свързани с репродуктивното и сексуалното здраве. Освен това липсват специфични и конфиденциални структури и услуги за младите хора. Приключи съвместна програма с UNDP “Укрепване на националната програма по репродуктивно здраве”, в рамките на която се извърши обучение на ОПЛ, на ученици и учители по семейно планиране. Разработен бе медицински стандарт по акушерство и гинекология и репродуктивна медицина, който е добра отправна точка за повишаване на качеството на обслужване в тази област.

Като цяло може да се каже, че провежданата политика за опазване на репродуктивното здраве не е системна, обхватът е ограничен и медикализиран, а участието на жените практически липсва.

Анализът на някои гореизложени основни характеристики на здравното състояние на българските жени насочва вниманието към следните направления на реформата на здравеопазването: подобряване на промоцията на здраве и профилактиката на болестите при жените както от страна на ОПЛ, така и в СИМП; разширяване и задълбочаване на здравнообразователната работа с жените с приоритет към превенцията в областта на репродуктивното здраве; по-нататъшно развитие на семейното планиране, разширяване на мрежата от съвременни звена за интензивна помощ и лечение на бременни жени, родилки и новородени с повишен риск; финансово и организационно осигуряване на реализацията на програми за борба с ХНБ на национално и локално ниво; разширяване и подобряване на следдипломната квалификация по тези проблеми на медицинските специалисти с приоритет на структурите за извънболнична помощ и др.

Краткият анализ на данните в този раздел показва, че има достатъчно доказателства за влошено здраве на нацията с формирани неблагоприятни тенденции в развитието му:

- ниска раждаемост,
- висока детска смъртност с влошаващи се показатели за здравето на децата,
- намаляващо население с влошаваща се възрастова структура,
- задържаща се на ниско ниво средна продължителност на живота,
- нарастваща инфекциозна заболяемост,
- нарастваща заболяемост и смъртност от сърдечносъдови и ракови заболявания (които са с най-голям принос за влошеното здраве), а също и от други хронични неинфекциозни болести,
- нарастваща инвалидност.

Значимостта на тези тенденции дават повод да се предположи, че ще се задържат през следващото десетилетие и след него.

Те ранжират страната на твърде непрестижни места сред другите европейски страни. Свързани са както с предпоставките за здраве, така и с редица други

фактори на риска, с дейността на здравната система и обществото за по-добро здраве в рамките на реализирани стратегии за здраве.

Продължителността на тези неблагоприятни тенденции е повод да извърши преглед на демографската политика, а също и политиката на страната за профилактика, ранна диагностика и лечение на болестите с най-голямо бреме върху здравето и да се предприемат неотложни мерки за изход от твърде тревожното здравно състояние на нацията.

2. ГЛАВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО

2.1. Здраве и бедност

Здравето е сред основните блага, които дават смисъл на човешкия живот, както и сред основните човешки права, заложи в международното право. За индивидите и семейството здравето осигурява възможността за персонално развитие и икономическата сигурност в бъдеще; здравето е базата за продуктивна работа, капацитет за обучение и образование и възможността да се израства интелектуално, физически и емоционално. Здравето и образованието са двата крайъгълни камъка на човешкия капитал.

Бедността, независимо от това дали се определя на базата на нивото на доходите, социално-икономическия статус, условията на живот или образователното ниво, се явява като един от най-важните детерминанти на влошеното здраве. Бедността води до повишаване на индивидуалните и екологични фактори на риска, нарастваща заплаха от непълноценно хранене, лоши битови условия, намаляване на достъпа до информация и знания, а така също и към намаляване на възможностите за получаване на необходимата медицинска помощ. Създавайки порочен кръг, влошеното здраве от своя страна води към бедност за сметка на снижената производителност, доходи и качество на живот .

2.1.1. Равнища на бедност и социална изолация

За измерване равнищата на бедност се използват различни методики и показатели . Едни от най-често използваните методики са тези, чрез които се определят праговете на бедността- относителен и абсолютен праг на бедността. В България все още не е приет официален праг на бедността* .

По данни за 2002 г., 13.43% от българските домакинства живеят под относителния праг на бедност[†]. Това е най- ниското равнище на бедност за периода след 1995 г. (Приложение 1).

* МС Стратегия за борба с бедността и социалната изолация, 2003

[†] Определен като 60% от медианния еквивалентен доход. Този метод за установяване равнището на относителна бедност е възприет от ЕВРОСТАТ и се прилага от Националния статистически институт (НСИ) въз основа на резултатите от наблюдението на домакинските бюджети. При изчисленията се

Делът на бедното население в България е съпоставим с този в други европейски държави. През 1999 г. в нашата страна под относителния праг на бедност живеят 15,3% от населението спрямо 15% средно за страните от ЕС и страните - кандидатки .

Оценката на обхвата на бедността според прага на абсолютната бедност показва, че през 2001 г. едва 0,1% от населението е имало доходи под \$1 PPP* на ден. Ако се използва по-висока линия за определяне на абсолютната бедност - под \$2,15 PPP доходи на ден, делът на крайно бедните нараства между 2,3% (по оценки на НСИ†) и 7,9% (по оценки на Световната банка‡). Изпадането в абсолютна бедност, за чието определяне се използват по-строги критерии, води до по-голямо социално изключване на съответните лица.

Тези данни показват, че през следващите години българските институции трябва да се справят с предизвикателството да намалят бедността в страната като:

- приоритетно ограничат обхвата на бедността,
- намалят “ножицата” между прага на относителна бедност в България и другите европейски държави (особено новите страни – членки на ЕС).

2.1.2. Профил и основни ниши на бедността

Профилите на бедността представят разпространението на бедността сред различните групи от населението с използването на различни признаци като :

- социално-икономически и професионален статус на домакинството
- етническа принадлежност
- разпространението на бедността според размера и състава на домакинството
- профил на бедност по местоживеене и големина на населеното място
- разпространение на бедността според равнището на образование на главата на домакинството

Рискът за изпадане в бедност не е еднакъв за различните социално-икономически групи от населението. (Приложение 2) . В структурата на бедните домакинства по социално-икономически признак преобладават домакинствата на икономически неактивните и безработните. Бедността е

използва скала на еквивалентност, за да се отрази икономията от ресурси в резултат от съвместното съжителство на лица в едно домакинство. Това е частта от доходите, която се разходва за материални блага, еднакво необходими, неделими и полезни за всички членове на домакинството. Например разходите за покупката на дълготрайни предмети за потребление (телевизор), заплащането на отоплението и осветлението в дома и т. н. Използва се еквивалентната скала на ЕВРОСТАТ: 1 за първи член на домакинството; 0.5 за всеки следващ възрастен член; 0.3 за дете под 14 години. При равни други условия, превръщането на домакинствата в еквивалентни единици ги прави коректно сравними.

* - PPP \$ (purchasing power parity \$) – подход за сравнение на покупателната възможност на доходите в различни страни – изчислява се какво може да се купи с един такъв долар.

† . ”България 2003. Цели на хилядолетието за развитие”, ПРООН, С.2003, с.12.

‡ “България. Оценка на бедността - 2001”, Доклад №24516 на Световната банка, 2002, с.34.

силно разпространена сред дълготрайно безработните и сред някои групи от заетите, получаващи ниски доходи, като работещите в земеделието и в скритата икономика .

Високо е равнището на бедност и социална изолация сред ромското население, което се изразява в липса или ниски и несигурни доходи, лоши жилищни условия, ниско ниво на образование, лош здравен статус, дълготрайна безработица.

Най-силно е разпространена бедността сред многодетните домакинства. През 2001 г. по-малко от 7% от домакинствата без деца попадат под относителния праг на бедност, докато при домакинствата от двама родители с едно дете този дял е почти 12.4 %, а при тези от двама родители с три и повече деца е около 60 % (Приложение 4 и 5)

Жените са в по- голяма степен изложени на риск от обедняване, отколкото мъжете (Приложение 3). Рискът от изпадане в бедност зависи също от размера и състава на домакинството. Най-засегнати са едночленните домакинства, следвани от домакинствата с един родител и деца.

Основните ниши на бедност и социално изключване са както следва*:

- *Големите домакинства.* 60% от бедните домакинства са големи, т.е. имат по пет и повече члена. Равнището на бедност при тях е два пъти по-високо от средното за страната и четири пъти повече, отколкото е при малките домакинства, състоящи се от трима и по-малко души.
- *Жителите на селата.* Бедността през 2001 г. в голяма степен е концентрирана в селските райони. Две трети от бедните са селски домакинства.
- *Децата и особено децата в селата и в големите домакинства.* Въпреки, че децата на 10 години и под 10-годишна възраст са по-малко от 10% от населението, те съставляват почти 20% от бедните. С други думи, всеки пети беден човек в България е дете. Особено висока е бедността сред малките деца (между 0 и 5 годишна възраст) в селските райони, половината от които живеят в бедност и децата в големите домакинства (с три и повече деца).
- *Хората с ниско образование.* Над 80% от лицата без средно образование (които съставляват над 1/3 от населението) попадат в категорията на бедните. За бедните домакинства с ниско образователно равнище е още по-трудно да пращат децата си на училище. Образованието дава повече шансове за намиране на работа, за генериране на доходи и за социално включване. Висшето образование е една от най-добрите защити срещу бедността – равнищата на бедност сред хората с образование над средното са под 2%.
- *Етническите групи.* Българите съставляват около 40% от бедните страната, което означава, че другите етнически групи образуват останалите 60% от бедното население. Особено високо е равнището на

* Доклад №24516 на Световната банка, с.xii-xiii и с.40-49.

бедност сред ромите, които съставляват почти половината от бедните (46,5%), докато турци са 12,8%. В сравнение с българите, човек от ромски произход има десет пъти по-голяма вероятност да е беден. Ромският “вариант” на бедността включва лоши жилищни условия, ниско образователно равнище, лош здравен статус, като всичко това е допълнително влошено от социалното им изключване.

- *Безработните и работещите бедни.* Хората в домакинства с безработен глава представляват 15% от населението, но близо 40% от бедните. Бедността е най-голяма сред безработните в селата. Бедността е особено висока сред дълготрайно безработните и сред някои групи от работещите бедни, например тези в земеделието и в неформалната икономика. Безработицата (особено дългосрочната), както и неинституционализираната заетост са едни от основните фактори за обедняването и социалното изключване.
- *Основни източници на доход и бедност.* Бедността е най-ниска сред хората, разчитащи главно на някакъв сигурен източник на доходи – наемни работници, получаващи заплата, пенсионери. Бедността сред хората на възраст над 55 години се оценява като под средната за страната. Обратно, четири пъти по-вероятно да бъдат бедни са тези, за които социалното подпомагане е основен източник на доходи. Тези хора представляват над 40% от бедните, като особено висока е бедността сред членовете на големи домакинства, разчитащи на социалните помощи като основен източник на доходи (формиращ над 50% от доходите на домакинството). Очевидно е, че участието на такива хора в стопански и социални връзки е силно ограничено.

На тази основа може да се заключи, че основните причини, генериращи бедност са:

- липса на работа и на сигурен източник на доход, който да е свързан с (настояща или предишна) икономическа дейност;
- ниско образование;
- голям размер на домакинството и наличие на много деца в него; принадлежност към ромската етническа група;
- живеене на село.

2.1.3. Доходи и разходи на населението

През последната година доходната диференциация нараства, след като през периода 1995-2000 г. тенденцията бе към понижение. През 1995 г. коефициентът на Джини е 0,360, през 1997 г. – 0,341, през 2000 г. – 0,310, през 2001 г. – 0,317, а през 2002 г. – се приближава до равнището от 1997 година. Не толкова силно изразени са промените в съотношението между дохода на първите два най-бедни и последните два най-богати децила от

населението: през 1998 г. съотношението е 1:3,76; през 1999 г., то е 1:3,63; през 2000 г. 1:3,59; през 2001 г. – 1:3,64; и през 2002 г. :3,53*.

За промените в структурата на доходите и на разходите е характерно следното (Приложение 6):

- Работната заплата е най-значителният източник на доходи за населението. (Приложение 7). Провежданата от Правителството подоходна политика в бюджетния сектор обвързва нарастването на работните заплати с нарастването на производителността на труда в реалния сектор, което се очаква да се отрази благоприятно върху конкурентната способност на българската икономика, постигане на по-висок икономически растеж и съответно до нарастване на заплатите в реалния и бюджетния сектор.
- Доходите от предприемачество и собственост са ниски, т.е., населението продължава да разчита повече на доходите от наеман труд.
- Нараства дялът на доходите от домашно стопанство, което за много български домакинства е важен амортизатор на шоковете от свиването на заетостта, намаляването на доходите и растежа на цените. Подобна тенденция обаче е предпоставка за изкривяване на стопанските връзки, за икономическо и социално изключване на лицата, заети в домашното стопанство.
- Нискодоходната част от населението в по-голяма степен зависи от социални трансфери (36,6% през 2002 г.) и особено – от социални помощи (8%). Дялът на работната заплата при тях е под 30%, а доходите от домашно стопанство са с много по-малко значение (9,7%).
- Налице са положителни тенденции в структурата на разходите средно на лице в домакинството. Така например, постепенно намалява дялът на разходите за храна – от 54,3% през 1997 г. на 42,5% през 2002 година. Намалява и дялът на разходите за данъци – от 5,1% на 3%. Постепенно нараства дялът на разходите, свързани с образованието, свободното време и отдиха – съответно от 1,8% на 3,3%. Заедно с това дялът на разходите за храна остава все още сравнително висок. Увеличават се и разходите за жилища, вода, електроенергия и горива (най- вече поради увеличените цени на тока и водата) – от 8,8% на 13,6%. Промените в структурата на разходите имат ясно изразена сезонност като те се извършват предимно за сметка на разходите за храна.
- Разходите на най-нискодоходните 10% от домакинствата се реструктурират. При тях дялът на разходите за храна също намалява (от 68% през 1997 г. на 54,7% през 2002 г.), но все още остава сравнително висок. Намалява и процентът на разходите за облекло и обувки (от 4% на 2,6%). Тези “икономии” се пренасочват главно за покриване на нарасналите разходи за жилища, вода, електроенергия и

* - по данни на НСИ.

горива (от 9,3% на 12,8%), за здравеопазване (от 2,8% на 3,2%) и за домашно стопанство (от 1,3% на 3%).

Основни проблеми в областта на доходите на населението:

- реалните доходи са под равнищата си от началото на прехода (1990 година);
- неблагоприятна структура на доходите - нисък дял на доходите от предприемачество, от недвижимо имущество (земя, жилища и др.) и голям дял на доходите в натура от домашното стопанство.

2.1.4. Заетост на населението

Безработицата е един от най-важните фактори, пораждащи бедност. В “Съвместен доклад за социалната реинтеграция” на ЕС се отбелязва, че всички страни, членки на ЕС смятат насърчаването на заетостта за ключово средство както за предотвратяването, така и за намаляването на бедността и социалното изключване.* Нивото на бедност сред безработните лица е 32.5% през 2001 г., докато сред заетите е едва 6.6%.†

Равнището на безработица в България е значително по-високо както в сравнение със страните от евро-зоната, така и спрямо почти всички страни-кандидатки за членство в ЕС. (Приложение 8).

През периода 1999-2001 г. равнището на безработицата нарасна значително и бяха достигнати най-високите стойности от началото на прехода, като следствие от извършваните реформи.. положителните тенденции на развитие на икономиката и предлаганите активни програми и мерки на пазара на труда спомогнаха за бързото намаляване на безработицата в страната и през месец август 2003 г. равнището на регистрираната безработица по данни на Агенцията на заетостта достигна 12.98 % . подобна е и тенденцията в данните на НСИ, според които през второто тримесечие на 2003 г. броят на безработните лица е 457.3 души, а равнището на безработицата сред лицата над 16-годишна възраст е 13.7% - също най-ниско за последните три години ‡

Основните групи безработни лица, към които е насочена активната политика на МТСП са продължително безработните лица, младежите до 29-годишна възраст, безработните лица над 50-годишна възраст, безработните лица с намалена работоспособност, безработните лица с ниска степен на образование, без специалност и професия, както и безработните жени. Един от най-големите проблеми на трудовия пазар е високият дял на дълготрайно безработните в общия брой безработни лица.

Дълготрайната безработица обезсърчава лицата, останали за дълъг период от време без работа и намалява цялостната икономическа активност на населението. Това води до намаляване на ефективността на използване на потенциалния трудов ресурс. По данни на НСИ коефициентът на икономическа активност се задържа около и под 50 % от работната сила .

* - вж. Draft Joint Report on Social Inclusion, p. 26.

† - По данни на НСИ –Стратегия за борба с бедността и социалната изолация,2003

‡ МС- Стратегия за борба с бедността и социалната изолация

Дълготрайната безработица се поражда от ниското търсене на труд в много райони на страната, от ниската квалификация и загубата на трудови навици на дълготрайно безработните лица*. Активната намеса на правителството има решаващо значение за подобряване на техния потенциал не само в дългосрочна, но и в краткосрочна перспектива, защото единствено с намесата на социалните институции (чрез специализираните програми за заетост) може да се гарантира реалното включване на тези лица в пазара на труда.

През последните 2-3 години значително нараства и делът на безработните лица над 50 годишна възраст. Към края на 2002 г. те формират 21% от общия брой на безработните, регистрирани в бюрата по труда. За тях има значение ограничаването на безработицата в непосредствена перспектива. От стратегическа гледна точка и предвид намаляването на работната сила през следващите години, удължаването на трудовия живот се превръща в приоритет на политиката по заетостта, който съвпада с една от целите на пенсионната реформа.

2.1.5. Образование

Образованието е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация чрез предоставяне на възможност за равен достъп до предучилищна подготовка и основно образование за всички хора в страната без оглед на етническа принадлежност, местоживееене, здравословно състояние или възраст .

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

По демографски причини, тенденцията е към намаляване на децата в детските градини и спадане на посещаемостта в зависимост от потребителските възможности. Децата от турска и от ромска етническа група посещават по-слабо предучилищните институции. От 2003 учебна година към детските градини и/или училищата се създават подготвителни предучилищни групи, с които се цели постигане на равен старт на децата в училище. Тези групи са особено важни за децата с небългарски майчин език. За тях е въведено специалното изучаване на български език, което да им даде възможност за изравняване в социален и езиков план и да им помогне да преодолеят бариерата на езика. Финансирането на подготвителните групи се поема от бюджета като родителите не заплащат такси за обучение.

* - Преобладаващата група от регистрираните безработни са лица без квалификация или с основно и по-ниско образование (приблизително 55%). Около 60% от общия брой регистрирани безработни не притежават специалност или квалификация.

По данни на НСИ за 2002 г., нетният коефициент на записване в началното образование е 96.4 % като в сравнение с 1990 г. се е повишил с над десет процентни пункта Нетният коефициент на завършване* на началното обаче е 93.3%, което означава, че 8.9 % от потенциалните ученици не завършват начално образование. 16 % от децата остават без завършено основно образование†. Само през първия срок на 2003 г. са отпаднали над 2000 деца от 1 до 12 клас.‡

В сравнение с предишни години все по-малко деца в селата завършват средно образование. При средното образование разликата в достъпа до образование на градските и селските деца става все по-отчетлива. Живеещите в селски райони деца получават три години по-малко образование в сравнение с тези, живеещи в града.

Високото равнище на бедност се свързва с по-ниско образование. У нас равнището на бедност е 2.4 пъти по-високо сред хората с основно и по-ниско образование, в сравнение с тези със средно образование (26.4 % към 10.9 %)§. Посещаемостта също е свързана с доходите.

Посещаемостта на училище е свързана с отдалечеността на училището от населеното място на детето. Колкото по-отдалечени в географски смисъл са училищата (вероятността от отдалеченост нараства с увеличение на етапа на образование), толкова по-вероятно е непосещаването и отпадането на учениците от училище. Въпросът става още по-остър ако възрастта на детето е по-ниска и родителите се чувстват притеснени от всекидневните пътувания на децата в други населени места.

От 2002 г. са безплатни транспортът на учениците до 16-годишна възраст в населено място, където няма съответно училище както и интернатното обучение в средишно училище в най-близкото населено място на територията на общината. Проблемите, обаче, остават за планинските и гранични райони и малките населени места, където инфраструктурата е слабо развита и с лошо качество, а през зимата не може да се осигури транспорт.

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

Учебниците и учебните пособия са сред нерегламентираните разходи за образование. С изключение на първи клас, и предучилищните групи, останалите ученици сами закупуват учебници и учебни помагала. Тези разходи само за основното образование представляват около 6 % от

* - Нетният коефициент на завършване е отношението на броя на завършилите към броя на записалите се в началото на образователната степен.

† - вж. "Цели на хилядолетието за развитие", ПРООН, 2003, с.19.

‡ - МСИ – Стратегия за борба с бедността и социалната изолация, 2003

§ - Доклад № 24516 на Световната банка, с. 31, с.75.

средномесечните разходи на домакинствата (5.7% на не-бедните и 6.1% на бедните)*. С преминаване в по-висок клас, количеството на учебниците расте, а оттам и необходимата сума за закупуването им. По-малко от половината бедни домакинства са в състояние да отделят средства за учебници и учебни помагала. Очаква се, че политика на подпомагане чрез талони за безплатни учебници ще повиши броя на бедните ученици в основните училища.

Основни проблеми в образованието, свързани с проблемите на бедността и социалната изолация са:

- напускане или отпадане от училище преди нормативните възрастови граници за задължително образование;
- затруднен достъп до задължително образование на децата от бедни семейства, на децата от малки села и от ромската етническа група;
- закриване на училищата в малките селища;

2.1.6. Здравеопазване

Бедността е фактор с многопосочно въздействие върху здравето в неговите биологични, психични и социални измерения. Съществено значение за здравето имат: социално-икономически рискови фактори (хроничната безработица, намаляването на доходите, влошената структура на разходите, влошената структура на потреблението), начинът на живот (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, с наркотични вещества, рисково сексуално поведение, нерационално и небалансирано хранене психосоциалният стрес и др.), рисковите фактори в околната среда, генетични рискови фактори, както и вторични рискови, представени от нарушения в здравето, които повишават вероятността от настъпване на други заболявания.

Бедността повишава индивидуалните и екологични рискове за здраве; създава заплаха за недостатъчно и нерационално хранене; ограничава достъпа до информация и знания; намалява възможностите за получаване на своевременна, адекватна и качествена медицинска помощ.

Повишеното ниво на детската и майчината смъртност, разпространението на туберкулозата, ниската продължителност на живота, повишеното ниво на някои болести, предавани по полов път и др., са все показатели за влошеното здраве на една нация, но са и резултат от изолацията на определени групи от населението.

Влошената демографска картина се отразява на очакваната средна продължителност на живота, която се смята за един от синтетичните показатели за здравето на популацията.[†]

* - Доклад № 24516 на Световната банка, с. 157.

† Източник: НСИ – Жените и мъжете в Република България, 2002

България е първата страна от Централна и Източна Европа, в която от 1993 г. на базата на данни от проведени здравни интервюта през 1993, 1994 и 1996 г. в един регион на страната /Свищов/ са изчислени интегрални показатели за очакваната продължителност на живота в добро здраве по метода на Sullivan.*

Резултатите показват, че мъжете във всички възрасти имат по-ниска средна продължителност на живота от тази на жените. Данните ярко контрастират с резултатите за очакваната продължителност на живота в дееспособност- във всички възрасти жените имат по-ниска продължителност на живота в дееспособност, отколкото мъжете. Например, мъжете на 60-годишна възраст могат да очакват да живеят още средно 16 години, от които 8 години ще бъдат прекарани в добро здраве по отношение на физическата дееспособност. Жените на тази възраст имат средна продължителност на живота 19,3 години, от които 7,3 години могат да бъдат прекарани в добро здраве.

Разликите между двата пола се очертават по-ясно при анализиране на пропорцията здрав живот от общата средна продължителност на живота. За всички възрастови групи относителният дял на живота, прекаран във физическа дееспособност, е значително по-нисък за жените, отколкото за мъжете. Жените могат да очакват да живеят по-дълго, но по-голямата част от техния живот е във физическа недееспособност. Както при мъжете, така и при жените, относителният дял на очаквания живот във физическа дееспособност намалява с възрастта.

Броят на годините в социална недостатъчност /измерена по 3 характеристики - прикован към дома, към стола и към леглото/ и при двата пола е съществено по-малък от този във физическа недееспособност. Затова и продължителността на живота, освободен от социална недостатъчност, е много по-голяма от тази във физическа дееспособност.

Резултатите, базирани на самооценката на индивидите за общото им здравно състояние, показват, че годините, които хората могат да очакват да бъдат в добро здраве, и годините, които ще са във физическа дееспособност, са сравнително подобни за двата пола, независимо че под 70-годишна възраст хората показват по-малък оптимизъм по отношение на очакванията си да са в добро здраве в сравнение със състоянието във физическа дееспособност. Това е косвено доказателство, че физическите ограничения оказват голямо влияние върху самооценката за общото здраве.

Детска смъртност. Промените в детската смъртност[†] са едни от най-чувствителните показатели за икономическото и културно развитие на обществото, тъй като бедността и социалната изолация влияят пряко върху достъпа до здравни грижи. Най-ниските стойности на показателя са регистрирани през 2000 г. (13,3%), като през годините след отбелязаният

* Източник : М.Мутафова, Хр.Малешков. Очаквана продължителност на живота в добро здраве. Heron press, С., 2001, 138.

† Източник: Цели на хилядолетието за развитие на България, 2003

скок в нивото през кризисната 1997 г. (17,5‰) тя се задържа почти на едно и също ниво. (14,4‰), но като цяло показателите са с много високи стойности (за страните от Централна и Източна Европа-10,7 ‰). Смъртността сред децата на възраст от 0 до 5 години е с много високо ниво, като превишава над два пъти средните стойности за страните от ЕС (15,8 ‰ в България и 6,4‰ за ЕС за 2000 г.) .

Нивото на детската смъртност е различно за различните групи от населението. През 2001 г. починалите селски деца (18,2 ‰) на възраст до 1 година са с около 6 повече от градските деца (12,9‰) . Наблюдават се и сериозни различия по области, като най-високи показатели са регистрирани в Сливен (29,6‰), Монтана (23,2 ‰), Разград (22,0‰) и Добрич (21,5 ‰) . Тези области са с по-висока концентрация на етническо население като цяло и се нареждат в долната част на класацията според Индекса на човешкото развитие. Едно дете има три пъти по-голям шанс да оживее, ако е родено в София-град, където детската смъртност се доближава до европейските нива (7,6‰) . *

Детската смъртност в голяма степен отразява степента на изолация на определени групи от населението от цялостната социално-здравна система и като цяло се дължи на ограничен достъп до квалифицирани грижи за бременните и децата в селските райони и в населените места с концентрация на етническо население, недобро ниво на грижите за бременните жени с рискови заболявания и тези в неравностойно положение, ниско ниво на качеството на акушерските грижи в определени случаи.

Динамиката на *майчината смъртност* (на жени във фертилна възраст 15- 49 години) през последните 10 години е доста неустойчива, което може да характеризира този показател като сравнително динамично явление. Както и при показателя за детската смъртност майчината смъртност и със значително по-високи стойности в селата в сравнение с градовете 25,5 случая (на 100 000 живородени) в селата срещу 16,5 случая в градовете. Майчината смъртност е около 4 пъти по-висока в сравнение с тази в страните от ЕС – 5,1 за 2000 г.

Основната причина за високите стойности на показателя е ниското ниво на грижите за бременните и недостатъчно квалифицираната помощ при раждане за определени групи жени (въпреки, че относителният дял на ражданията, асистирани от квалифициран персонал е сравнително висок - 98,9% през 2000 г. се отбелязва и тенденция за увеличаване на ражданията по домовете, особено сред майките с ромска идентичност). Това се дължи на пропуски в системата - нарушено е ранното обхващане на бременните под наблюдение; недостатъчни са профилактичните мерки за предотвратяване на усложненията по време на раждане, особено в селските райони и районите с ограничен достъп до здравни услуги.

Туберкулоза. Като особено рискови групи по отношение на туберкулозата се очертават ромите и лишените от свобода.

* Източник: ПРООН, Цели на хилядолетието за развитие на България, 2003

Разпространението на туберкулозата в селата и градовете като цяло е равномерно. Мултирезистентната форма на туберкулоза е сериозен епидемиологичен и финансов проблем. Нейното лечение е много по-трудно и около 1000 пъти по-скъпо от лечението на останалите болни. Тези форми на туберкулозата нарастват поради преждевременно спиране на лечението и неправилна терапия. Основните причини за това състояние са недостатъци в ранната диагноза и лечението на болните, както и редица специфични проблеми, като нарастване на рецидивите и болните, които са прекъснали лечението, недостатъчно ниво на качеството в бактериологичните лаборатории, недостатъци в проследяването на всички болни до края на лечението им.

ХИВ/ СПИН. България е все още страна с ниско разпространение на ХИВ/ СПИН. Рисковото сексуално поведение, високото ниво на разпространение на полово предаваните болести, рисковата венозна употреба на наркотици чрез използване на общи спринцовки и игли са основните причини за бързото нарастване на броя на заразените и болните. Макар и косвен имат принос за разпространение на инфекцията и такива фактори като бедност, проституция, употреба на алкохол, ниска здравна и обща култура, високата вътрешна и външна мобилност, както и недостатъчната ефективност на институциите и политиките по отношение на ХИВ / СПИН. Най-уязвимите групи по отношение на ХИВ / СПИН и полово предаваните болести са подрастващи и млади хора, ромите, интравенозните наркомани, проституиращи жени и мъже, мъже, които правят секс с мъже. Подобни са и уязвимите групи за сифилис.

Разпространението на *сифилис* и опасността от увеличаване на разпространението на ХИВ / СПИН се дължи в голяма степен на недостатъчно добре представените промотивни действия сред младите хора и уязвимите групи, недостатъчното ниво на сексуалното образование в училищните програми. С Решение на МС № 58 от 09.02.2001 г. са приети Национална стратегия и Национална програма за профилактика и контрол на СПИН и полово предаваните болести.

Здравео на ромите. По официални данни* заболеваемостта, болестността, смъртността и инвалидизацията са от три до пет пъти по-високи сред ромските пациенти. Средната продължителност на техния живот е 51 години. Ниската здравна и обща култура прави комуникацията със здравните служби изключително трудна и емоционално изтощителна.

Като цяло може да се отбележи, че ромското население страда от тежка несигурност и бедност. Бедността, ограничените доходи, социалното изключване, лошото хранене и битовите условия без основни санитарни изисквания влияят негативно върху здравния статус на ромите. † От всички групи на населението ромите в най-голям процент / до 40 % / заявяват, че не

* И. Търнев и др. Здравните проблеми на ромите-същност, следствия и пътища за тяхното преодоляване. ФОБ, София, 2002.

† Източник : ПРООН България Обща оценка за страната 2000

посещават болници, 1/3 посочват, че не посещават поликлиники, 55 % - че не посещават стоматолог. Лечебните заведения остават труднодостъпни за ромското население поради отдалечеността им и липсата на участие в регулиращите структури.

Характерно за ромите е, че 40% от тях те се женят преди да навършат 16 години, а 80 % преди да навършат 18 .

Ромите боледуват от два типа болести: болести, които се срещат и сред другите етнически общности в България, но сред ромите са с много по-кризисни проявления, от 3 до 5 пъти по-често срещани се и в с по-тежка форма. Социално -значими за самата ромска популация са някои психични заболявания, епилепсията, диабета. Това са заболявания, свързани с честите бракове сред роднини, при което се създават генетични проблеми. На едно от първите места е туберкулозата, тежките форми на хипертонията, диабета. Ехинококозата също е много разпространена, има цели улици в ромските квартали, където се срещат боледувачи от органна локализация на ехинококозата.

Реформата в здравеопазването поставя редица проблеми пред бедните и уязвими групи от населението, които срещат сериозни финансови и организационно-административни бариери при ползването на здравни услуги - превантивни и профилактични мероприятия, диагностика, лечение и рехабилитация. Поради тези причини достъпът на бедните до здравни услуги е ограничен.

Основните финансови проблеми, които ограничават достъпа на бедните и уязвими групи до здравни услуги могат да бъдат сведени до проблеми свързани със:

- *Здравното осигуряване.* Вноската за здравно осигуряване е в размер на 6 % от доходите и до 2004 г. се разпределя между работника и работодателя в съотношение 25:75. Много от бедните обаче, и по-специално ромите*, имат проблеми с плащането на здравно-осигурителните си вноски, защото или не разбират необходимостта от тях, или не са наясно с процедурите за осигуряване.

Сериозен проблем е, че на практика здравното осигуряване няма всеобщ характер. Извън кръга на лицата, осигурявани за сметка на държавния бюджет са дълготрайно безработните, нямащи право на социална помощ. По последни данни на НОИ около 200 000 души са нередовни, по различни причини, по отношение на здравните осигуровки и това създава сериозен проблем за достъпа им до здравни услуги. Извършваните промени в ЗЗО до известна степен могат да решат този проблем за лица, които имат доходи, за да си платят здравната вноска, но голяма част от лицата без здравна осигуровка в момента могат да ползват само спешна помощ. Създаването на специален фонд, който да плаща здравните осигуровки на бедните, в т.ч. и на дълготрайно

* - Източник: "Извън капана на независимостта". ПРООН, Регионален доклад за човешко развитие, с. 75, 2002 г.

безработните, които отговарят на съответните критерии за социално слаби, ще осигури съответния достъп до здравната система.

- *Допълнителни плащания от собствени средства.* Наличието на потребителска такса за посещение при общопрактикуващ лекар и стоматолог, отделно за посещение при специалист, за провеждане на изследвания, както и за стационарно лечение (в извънболничната и болничната помощ) е друга пречка за достъп до системата. Въпреки, че таксата е относително малка и от нея са освободени някои групи лица (деца, бременни жени, болни от определени заболявания и др.), за бедните тя представлява висока финансова бариера - особено, когато лечението изисква сложна диагностика и е свързано с многократни посещения при лекар.
- *Допълнителни плащания в извънболничната помощ.* Тези плащания се налагат поради наличието на “лимита” за посещение при специалист и за провеждане на изследвания. Поради строго определения ресурс на Националния рамков договор, бедните болни, които не са в състояние да заплащат сами тази услуга отлагат прегледа и с това забавят лечението си или ако платят, сериозно натоварват ограничения си бюджет.
- *Допълнителни плащания при провеждане на стационарно лечение.* Финансовите трудности на болниците принуждават пациентите да доплащат за лечението си като осигуряват консумативи, лекарства, и доплащат за храна. Това допълнително ограничава възможностите за лечение на бедни хора.
- *Стойността на медикаментите.* За много от бедните цените на лекарствените средства са непосилно високи, въпреки тяхното частично или пълно заплащане от Националната здравна осигурителна каса. Това води до замяна на скъпи лекарства с евтини или до отказ от лечение.
- *Недобрата инфраструктура.* Недобрата инфраструктура и нарушената транспортна мрежа поставят пациентите от градски и селски региони в различно положение. Селското население, особено жителите на планински и гранични райони на страната, има затруднен пространствен достъп до квалифицирана и специализирана помощ. Разходите за транспорт допълнително оскъпяват и ограничават ползването на здравни услуги.

Главните *организационно-административни* проблеми, които ограничават достъпа на бедните и уязвими групи до здравни услуги могат да бъдат сведени до:

- *Недостатъчна информация.* От една страна, информацията за видовете лечебни заведения и за медицинските услуги не е напълно достъпна за бедните като език и форма. От друга страна, социалната изолация на бедните, културните особености на отделните етноси и

затруднената комуникация ограничават ползването на здравни услуги, дори когато те се предлагат свободно и безплатно.

- *Бюрократично-усложнен процес на експертиза на временната и трайната неработоспособност.* Съществуват големи трудности за бедните факта, че са необходими редица изследвания, които не се заплащат от НЗОК, и заради дългия срок (до една година) на изчакване на решението.
- *Несъобразения с нуждите на бедните начин за предоставяне на здравните услуги.* Детската и майчината смъртност най-често са предизвикани от ограничения достъп до квалифицирани грижи на бременните и децата в селските райони и в населените места с концентрация на ромско население. Недостатъчно и неефективно е нагледното обучение, на което се разчита да ограничи разпространението на сифилиса и ХИВ / СПИН сред младите хора и уязвимите групи*.

Анализът на специфичните аспекти на бедността и влошеното здраве показва, че :

- Много често (поради посочените по-горе причини) при заболяване бедните не могат да ползват здравни услуги, от които се нуждаят, поради което тяхното заболяване става по-сериозно (по-тежко) или хронично и по този начин влияе на качеството им на живот;
- Те започват да търсят средства, вземат заеми, влизат в дългове, продават имуществото си или предприемат други действия за заплащане на потребителска такса, за закупуване на медикаменти, както и да покрият непредвидени разходи, необходими за ползване на услугите, а понякога и за двете, които ги правят както още по-бедни, така и по-уязвими за бедността.
- Разкъсването на този “порочен кръг “може да се осъществи като се имат предвид определените основни проблеми в здравеопазването, свързани с бедността и здравето

Основни проблеми в здравеопазването, свързани с бедността :

- влошено здраве на бедните:
 - високи нива на детска и майчина смъртност;
 - високо ниво на заболяемост от туберкулоза и сифилис;
 - риск от бързо нарастване на ХИВ / СПИН разпространение;
 - ниско ниво на здравни знания на ромите.
- ограничен достъп на бедните до здравни услуги:
 - високи финансови бариери;
 - затруднен пространствен достъп до здравните звена и услуги - териториални диспропорции в разположението на здравните

* Източник: Цели на хилядолетието за развитие на България, с 31, 2003 г.

заведения, лоша пътна инфраструктура, недостатъчно специализирани транспортни средства;

Във връзка с това са набелязани и основните приоритети и стратегически цели, включени в Стратегията за борба с бедността и социалната изолация.

2.2. Начин на живот и здраве

2.2.1. Нездравословно хранене

Храненето е фактор, които влияе силно на здравето на човека. Когато е нездравословно, то води до редица болести: на органите на кръвообращението, някои видове рак, диабет, болести на храносмилателната система, а също и болести свързани с недохранването. Заедно с тютюнопушенето храненето се асоциира с около 70% от тежката хронична патология.

Проучванията у нас през последните десетилетия установиха, че хранителния модел на населението не е здравословен: консумацията на мазнини от растителен и животински произход е висока (35-40% от общия енергиен прием); недостатъчна е тя за пресни плодове и зеленчуци през зимата и пролетта; ниска е за мляко и млечни продукти; три пъти по-ниска от препоръчаната е за рибата; три пъти по-висока е за солта; нисък е средният дневен прием на витамини и минерали с храната.

Социалноикономическите промени през периода 1989-2002 г. повлияха на среднодневната консумация на основните хранителни продукти: потреблението на месо намаля от 100 гр. на 62 гр.; на месни продукти от 78 гр. на 30 гр.; консумацията на захар и захарни изделия намаля с 45%; на пряко мляко с 49%; на млечни продукти с 12%; на кисело мляко с 61%; на алкохол с 52%, на добавени мазнини с 19% и др. Увеличи се консумацията на боб и леща с 30%, а на плодове и зеленчуци с 2%. Има тенденция за ранна консумация на алкохол при децата (7-9 г.). Данните показват също, че 40-60% от населението приема по-малко от 2/3 от дневните потребности за минерали и витамини с храната. Пълноценното кърмене на новородените е също проблем - едва 30% от тях се кърмят до 6-тия месец.

Сравнението на някои показатели, очертаващи модела на хранене у нас с този в редица европейски страни (Гърция, Италия, Испания, Португалия, Франция, Белгия, Англия, Ирландия и Норвегия), показва следното: по-ниска консумация на добавени мазнини от тази в средиземноморските страни; доминиране на олиото сред използваните мазнини; последно място на България по консумация на месо и месни продукти; нисък дял на птичето месо в структурата на консумацията; трето място по консумация на зеленчуци и плодове след Гърция и Италия; най-ниска консумация на мляко в България; много по-ниска консумация на риба в сравнение с тези страни.

Съществуващият дисбаланс в храненето на населението създава възможности за:

- възникване на състояния на хранителен недоимък сред някои групи население: деца, стари хора, бременни, безработни;
- чрезмерно увеличаване на лицата с наднормено тегло и затлъстяване – фактори, на които са носители повече от половината българи при това още от младата възраст;
- утежняване на комбинациите от основни фактори на риска за редица болести, сред които храненето е един от тях.

Рисковете за здравето от биологични, химически и радиоактивни замърсители на храните поради либерализацията на производството, свободния внос на храни със съмнителни качества, липса на достатъчно строги норми за контрол и закони в тази насока, заниженият санитарен контрол на храните и липса на системи за мониторинг на храните и замърсителите нарастнаха.

Устойчивото снабдяване на населението с достатъчно разнообразни и здравословни храни, достъпни до всеки е важен фактор за здраве.

Счита се, че промените в законодателството през последните години не стимулират производителите на храни за производство на продукти, укрепващи здравето. От друга страна не може и да се твърди, че наличните здравословни продукти са достъпни до широката част от населението. Всичко това е свързано и с липсата на национална политика за храненето и храните.

През последните години МЗ реализира редица дейности в насока по-добро храненене на населението, безопасност и качество на храните: приет е закон за храните, публикувани са директивите на ЕС за безопасността на храните, създаден е Национален съвет по безопасност на храните, въведена е система за мониторинг на остатъците от ветеринарномедицински продукти и замърсителите от ОС с животинските продукти, мониторира се замърсителите в храните от неживотински произход и добавките, стартира радиационния мониторинг на храните, в ход е създаването на информационна система и регистър на хранителните продукти, актуализирани са физиологичните норми за хранене на населението, извършва се по-широка здравнообразователна дейност за населението в рамките на някои профилактични програми: за йоддефицитните състояния, програма СИНДИ, приети са мерки за подобряване храненето на учениците, стартираха дейности в подкрепа на кърменето на бебетата с подкрепата на УНИЦЕФ и СЗО. Извършеното е полезно и важно, но не може да допринесе достатъчно за подобряване на храненето без наличието на национална политика.

В заключение може да се каже, че храненето на населението на страната остава дисбалансирано и е голям фактор на риска за здравето, наред с други поведенчески и биологични фактори. Усилията до сега да бъде коригирано не дават очаквания резултат. Важно е по-скоро разработваният Национален план за действие за храните и храненето, който има за цел да

утвърди здравето и намали честотата на главните, свързани с храненето заболявания да стане факт. Изключително важно е планът да включва не само дейности на здравната система, по важно е да отразява задълженията и отговорностите на държавните сектори, имащи отношение към производството и търговията с храни, на частния сектор, на работодателите, на неправителствени организации и другите партньори за по-добро здраве на населението.

2.2.2. Ниска физическа активност

Физически активният начин на живот е източник на добро здраве и предотвратява възникването на фактори на риска за него.

Ниската физическа активност от друга страна се асоциира с редица болестни състояния на организма: в детската възраст тя забавя нормалното физическо и психическо развитие, води до появата на затлъстяване и други състояния; в средната възраст и нагоре – съдейства за възникване на редица хронични болести: сърдечносъдови, рак, диабет тип 2 и други; увеличава разходите в здравеопазването. Установено е, че намаляването на хиподинамията на ниво популация може да намали посочените заболявания (WHO, HFA, 2004).

Ниската физическа активност в България е широко разпространен фактор, установен през 80-те години при редица изследвания сред деца, младежи и работещи. Проучвания на НСИ през периода 1996 – 2001 г. показват, че относителният дял нараства. При критерии за средно физическо натоварване – поне 4 часа седмично (бягане или други спортове) и високо натоварване (отн. дял на активните спортисти и трениращи поне 2 ч. седмично) се намира, че дялът на лицата с висока и средна физическа активност в страната намалява от 64.4% през 1996 г. на 59.9% през 2001 г. При мъжете намалението е по-силно в сравнение с жените (5.8% срещу 3.9%). Най-голямо е намалението на физическата активност сред младежите на възраст 15-24 г. - 9.1% и малко по-малко сред децата на възраст 7-14 г. - 5.4%. Физическата активност сред населението в селата е по-висока в сравнение с тази в градовете (67% срещу 57.3%), разликата е свързана с характера на селскостопанския труд.

Близки до посочените са и данните за нивото на физическа активност сред населението на възраст 25-64 г. в зоните на програма СИНДИ-България, при изследване на 12700 мъже и жени през последните години. Почти всеки втори мъж е с ниска, а всеки трети със средна физическа активност по време на работа, ниска е и средна физическа активност и през свободното време. При жените ниската и средна физическа активност се срещат по-често в сравнение с мъжете, както по време на работа, така и през свободното време.

Комбинацията на ниска физическа активност с повишено кръвно налягане, повишен холестерол, повишено телесно тегло е високостепенна. Това натрупване на фактори на риска увеличава опасността за здравето.

Активността на здравната система за повишаване на физическа активност на населението е ниска. Няма активност и от страна на държавните структури, работодателите в частния сектор и др. за по-активен двигателен режим, вкл. чрез създаване на среда, съдействаща в тази насока.

За да бъде повишена физическата активност на населението е необходимо да се разработи и реализира съответна политика с участието на икономиката, образованието, финансите, околната среда и др. Това ще позволи провеждане на популационно базирани, нормативно подкрепени действия в различни структури от държавния, частния сектор и с NGO, съобразяване на дейностите с културата на хората, с възрастта, начина им на живот в ежедневието, използване на различни мероприятия за масово участие.

2.2.3. Тютюнопушене

Тютюнопушенето е един от главните фактори на риска с достатъчно неопровержими доказателства за тежки увреждания на здравето. Изследователите отбелязват, че 50% от редовните пушачи завършват живота си поради болести асоциирани с тютюнопушенето, като при половината от тях умирацията настъпват в средната възраст. Тютюнопушенето се свързва с 24% от смъртността на мъжете и 7% на жените в развитите страни. Рискът за БОК е особено висок при лица започнали да пушат преди 15 годишна възраст. Пасивното дишане на тютюнев дим също повишава опасността от рак на белия дроб, ИБС и др. болести.

Консумацията на тютюневи изделия у нас нараства. Продължава да расте и честотата на тютюнопушенето. По данни на НСИ само за последните 5 г. относителният дял на пушачите сред населението над 15 г. се е увеличил от 35.6% (1996 г.) на 40.5% (2001 г.) и то предимно за сметка на редовно пушещите – от 27.8% на 32.7%. По-силно нараства тютюнопушенето сред жените – от 16.3% през 1996 г. на 22.8% през 2001 г.

Рязко нарастна тютюнопушенето в детскоюношеската възраст (13-16 г.). През 2002 г. пушат 42.7% от момчетата и 31.3% от момчетата, сред тях доминират редовните пушачи (съответно 18.8% и 16.3%). Редовни пушачи са 9% от децата на 13 г., 10.5% от тези на 14 г.; 20.7% от 15 годишните и 32.6% от 16 годишните. Долната граница на пропушване е под 13 години. На пасивно пушене са изложени 68.5% от децата. Може да се предположи, че в страната има около 3 милиона пушачи.

С високата честота и на тютюнопушенето у нас следва да се да се обясни донякъде нивото на смъртност на мъжете и жените от най-честите болести свързани с него. По оценка на експерти на МЗ, относителният дял на умирацията на мъжете у нас през 2000 г., свързан с тютюнопушенето е 17%, а при жените 1% (12 пъти по-малък). Във възрастта 35 – 69 г. обаче, този дял е 31%, за мъжете и 2% за жените, очаква се в следващите години да нараства. Тютюнопушенето е във високо-степенни съчетания с повишеното

телестно тегло, повишеният холестерол, хипертонията и др., което утежнява рисковете за здравето.

Съществуващата ситуация е свързана с начина на живот на българина и отношението му към здравето и законите. Има склонност у младите за подражание на фона на силен социален натиск, без умения за справяне с този натиск, агресивната непряка реклама също съдейства в тази насока, лош пример дават родителите и учителите, специалистите на всички нива в системата на управлението на страната, средата е наситена постоянно с тютюнев дим, има свободен достъп до цигарите по всяко време на денонощието, независимо от възрастта. Факт е също, че има склонност да се подценяват последиците от тютюнопушенето, слабо звучи информацията в тази насока, неустойчива е по интензитет и във времето в съчетание със съпротивата за ограничаване на „малките удоволствия?“. Цената за всичко това обаче е голяма. Огромните загуби, свързани с лечението на болестите, причинени от тютюна се понасят от институциите без притеснение. Твърде демонстративно държавата се грижи за производството на тютюн на фона на тенденциите в смъртността от ракови, сърдечносъдови и други болести и липсата на средства за лечение на последиците от тютюнопушенето.

ОПЛ не развиват почти никаква дейност в тази насока, не са подготвени, нямат ръководства за целта, нямат здравнообразователни материали, не проследяват тютюнопушенето като фактор на риска, а и повечето от тях са пушачи.

Съществуващата ситуация налага активиране на дейностите по *Националната програма*, вкл. предоставяне на средства за нея, развитие на локални политики за контрол на тютюнопушенето, включително: непрекъснато повишаване данъците и цените на тютюневите изделия, ограничаване на предлагането, строги мерки за осигуряване на свободна от тютюнев дим среда, строги санкции за нарушителите на закона на всички нива в държавата, спиране субсидиите за тютюневото производство и реструктуриране на отрасъла, намаляване на смолите в сега съществуващото производство, разгръщане на широка образователна дейност по проблемите на тютюна от структурите на здравната система, като за това се изгради капацитет у специалистите.

2.2.4. Злоупотреба с алкохол

Консумацията на алкохол варира от малки количества, употребявани рядко, до ежедневна употреба в големи количества. Чувствителността на отделните лица към алкохола е различна, увреждания могат да възникнат при малки дози и да ги няма при големи. Експерти на СЗО смятат, че *допустимата консумация* на алкохол за мъжете седмично е до 280 мл. АА,^{*}

^{*}10 мл. АА се равняват на : 25 мл. концентрат; 100 мл. вино; 300 мл. бира

а за жените до 140 мл. АА, а за високо *рискова* над 350 мл. АА за мъжете и над 210 мл. АА за жените.

Злоупотребата с алкохол води до соматични, психихологични и социални последици. Потвърдена е връзката на алкохола с цирозата на черния дроб, рака на устната кухина, фаринкса, ларинкса, хранопровода; има доказателства за връзка с рака на стомаха, дебелото черво, гърдата; по-голям е рискът за инсулт, хипертония, кардиомиопатия; може да се увреди половата функция, нервната система и др. Големи са проблемите свързани с работното място и производителността на труда, семейството, насилието, самоубийствата, престъпленията, медицинските грижи и разходи за злоупотребяващите и др.

През последните години се натрупват доказателства за намаляване на заболяемостта и смъртността от ИБС при редовните консуматори на алкохол. Счита се, че в малки дози алкохолът повишава нивото на антиатерогенния холестерол - HDL, предотвратява тромбозите, има антиоксидантен и антистресов ефект.

Алкохолната консумация в България е широко разпространена. Данните на НСИ показват, че делът на употребяващите алкохол на възраст над 15 г. е нарастнал през периода 1986-2001 г. за мъжете от 76.3% на 81.4% (не е по- висок в сравнение с 1996г.), а при жените от 33.6% на 67.8%. Консумацията е подчертано по-голяма във възрастта 15-24 г. при двата пола: от 52.% през 1996 г. на 70.1% през 2001.г. при минимална разлика между половете. Може да се отбележи намаляване на относителния дял на лицата, консумиращи над 50 мл. АА дневно при двата пола. Експерти оценяват, че в страната има около 300 000 души злоупотребяващи с алкохола.

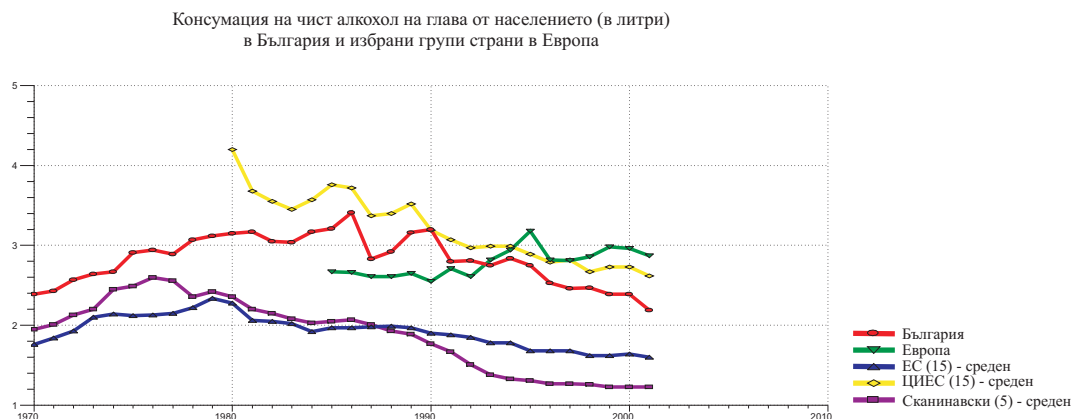
Намалява възрастовата граница на начална употреба на алкохол -12.5 г.. Една от причините за това явление при младите е свободният достъп до алкохола. Увеличава се рисковото пиене – по честота и количеството изпит алкохол. Изследване установи, че през 2003 г. между 15000 и 25000 ученици от 9-12 клас показват ясни симптоми на рискова употреба на алкохол.

Причините за широката употреба и злоупотребата с алкохол са близки до тези свързани с тютюнопушето. Агресивната денонощна реклама чрез държавните медии, достъпността до алкохола навсякъде и цените му съдействат в тази насока. Огромен проблем е неговото качество, над което контролът вероятно е хлабав, защото има интоксикации. Медиите и бизнеса печелят от алкохол, а обществото плаща с живот, с огромни разходи за лечение, инвалидност, семейни трагедии и др. Здравното възпитание явно не може да допринесе за разумното пиене, неговата сила е малка в сравнение с другата страна. Няма и политика в тази насока, ангажираща отговорните институции и стопанските сектори.

По данни на СЗО, в сравнение с някои групи европейски страни консумацията на АА на глава от населението в България от 1970 г. насам е над средната за северните страни и страните от европейската общност, но под средната за страните от ЦИЕС, след 1993 г. е и под средната за Европа (фиг.1). Не следва да се забравя обаче, че домашното производство на

алкохол и консумацията му не се отчитат, а тази консумация не е малка по количество.

Фиг.1.



НФА, 2004 г.

Един от факторите, съдействащи за широката консумация на алкохол е свободната и агресивна реклама на алкохол чрез медиите, която се понася от отговорните институции. Неспазването на нормативните уредби за продажба на алкохол на малолетни и непълнолетни и регламентираното разстояние за местата на продажба е крещящо и съдейства за консумацията на алкохол от подрастващите. свободната и агресивна реклама на алкохол чрез медиите, която се понася от отговорните институции.

Дейността на здравната система на повечето места в страната по проблемите на алкохола е епизодична на фона на мощната реклама на алкохол. Такава е и дейността на ОПЛ, въпреки вписаните му в Пакета дейности по зависимостите, не работят по проблема насочено, нямат подготовка за тази дейност.

Като цяло, специализираната система за зависимостите – извънболнична и стационарна е в процес на реформа на всички нива. Около 4000 зависими получават стационарна помощ годишно-твърде малко на фона на нуждаещите се. Използват се седем програми доказали ефективност за лечение на алкохолно болни. За съжаление приложението им на територията на страната е неравномерно, не са интегрирани в единна система за лечение, не е решено финансирането им, не са осигурени с необходимите медикаменти, няма достатъчно обучени кадри за прилагане на програмите, медикаментозните и психосоциалните методи не са интегрирани достатъчно. Друг проблем е, че зависимите по реда на Наредба № 28/ 25.11.2003 г. На МЗ не са сред заболяванията, които подлежат на диспансерно проследяване. Трябва да се признае също, че проблемите свързани със зависимостта към алкохол са незаслужено загърбени през последните години за сметка на проблемите с наркотиците, въпреки многократно голямата тежест на този проблем в сравнение с наркотиците.

Специалистите считат, че трудно може да се оцени влиянието на здравната реформа върху медицинското обслужване (превенция, лечение и

рехабилитация) на лицата, злоупотребяващи с алкохол, защото проблемът е комплексен и излиза и извън пределите на медицината. Добре е системата за контрол на зависимостите да се изгради по европейски правила.

Особено остър проблем свързан със злоупотребяващите с алкохол е здравната им осигуреност- голяма част от тях продължително време са били безработни, нямат осигурителните вноски.

Не е решен и проблемът за разпределение на отговорностите на различните ведомства по отношение на зависимостите.

Най-общо може да се каже, че поради липсата на национална стратегия и план за действие по проблемите на алкохола, превантивните дейности в тази област са некоординирани и недостатъчни по обем и интензивност и се извършват като елемент на някои програми за промоция на здраве или профилактика на болестите в отделни общини, училища или други общности. Траен елемент са те в програма СИНДИ- интегрирано с другите фактори на риска.

Данните позволяват да се направи следният *извод*: докато сред мъжете в страната делът на употребяващите алкохол е стабилно висок, то при жените същият нараства значително. По експертни оценки лицата с проблемна употреба на алкохол са около 300000 души. Разширява се делът на децата и подрастващите, консумиращи алкохол и намалява възрастовата граница на началната употреба.

Тази ситуация дава възможност да се направят следните предложения по проблемите на консумацията на алкохол в България: разработване на план за действие за ограничаване на злоупотребата с алкохол, включване на засегнатите групи и преди всичко на младите хора в разработването, реализирането и оценката на ефективността на дейностите по превенция на злоупотребата с алкохол, развитие на национална мрежа по превенция, лечение и рехабилитация на злоупотребата с алкохол- интегрирана с мрежата за наркомании. Стриктно съблюдение на законовите норми, свързани с производството и продажбата на алкохола.

2.2.5. Неразрешени наркотични средства

Употребата на наркотици води до тежка нетрудоспособност, недохранване, преждевременна смърт или заразяване с хепатит, СПИН и др. Страда семейството, а обществото понася тежести от престъпления и загуби на интелектуален и трудов потенциал. Наличната информация в общи линии показва, че броят на лицата (най-вече младите) в България, които веднъж в живота си са опитвали някакъв наркотик продължава да расте. Подобна тенденция се регистрира и в новите страни – членки на ЕС (Централна и Източна Европа). Данните от Европейския проект за училищни проучвания в областта на алкохола и другите наркотици (ESPAD) показват, че през 1999 г. приблизително 14% от учениците на възраст 15-16 години в България са

употребили поне веднъж в живота си някакъв наркотик. По този показател страната ни е на 18-то място сред 30-те участващи в проучването.

България с още три от новите страни-членки на ЕС от Централна и Източна Европа е в група със сравнително ниска (но не най-ниска) консумация – по-ниска от средната за тези страни.

Най-широко употребяваното вещество у нас е канабисът (както и в другите страни на ЕС) и в частност марихуаната. Според споменатото проучване (ESPAD) около 12% от учениците на 15-16 годишна възраст в България са употребили поне веднъж в живота си марихуана или хашиш. По този показател страната е на 17-то място сред другите участници в проучването.

Докладът върху ситуацията за 2002 г. в Централно и Източно-европейските страни оценява на над 1% проблемната употреба на наркотици сред популацията на възраст от 15 до 64 г. в Естония и Латвия, на около 0,5% (колкото е средното за ЕС) в Чехия, Словения и България и около 0,25% в Полша (по-ниско от страните в ЕС, по данни от 1996 г.).

В сравнение с много от европейските страни България има по-ниска, средна възраст на употребяващите наркотици. През 2002 г. е равна на 22,0 години.

Средната възраст на първата употреба също е ниска – за потърсилите за първи път лечение през 2002 г. е била 18,9% години. Същият показател общо за страните от ЕС през 2000 г. сочи средна възраст 27 години. В същото време стойностите в някои страни извън ЕС са близки до нашите — в края на 90-те в Братислава тази възраст е била 18,5г., в Прага – 18 г., в Гданск – 17 г.

В България най-проблемното вещество е хероинът — основно вещество при 90% от търсещите лечение в София. Подобно е положението и в Европейския съюз. У нас броят на проблемно употребяващите хероин продължава да се увеличава, макар и с по-умерени темпове, отколкото в средата на 90-те години. Според експертни оценки вероятният брой на проблемно употребяващите хероин в страната е между 20 000 и 30 000.

Може да се каже, че употребата на наркотици сред популацията на възраст от 15 до 64 г. в България е около средната за ЕС (0.5%), но броят на лицата опитвали някакъв наркотик расте. Най-широко употребяваното вещество е канабисът. Вероятния брой на проблемно употребяващите хероин е между 20-30000 души. Проблемът е приоритетен и следва да се реши с участието на държавата и обществото.

Резултатите от анализа на факторите на риска за здравето, свързани с начина на живот показват, че населението живее нездравословно. Има достатъчно доказателства за висока и нарастваща честота на основните поведенчески фактори на риска за здравето: тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотици и др. Изброените фактори рядко се срещат самостоятелно. Най-често те са в комбинации помежду си и с други непосочени тук фактори, което увеличава рисковете за здравето на носителите им - огромни маси

население. Има всички основания да се очаква, че натовареността с посочените фактори ще нараства. Това може да влоши допълнително жизнеността на нацията, да повлияе на нейното развитие в бъдеще. Практиката в много страни показва, че начинът на живот може да бъде променен и това води до намаляване бремето на хроничните болести. За тази цел е необходима и система за мониторинг на факторите, каквато у нас все още няма.

Анализът на показателите за демографските процеси в страната през последното десетилетие, основните детерминанти на здравето, начина на живот на населението и др. показва, че в социално-икономическата ни обществена система се развиват процеси, формирали негативни тенденции в здравното състояние на нацията, които вероятно влияят и на развитието ѝ. Може да се счита с увереност, че съществуващите тенденции ще се задържат и през следващите години. Част от тях са продължение от минали десетилетия, други са формирани през последното. Те са повлияни от социалноикономическите условия на прехода. Тези условия въздействат на предпоставките за здраве, те от своя страна съдействат за нарастване нивото на факторите на риска свързани с поведението, които заедно с биологичните и генетични фактори водят до развитието на редица тежки хронични болестни процеси, влияещи силно на нивото на общественото здраве.

Извършената здравна реформа също оказва влияние на целия процес на опазване на здравето на различни нива. Най-чувствително бе повлиян достъпът до различни здравни услуги в диапазона профилактика/диагностика/лечение и рехабилитация. Редица от тези услуги се комерсиализираха силно, непоносимо-за по-голямата част от населението. Нарастнаха цените на лекарствата. Недостигът на средства за здравето стана перманентен, което затрудни силно дейността на реформиращата се система. Тези процеси доведоха до определен срив в грижите за здраве, както в рамките на системата, така и на обществото. Разбира се, не може всичко извършено по реформата да бъде отречено. Проследявайки динамиката на показателите за здравето обаче, не можем да твърдим, че тя се отрази благоприятно в тази насока, а целта ѝ беше именно такава. Реформата на системата се разви в рамките на определена политика, която явно не дава очаквания резултат. Причините следва да се изяснят по-детайлно.

Съществуващото здравно състояние на населението, налага да се предприемат неотложни мерки за подобряването му, като се засили профилактичното направление, защото само то може да доведе до значими промени в нивото на общественото здраве.

За тази цел наред с дейностите свързани с лечението на болестите следва да се даде приоритет на профилактиката като се :

- създаде надеждна база данни за здравното състояние на населението и детерминантите на здравето;
- извърши оценка на дейността на здравните структури за опазване на здравето;

- извърши оценка на финансирането на профилактиката и лечението на болестите а също и на резултатите от тях, оценка на инвестирането в здравето;
- намери решение на проблемите извън здравния сектор, които влияят на здравето, чрез мултидисциплинарни анализи и последващи ги многосекторни дейности за здраве, разработка на процедури за координирането им на ниво Правителство;
- продължи развитието на реформите в здравеопазването така, че да отговорят на проблемите на здравето, а не предимно на болестите.

2.3. Фактори на средата и здраве

2.3.1. Атмосферен въздух

Основните здравни проблеми, произтичащи от влошаване качеството на атмосферния въздух в населените места в страната са свързани с вредните емисии от промишленото производство и транспорта и с градоустройствените и благоустройствени дейности, свързани с планирането и изграждането на селищата. Проблеми през последните години възникнаха и с близкото трансгранично замърсяване на въздуха на териториите по поречието на река Дунав.

На базата и на наличните емисионни източници и на дългогодишна оценка на качеството на въздуха са определени някои рискови райони, в които атмосферното замърсяването представлява потенциален риск за здравето на населението.

В тези райони, определени като “горещи точки” с Постановление N 50 (Д.в. бр. 25 от 25.03.1994 г) се провежда наблюдение от РИОСВ към Министерството на околната среда и водите и от ХЕИ към Министерството на здравеопазването на основните атмосферни замърсители (общ суспендиран прах, серен диоксид, азотен диоксид, оловни аерозоли), определени в Закона за чистотата на атмосферния въздух (Д.в., бр.45/1996, бр. 49/1996 е бр. 85/1997 г.), както и на някои специфични за локалните емисионни източници замърсители (амоняк, сяроводород, фенол, аерозоли на кадмия, арсена и др.).

Раздържавяването на големите промишлени предприятия, съпътствано с промени в производството, технологичните процеси и амортизирането на пречиствателните съоръжения, рефлектира върху качеството на въздуха и свързания с него здравен риск за населението.

В периода след 1990 година се наблюдава значително намаляване на емисиите на атмосферни замърсители, респективно подобряване на качеството на въздуха в населените места, главно поради спад на промишленото производство и отчасти вследствие провеждане на конкретни мерки за опазване на околната среда.

Обобщената информация показва, че след значителния спад на емисиите в периода 1988 - 1992 г. се наблюдава задържането им на почти постоянно ниво.

Проведената оценка през 1997 г. показва, че най-значителни източници на замърсяване на въздуха са районите на енергодобива (ТЕЦ Марица-изток), черната и цветната металургия (Кремиковци и Перник; Пловдив-Асеновград, Кърджали, Златица-Пирдоп) и химическата и нефтохимическата промишленост (Димитровград, Девня, Бургас).

Въпреки наблюдаваният спад на количеството на основните емисии от антропогенните източници все още са високи концентрациите на общ суспендиран прах и фини прахови частици (PM10 и PM2,5) в атмосферния въздух. Не са решени проблемите за ограничаване на емисиите от редица източници на атмосферно замърсяване, например ТЕЦ, емитиращи освен прах серни и азотни оксиди. Серните съединения, независимо от сезонните колебания маркират тенденция към понижаване и в редица райони достигат стойности близки до ПДК. Концентрациите на тежките метали и главно на оловните аерозоли намаляват, което е свързано освен с намаляване на промишленото производство, така също и с въвеждането на задължително използване на безоловен бензин в автотранспорта. Изискването транспортните средства да се движат с катализатори доведе до намаляване нивата на азотен диоксид в атмосферния въздух. Освен тази благоприятна тенденция обаче, поради повишаването на автомобилния парк, персистира проблема за значително замърсяване на атмосферния въздух от МПС с фини прахови частици (PM2,5), въглеродороди и въглероден оксид, нивата на които все още не се контролират задължително.

Оценката на експозицията на населението се извършва по основните, включени в системата за мониторинг, атмосферни замърсители. Поради специфичните свойства на някои от тях – канцерогенен ефект (арсена, бензен и др.) не може да бъде изключена вероятността продължителната експозиция на тези замърсители и при ниски концентрации да провокира здравни неблагоприятия сред населението.

Атмосферното замърсяване, наред със съпътстващите рискови фактори от останалите компоненти на околната среда, социално-битовите условия, начина на живот и наследствените фактори е от съществено значение за човешкото здраве. Анализът на заболяемостта показва, че в сравнение със средната за страната, по-силно е увеличена заболяемостта на населението в градовете, интензивно замърсени от промишлеността и транспорта. Водещи в структурата на заболяемостта са болестите на дихателната система. Съществена е честотата на бронхиалната астма в районите на химическата и нефтохимическата промишленост (Бургас, Девня, Русе и др.). Важен дял имат и болестите на сърдечно-съдовата система. Наблюдава се зачестяване на новообразуванията, както и неблагоприятни промени в репродуктивното здраве на населението.

В областта на качеството на атмосферния въздух се извършва хармонизиране на нашето законодателство в съответствие с изискванията на ЕС.

В последните години се разработва информационна система “Околна среда-здраве”, която ще осигури възможност за оценка качеството на въздуха и съответно на потенциалния здравен риск за населението за всеки район включен в системата за национален мониторинг. В тази връзка е необходимо да се регламентират конкретни условия за обмен на информация за качеството на атмосферния въздух между МОСВ и МЗ и съответните им подразделения.

Здравната реформа се отрази неблагоприятно на системата за здравна регистрация, което направи невъзможно използването на данните от здравната статистика за оценка на заболяемостта (обща и по нозологични единици) на населението в страната.

2.3.2. Безопасност на храните

Законът за храните е приет на 30.09.1999 (ДВ, бр. 90 от 15.10.1999 г.). В края на 2003 г. е направено допълнение и изменение на закона (ДВ, бр. 102 от 21.11.2003 г.), с което в националното законодателство се въвеждат основните принципи на европейското право в областта на безопасността на храните и процедури за регистрация на обектите за производство и търговия с храни, за извършване на дейност облъчване на храни с йонизиращи лъчения, както и за пускане на пазара на нови храни.

Законът има рамков характер и предвижда приемането на подзаконови нормативни актове с изисквания към храните на всички нива от хранителната верига, с цел да се осигурят на потребителите безопасни храни и да се защити правото им за получаване на адекватна информация.

С цел координиране на държавната политика по безопасността на храните, по силата на Закона за храните се създаде Национален съвет по безопасност на храните към Министерски съвет, съгласно Постановление на МС № 183 от 2000 г. Националният съвет се състои от пет души, с председател – заместник министър на здравеопазването и главен държавен санитарен инспектор.

Към настоящия момент на основание на Закона за храните са приети наредби, транспониращи европейските регламенти и директиви с хоризонтален характер за етикетиране на храните, разрешените за влагане добавки в храни, изискванията към екстракционните разтворители, материалите и предметите, предназначени за контакт с храни, максимално допустимите количества за съдържание на замърсители в храните, облъчването на храни с йонизираща радиация, хигиенните изисквания при производството и търговията с храни, методите за вземане на проби и за анализ на храни за целите на държавния контрол. Законът за храните създава законово основание за въвеждането и на европейските директиви с

вертикален характер за отделни видове храни. Приети са наредби за изискванията към: храните със специално предназначение, бързо замразените храни, какаото и шоколада, захарта, меда, плодовите сокове, мармеладите и желетата, сухите млека, казеините, минералните води, кафето и цикорията и еруковата киселина, като замърсител в храните.

Държавният санитарен контрол върху храните се осъществява на регулярна основа и по сигнали за възникнали случаи на хранителни заболявания вследствие на консумацията на храни, както и от граждани и потребителски организации за наличие на пазара на негодни за консумация. Той се осъществява на всички нива на хранителната верига – от добива на суровините до крайния потребител, т.е. на принципа “от полето до масата”.

Съществуващите 28 лаборатории към Хигиенно-епидемиологичните инспекции към МЗ се реструктурират и оборудват със съвременна апаратура, като целта е в страната да се създадат 12 центъра за изпитване с химически и микробиологични лаборатории за целите на държавния санитарен контрол върху храните.

Осъзнавайки важноста на приспособяване на системата за осигуряване на безопасност на храните към тази на ЕС, Министерството на здравеопазването изпълнява плановете си за въвеждане и прилагане на европейското законодателство по храните, изгражда административен капацитет и провежда обучение на държавните инспектори и на производителите на храни за прилагане принципите за осигуряване на безопасни храни на населението.

2.3.3. Води (здравно-хигиенни аспекти)

Основите изисквания към питейните води и водите за къпане в страната са регламентирани чрез няколко нормативни акта - Закона за водите, Закона за народното здраве, Правилника за прилагане на Закона за народното здраве.

Националното законодателство в областта на питейните води и водите за къпане е изцяло хармонизирано с европейското законодателство - Наредба № 9 за качеството на водата, предназначена за питейно - битови цели (ДВ, бр. 30 от 2001г.) (Директива 98/83/ЕС), Наредба № 12 за качествените изисквания към повърхностни води, предназначени за питейно - битово водоснабдяване (ДВ, бр. 63 от 2002г.) (Директиви 75/440/ЕЕС и 79/869/ЕЕС) и Наредба № 11 за качеството на водите за къпане (ДВ, бр. 25 от 2002г.) (Директива 76/160/ЕЕС). Наредби № 9, 11 и 12 са в процес на прилагане от 2001г. / 2002г.

Понастоящем над 84,6% от населените места в страната и над 98,6% от населението ползват вода за питейно-битови нужди от централизирани водоснабдителни системи. По информация на МЗ, общо в страната броят на централните водоизточници към 2003 год. е 4761. По данни на МРРБ, около 52,37% от подаваната на населението вода произхожда от повърхностни

водоизточници и около 47,63% от подземни. Основните водоизточници за най-големите градове в страната са 15-те язовира за питейно-битово водоснабдяване, осигуряващи питейна вода на близо 30% от населението на България или 2 606 000 жители. Около 42,1% от използваните повърхностни и подземни води преминават през съоръжения за пречистване. Всички води задължително се обеззаразяват (най-често с хлор-газ и хлорни препарати), преди подаването им за питейно-битово водоснабдяване.

Изпълнението на изискванията на законодателството за питейните води е възложено основно на два субекта - водоснабдителните организации, в качеството им на структура, осъществяваща дейността по водоснабдяване за питейно - битови цели и регионалните структури на Министерство на здравеопазването - хигиенно - епидемиологичните инспекции (ХЕИ), в качеството им на компетентен контролен орган. През 2003 г. ХЕИ са провеждали мониторинг на водата от водопроводната мрежа на населените места в 8 170 бр. пунктове.

Съгласно водената от МЗ статистика, като нестандартни се отчитат всички отклонения в качеството на питейната вода, независимо от техния характер и тежест. Само малка част обаче, от мониторираните химични и микробиологични показатели имат характер на параметри с безусловно здравно значение. Голяма част от показателите са такива с "индикаторно" значение – т.е. отклоненията по тях нямат пряк здравен ефект, а свидетелстват за недостатъчно добра обработка на питейната вода. Отклоненията по индикаторните показатели не налагат във всички случаи предприемането на незабавни мерки, с цел защита здравето на консуматорите.

Обобщените годишни данни на Министерство на здравеопазването за качеството на питейната вода показват, че стандартността на питейната вода в страната е висока - през 2003 г. е била 94,69%, а през 2002 г. - 90,89%. Процентът на несъответствие на питейната вода по химични и органолептични показатели за 2003г. е 1,84% (4,12% за 2002 г.), а нестандартността по микробиологични показатели съответно 8,78% за 2003г. (14,10% за 2002 г.).

При положение, че се отчетат отклоненията в качеството на питейната вода само на групата показатели с безусловно здравно значение, процентът на нестандартност на питейната вода в страната се очаква да бъде от два до три пъти по-нисък от посочените по-горе данни.

Независимо от изложените положителни констатации за състоянието на питейните води в страната през последните години, следва да се посочи, че в определени региони съществуват проблеми с качеството на питейната вода, които трябва да намерят своето решение. По значимите от тях могат да се обобщят по следния начин:

- *Несъответствия по микробиологичните показатели*
 - Проблемът има водещо здравно значение (препоръката на Световната здравна организация е до 5% нестандартност) и създава най-пряк риск за здравето на консуматора. България изпълнява изискванията на

Световната здравна организация за не повече от 5% за календарна година нестандартност по здравнозначимите микробиологични параметри, които са най-важните за здравето на населението показатели, свързани с питейната вода. През последните 10 години в страната не е регистрирана епидемия с воден произход;

- Отклоненията по микробиологичните показатели са характерни за по-малките водоснабдителни системи, подаващи вода за села и неголеми градове, за които няма изградени пречиствателни съоръжения, а дезинфекцията се извършва по остарял, дори примитивен начин (главно с хлорна вар или други хлорни препарати), нередовно и без условия за правилно дозиране;
 - Основните причини са: остарял или примитивен начин на обеззаразяване, амортизирано оборудване, несъвършена технологична схема на водоснабдяването, в т.ч. неправилно разположение на съоръженията за дезинфекция или недостатъчен брой, липса на пречистване, причини от субективен характер;
 - Проблемът се характеризира с дълготрайно нерешаване. Необходимо е изграждане на голям брой модерни и ефективни съоръжения за дезинфекция на водата.
- *Отклонения по показателя “нитрати”*
 - Срещат се най-вече в райони с активна селскостопанска дейност - областите Бургас, Варна, Велико Търново, Враца, Добрич, Монтана, Пазарджик, Пловдив, Разград, Русе, Силистра, Сливен, Стара Загора, Търговище, Хасково, Шумен и Ямбол. Най-разпространени са отклоненията до и около два пъти над нормата (50 mg/l), но в някои водоизточници достига и до над пет пъти над допустимото. Най-често замърсяването с нитрати се среща във водите на плитки подземни водоизточници (извори, кладенци, дренажи, сондажи), разположени в местности с обработваеми земеделски земи или в близост до населени места и черпещи вода от незащитени водоносни хоризонти;
 - Проблемът има здравна значимост (заболяването “водно – нитратна метхемоглобинемия” при кърмачета и малки деца и др.). Наднорменото съдържание на нитратите има здравно значение преди всичко за кърмачетата и малките деца (главно на възраст до 3 месеца), които не следва да консумират такава вода. Тъй като проблемът датира отдавна (не само в България, но и в редица други страни в Европа и света), жителите от съответните населени места са запознати с проблема и с необходимостта да ползват за кърмачетата и малките деца вода от други източници, например бутилирани води;
 - Основната причина е неправилното използване на азотни минерални торове в недалечното минало, както и неправилната земеделска и животновъдна практика като цяло;
 - Проблемът е трудно решим, тъй като нитратите са трайно присъстващо неорганично съединение във водата (крайна фаза на

- разграждане на органичната материя) и няма разработени достъпни и масово приложими в практиката методи за отстраняването им от водата;
- Възможностите за решаване на проблема са свързани преди всичко с изграждане на нови водоизточници или смесване на водите от проблемните водоизточници с води с добро качество, с цел разреждане на нитратите до допустимата стойност.
 - *Отклонения по органолептични показатели (цвят, мирис, вкус, мътност)*
 - Най-често отклоненията са характерни за водоснабдителните системи, подаващи вода от повърхностни водоизточници, за които няма изградени пречиствателни съоръжения (пречиствателни станции за питейни води – ПСПВ и др.). Повърхностни водоизточници за питейно – битово водоснабдяване (реки, язовири, езера) се използват най – вече в областите Благоевград, Видин, Враца, Габрово, Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Монтана, Пазарджик, Перник, Пловдив, Сливен, Смолян, София, Софийска, Хасково и Шумен;
 - Проблемът няма пряка здравна значимост, но е може би най-важния за консуматора, тъй като по тези параметри той оценява “субективно” водата.
 - Основните причини са свързани най-вече с липсата на пречистване (безусловно необходимо за водите от повърхностни водоизточници), амортизирани, неефективни или неподходящи съществуващи съоръжения за пречистване, недобро обеззаразяване;
 - За решаването на проблема е необходимо изграждане на пречиствателни съоръжения за всички водоизточници за питейно – битово водоснабдяване от повърхности води (изискване на националното и европейско законодателство - Наредба № 12 за качествените изисквания към повърхностни води, предназначени за питейно - битово водоснабдяване (ДВ, бр. 63 от 2002г.) (Директива 75/440/ЕЕС) – срок 2007г.). В някои случаи, е наложително изграждане на пречиствателни съоръжения и за подземни водоизточници.
 - *Отклонения по показателя “манган“*
 - Срещат се предимно в населени места в области Хасковска, Старозагорска и др.;
 - Проблемът няма пряка здравна значимост, но е много важен за консуматора, тъй като тези показатели променят силно органолептиката на водата, като в някои отношения я правят дори проблемна за ползване за някои битови нужди в домакинствата;
 - Основната причина е в липсата на пречиствателни и обезманганителни станции (безусловно необходими за водите от подземни водоизточници с високо естествено съдържание на манган), както и амортизираните и остарели водопроводи;
 - Решението на проблема е в изграждането на посочените по-горе съоръжения и подмяната на водопроводите.
 - *Отклонения по тежки метали (предимно “хром“)*

- Срещат се в 12 села в област Плевен и 4 в област Монтана, като само в две населени места съдържанието на хром постоянно надвишава нормата (до 50 %), докато в останалите неговото съдържание варира над и под нормата в различен процент;
 - Проблемът има безусловна здравна значимост (токсичен и канцерогенен ефект на хрома). Съгласно Ръководството на Световната здравна организация за качеството на питейната вода обаче, нормата за съдържание на общ хром в питейната вода (0,05 mg/l) има само ориентировъчен характер, тъй като няма сигурни доказателства, че хромът, постъпил в човешкия организъм чрез питейната вода, създава непосредствен риск за здравето.
 - Основната причина е ползването на водоизточници с естествено наднормено съдържание на параметъра и липса на пречистване на водата;
 - Възможните решения са изграждане на нови водоизточници, пречистване на водата или смесване с вода, отговаряща на изискванията, с цел достигане на допустимите стойности за хрома.
- *Режимно водоснабдяване*
На режимно водоснабдяване, особено през лятото и есента са значителен брой населени места в страната. Режимното водоподаване по правило създава винаги и различни проблеми с качеството на водата.
 - *Водопроводи*
Голяма част от водопроводите, изграждащи водоснабдителните системи на населените места са остарели и амортизирани. Над 60 % от водопроводната мрежа в страната (извън сградите) е изградена от етернитови (азбестоциментови тръби). Това води не само до големи загуби на вода (в някои райони до 80 %), но създава и редица проблеми с качеството на питейната вода, поради възможността за нейното вторично замърсяване, особено при режимно водоподаване.

2.3.4. Жилище и здраве

Жилищната среда е основното място, влияещо върху човешкото здраве. Нейното качество играе решаваща роля за здравния статус на обитателите. Бурният процес на урбанизация през петдесетте и началото на шестдесетте години на миналия век, с бързото изграждане на панелни комплекси в нашите градове - с цел да се покрият належащите нужди от голям брой жилища за сравнително кратко време - днес поставя на дневен ред тяхното saniране и оценка на тяхната възможност да осигурят подходяща среда, задоволяваща здравните интереси. В същото време остарява и също подложени на реновиране изграденият по традиционен, не промишлен начин съществуващ от тридесетте и четиридесетте години жилищен фонд. Частното жилищно строителство в последното десетилетие

не е в състояние да задоволи масовото потребителско търсене. Едновременно с това обезлюдяването на селата ни остава неизползваеми съвсем годни за обитаване къщи.

Влошените условия за обитаване, свързани с остарелите конструктивни методи и лошото поддържане, безусловно създават здравни рискове, които не са оценени. Тяхното възникване и персистиране е свързано със социално икономическите условия, създадени в момента на прехода, задържали се неблагоприятни за преобладаващата част от населението на страната за твърде дълго време. Безработицата и бедността са фактори, повлияващи здравето в не по-малка степен от жилищните условия. Повече от ясно е, че проблемът “жилище и здраве” е неотделим от проблема “социално икономическа среда и здраве”. Решаването им е възможно само по пътя на едновременното им придвижване към обща социално-икономическа и здравно-профилактична реформа, обвързваща икономическите, инженерните и здравните аспекти в процеса на взимането на решения.

2.3.5. Здраве и безопасност при работа

В областта на осигуряване на здраве и безопасност при работа в националното законодателство са въведени изискванията на Европейския съюз чрез Кодекса на труда, Закона за здравословни и безопасни условия на труд и подзаконовни нормативни актове.

Законът за здравословни и безопасни условия на труд въвежда отговорност на работодателите за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, превантивен подход по отношение на риска за здравето и безопасността, трипартитен принцип за решаване на проблемите, свързани с безопасността и здравето при работа, интегриран контрол, осъществяван от ИА»ГИТ» към министъра на труда и социалната политика, изграждане на инфраструктура от звена за консултиране и подпомагане на работодателите при организирането и изпълнението на задълженията им по осигуряване и поддържане на здравословни и безопасни условия на труд (служби по трудова медицина).

С протоколно Решение № 34 от 29 август 2002 г. на Министерския съвет са приети „Насоки за развитие на дейността за безопасност и здраве при работа в периода до 2006 г.”. В Насоките е посочено, че „Осигуряването на безопасни и здравословни условия на труд в най-широк аспект на понятието е основна цел в новата социална политика на Правителството на Република България, която хармонира с акцентите в стратегията на Европейския съюз за здраве и безопасност на работното място за периода 2002-2006 г.” Реализирането на тази цел включва (посочено в Насоките) и „Осъществяване на цялостната здравна политика, обхващаща общите и професионалните заболявания и временната неработоспособност вследствие на трудови инциденти; превенция на професионалните и социални рискове,

обхващащи стрес, безпокойство на работното място, депресия, рискове, свързани със зависимост от алкохол, наркотици и лекарствени препарати и предприемане на съответни мерки; осъществяване на тясна връзка, гъвкавост и ефективност на прилаганите форми в работата за опазване здравето и съхраняване на работоспособността на хората от основните осигурители – Националният осигурителен институт и Здравноосигурителната каса. Да бъдат определени източниците за финансиране на лечението на лицата с хронични професионални заболявания; Създаване до края на 2004 г. на единна национална информационна система за наблюдение на условията на труд (в широкия смисъл на понятието), здравното състояние на работещите, обхващане на съществуващите професионални рискове, трудовият травматизъм и професионални болести, и резултатите от осъщественият контрол. Обвързване в единна система на съществуващите информационни системи от различните сфери на дейности. Създаване на предпоставки за интегриране на националната информационна система с информационните системи на европейските страни. Извършване на сравнителен анализ за съпоставимостта на използваните в нашата страна показатели и критерии за характеризирани на отделните проблеми с тези, използвани от европейската общност; повишаване обхвата на работниците и служителите, обслужвани от службите по трудова медицина. Здравото при работа да стане наблюдаван елемент и компонент на общото здравно състояние на населението. Да бъдат осъществени мерки, насочени към повишаване качеството в работата на службите по трудова медицина.”

Министерство на здравеопазването участва при разработването на нормативни актове, въвеждащи минималните изисквания за осигуряване защитата на работещите от рискове, свързани с експозиция на физични, химични и биологични агенти, както и изисквания за въвеждане на физиологични режими на труд и почивка, ръчна работа с тежести и др.

В Министерство на здравеопазването се извършва регистрация на службите по трудова медицина, имащи консултативна функция за подпомагане на работодателите в планирането, организирането и изпълнението на задълженията им по осигуряване и поддържане на здравословни и безопасни условия на труд и укрепване на здравето и работоспособността на работещите във връзка с извършваната от тях работа.

Разработен е проект за изменение и допълнение на Закона за здравословни и безопасни условия на труд. Министерство на здравеопазването предлага регламентиране на регистрационния режим на службите по трудова медицина в Закона, с което се спазват изискванията на Закона за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност. Предлагат се повишаване изискванията към квалификацията на ръководителя, както и текстове, уреждащи ясни правомощия на органите на държавния санитарен контрол по контрола на дейността на службите по трудова медицина. Това ще обезпечи законосъобразното прилагане на въведената разпоредба, възлагаща

контрола върху дейността на службите на органите на държавния санитарен контрол.

Производствената дейност се характеризира чрез факторите на работната среда и трудовия процес от една страна, а от друга чрез нивото, структурата и динамиката на професионалните болести, трудовите злополуки и свързаните с труда заболявания и професионалната смъртност.

По данни на Изпълнителна агенция “Главна инспекция по труда” за 2002 г. анализът на данните за работещи при условия на труд, неотговарящи на хигиенните норми изисквания в предприятията, в които има измервания на факторите на работната среда, показва:

- в проверените 27081 предприятия с 1 091 920 заети лица, при условия на труд, неотговарящи на хигиенните норми и изисквания работят 220 483 лица т.е. относителният дял е 20%., като по отделните фактори разпределението и следното: при неблагоприятен микроклимат – 41%; шум – 33%; физическо натоварване – 32%; прах – 17%, токсични вещества - 17%; осветление – 11%; вибрации – 6%; йонизиращи лъчения – 1%. Тези данни са изчислени на базата на сравнение с общата численост на работещите във всички проверени предприятия, а не към тези за предприятия с валидни данни за факторите на работната среда. Това несъвършенство на отчитането е отстранено с разработените справки за отчитане през 2003 г.

През 2003 г. в предприятията с установени данни за факторите на работната среда 36,1% от работещите работят при условия на труд, неотговарящи на хигиенните норми и изисквания. Разпределението по отделните фактори е следното: при неблагоприятен микроклимат – 54% от работещите; шум – 42%; физическо натоварване – 48%; прах – 26%, токсични вещества – 16% осветление – 14%; вибрации – 16%. Най-неблагоприятно е състоянието на факторите на работната среда в предприятията с установени данни в следните икономически дейности: Производство на рафинирани нефтопродукти; Железопътен транспорт; Воден транспорт; Сухопътен транспорт; Производство на благородни и цветни метали; Добив на въглища и торф; Производство на дървесна маса, хартия, картон и изделия от хартия и картон; Добив на метални руди; Производство на цимент, вар и гипс; Производство на превозни средства, без автомобили, Добив на неметални материали и суромини; Производство на дървен материал и изделия от него; Производство на текстил и изделия от текстил; производство на продукти от други неметални суровини.

По официални данни, предоставени от Националния регистър на професионалната заболяемост в НЦХМЕХ при МЗ общият брой на всички регистрирани професионално болни лица към 31.12.2002 г. е 29 491. С най-висок относителен дял са заболяванията на опорно-двигателния апарат (28%), следвани от тези на периферната нервна система (25%), вибрационната болест (18%), неврит на слуховия нерв (15%), белодробни заболявания(9%). През 2002 г. са регистрирани нови 895 болести. Водещи са заболяванията на опорно-двигателния апарат и на периферната нервна система – 45% от всички регистрирани професионално болни. Най-

характерните вредности, довели до появата на професионалните болести сред работещите са :

- системно пренатоварване, микротравматизация, натиск и сътресение на стави и мускули, резки температурни промени, продължително охлаждане;
- системно въздействие на шум и вибрации;
- експозиция на химични агенти.

Разпределението на болестите по икономически дейности е:

- Добив на неметални материали и суровини (23%);
- Добив на метални руди (12%);
- Производство на текстил и изделия от текстил, без облекло(8%);
- Производство на чугун, стомана и феросплави (5%);
- Производство на машини (4%);
- Производство на хранителни продукти и напитки (4%);
- Производство на облекло (3%);
- Селско стопанство (3%).

По данни за 2003 г. в страната са регистрирани 950 случая на професионални болести. Разпределението на регистрираните професионални болести по диагнози е както следва:

- заболяванията на опорно -двигателния апарат(23,4%);
- вегетативна полиневропатия (22,7%);
- силикоза, азбестоза и други пневмокониози(18,2%);
- белодробни заболявания(8,1%);
- неврит на слуховия нерв(5,6%).

Най-много професионални болести са регистрирани в следните икономически дейности: Добив на метални руди (12,1%); Добив на въглища и торф (7,2%); Производство на облекло (4,6%); Строителство (3,4%); Производство на текстил и изделия от текстил, без облекло(3,2%); Производство на машини(3,2); Транспорт (2,9%); Здравеопазване и социални дейност (2,7%); Производство на хранителни продукти и напитки (2,2%); Производство и леене на метали (2,1%); Производство на химични продукти (2%).

За 33 регистрирани професионални болни липсват данни за отрасъла, в който са работили лицата. Сравнявайки данните с тези за 2002 г. се установява, че този брой е увеличен в икономическите дейности "Добив на метални руди"- от 86 на 115, "Производство на облекло" - от 24 на 44.

Повтарящата се в последните години структура на регистрираните нови професионални болни реално отразява влиянието на все още използвания у нас ръчен и тежък физически труд, нерационалните режими на труд и почивка, неритмичността на работа, комплексното влияние на тези и други професионални вредности, като неблагоприятен микроклимат, прах (съдържащ свободен или свързан силициев диоксид), шум, вибрации и други фактори, свързани с организацията и характера на трудовия процес.

Общият брой на професионалните болести за страната е посочен за периода 2000-2003 г. е отразен в табл. 1.

Същевременно трябва да се отбележи и увеличаващата се през посочените периоди обща заболяемост с отсъствия от работа т.нар. ЗВН и ЗТН, която представлява основата, от която произлизат професионалните заболявания. За отделните икономически дейности и основни професии с високи нива на професионални болести е характерна и изключително висока ЗВН, с многократно превишаващи нива за някои социално-значими заболявания. Прави впечатление, че не само обобщената ЗВН, но и тази по приоритетни социално-значими заболявания, като болести на дихателната система и на сърдечно-съдовата система, както и трудовите злополуки са с високи и много високи показатели. Това се отнася както за осигурените работещи мъже и в значително по-висока степен и за осигурените жени. Показателите честота на случаите, честота на дните и средна продължителност на един случай за разглеждания пет-годишен период се увеличават.

Табл. 1
Случаи на професионални заболявания
през периода 2000-2003 г.

Години	Брой случаи
2000	429
2001	660
2002	895
2003	950
Общо за периода	2934

Увеличават се професионалните болести от пренапрежение на опорно-двигателния апарат, на периферната нервна система, увеличава се вибрационната болест и случаите на силикоза.

На табл.2 е представена динамиката на индексите за честота и тежест на професионалните болести за периода 1999 – 2001г. Както се вижда индексите намаляват до 2000 г. и се увеличават през 2001г., като индекса на честота има стойност 0.10 а индекса на тежест 3.20. Тези резултати потвърждават направените констатации за стабилизиране на нивата и покачване през 2001 и особено през 2002 г. на професионалните болести.

Табл. 2
Динамика на индексите “честота” и “тежест”
за периода 1999-2001г.

Години	Индекс на честота	Индекс на тежест
1999	0,06	6,00
2000	0,08	2,80
2001	0,10	3,20

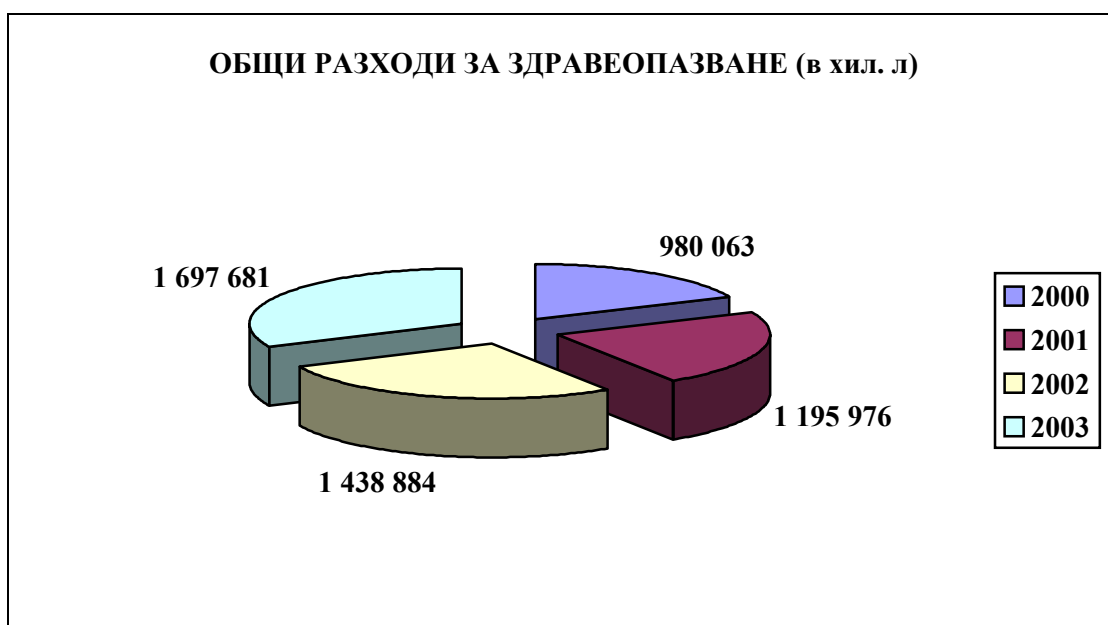
3. ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И РЕФОРМА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

3.1. Финансиране

Общите публични разходи за “Здравеопазване” по отчетни данни през 2000 г. са 980 млн.лв. или 3,7 % от БВП, през 2001 г. - 1 196 млн.лв. или 4,0 % от БВП и през 2002 г. са съответно 1 442 млн.лв. или 4,5 % от БВП. За сравнение в Унгария този показател е 6.8% в Словакия - 6,7 %, Чехия - 7,3 %, Португалия - 7,7% Гърция - 8,7%, Белгия - 8,8%. /По данни от” База данни - Здраве за всички”,СЗО - 2001 г./.

През 2003 г. по отчет средствата за здравеопазване нарастват на 1 697 млн.лв., което представлява 4,8 % от БВП. За тригодишния период 2001 – 2003 г. общите разходи за “Здравеопазване” нарастват с 501 млн.лв. или със 142 % (Фиг.1).

Фиг.1



В резултат на последователно провежданата политика за преразпределение на разходните отговорности между преките субсидии от Държавния бюджет и финансирането на дейности от Националната здравноосигурителна каса, се постигна съществено реструктуриране на ресурсите и формите на тяхното разпределение. През периода 2001 – 2003 г. относителният дял на общите разходи от НЗОК от 36 % през 2001 г. нарастват на 41 % през 2002 г. и 52% през 2003 г. Делът на финансирането на болничната медицинска помощ се увеличава от 3 % през 2001 г. на 15 % през 2002 г. и 36 % през 2003 г.(Табл.1, Фиг.2, Табл.2, Фиг.3).

Табл.1
Разходи за здравеопазване по финансиращи институции
за периода 2000 - 2003 г. (в хил. лв.)

КОНСОЛИДИРАН ДЪРЖАВЕН БЮДЖЕТ	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
ОБЩО РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	980 063	1 195 976	1 438 884	1 697 681
% на общите разходи за здравеопазване към БВП	3.7	4.0	4.5	4.8
в това число:				
Болнична медицинска помощ	141 938	427 483	624 932	795 606
% на разходите за болнична помощ към общите разходи	15%	36%	43%	47%
НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА	126 832	428 182	585 084	775 039
% на разходите на НЗОК към общо разходи за здравеопазване	13%	36%	41%	46%
ОБЩИНИ	416 217	183 772	209 664	218 802
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	291 936	493 432	572 585	598 426
в това число:				
Бюджетни организации и централни доставки	149 998	218 898	266 949	218 307
Субсидия за лечебни заведения за болнична помощ	141 938	274 534	310 255	335 236
ДРУГИ МИНИСТЕРСТВА И ВЕДОМСТВА	125 622	74 845	70 042	103 793
ЦЕНТРАЛЕН РЕПУБЛИКАНСКИ БЮДЖЕТ	19 456	15 745	1 469	1 621

Фиг.2
Структура на разходите за здравеопазване

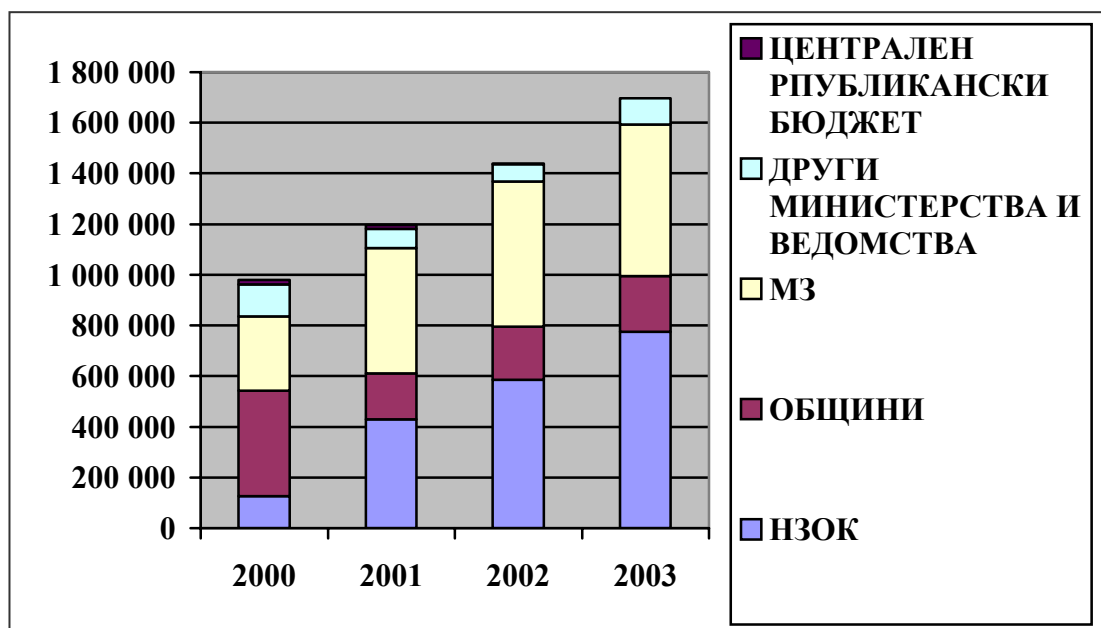


Табл.2

Бюджет на НЗОК през периода 2000-2003 г.

Години	2000		2001		2002		2003	
	хил. лева	%	хил. Лева	%	хил. лева	%	хил. лева	%
За ПИМП	32862385	33.7	86148219	21.3	97301069	17.2	103443746	13.7
За СИМП	11806570	12.1	57406919	14.2	72635598	12.9	82859415	11.0
Стоматологична помощ	13623171	14.0	38389025	9.5	24651051	4.4	45589696	6.0
МДД	5053484	5.2	29098727	7.2	37914104	6.7	39277404	5.2
За лекарства	34137193	35.0	182280007	45.1	239017824	42.3	270832403	35.9
За болнична помощ	0	0.0	10781132	2.7	93275555	16.5	213023498	28.2
Общо	97482803	100	404104029	100	564795201	100	755026162	100

Фиг. 3



Изпълнение на общите приходи на Министерство на здравеопазването в периода 2001 - 2003 г.

Общите бюджетни приходи определени със закона за бюджета за 2003 г. са в размер на 16 500 хил.лв. Фактическите постъпления са в размер на 20 157 хил.лв., което е с 3 709 хил.лв. или 23 % повече от предходната 2002 г. като за двегодишния период 2001-2003 г. са увеличени с 4 770 хил. лв. или 31 %. Основна част, около 42,1% от приходите се реализират от дейността на Хигиенно-епидемиологичните инспекции, 17,6 % от Националните центрове по хигиена, радиология, хематология, заразни и паразитни болести, 7,5% от Агенцията по лекарствата.

- Изпълнение на общите разходи в периода 2001 - 2003 г.

Табл. 4

Общи разходи на МЗ през 2003 г. по основни функции (в хил. лв)

	Общи разходи	в това число:		Относителен дял 100%	Ръст на общите разходи спрямо отчет за 2001	Ръст на общите разходи спрямо отчет за 2002
		Текущи разходи	Капиталови разходи			
Министерство на здравеопазването	607 668	567 690	39 979		122,99%	104,46%
Функция "Здравеопазване"	598 426	558 751	39 675	100%	123,05%	104,38%
I. Лечебни и здравни заведения на бюджетна издръжка	115 786	112 980	2 805	20,2%	132,53%	110,36%
II. Лечебни заведения за болнична помощ	360 009	335 236	24 774	60,00%	125,84%	112,20%
III. Други дейности - централни доставки, национални програми и заеми	122 631	110 535	12 096	19,8%	108,79%	83,31%

- **Финансиране на бюджетните организации**

Текущите разходи на бюджетните организации през 2003 г. са в размер на 112 981 хил. лв. като в сравнение с 2001 г. и 2002 г. са увеличени съответно с 26 123 хил.лв. или 30 % и с 9 375 хил. лв. или с 9%.

Разпределението на текущите разходи, нивото и ръста на финансиране по основни бюджетни дейности през 2003 г. е следното:

- **Центрове за спешна медицинска помощ – 28 броя.**

Текущите разходи на централите през 2003 г. са общо 44 212 хил. лв. като увеличението спрямо 2001 г. и 2002 г. е съответно с 42,3 % и с 16,0%.

- **Държавни психиатрични болници – 11 бр.**

Текущите разходи на тази група болници за 2003 г. са общо 8 892 хил. лв., като са увеличени спрямо 2001 г. и 2002 г. съответно с 27,7% и с 4,0%.

- **Домове за медико-социални грижи за деца – 32 бр.**

Текущите разходи на тези заведения за 2003 г. са общо 17 070 хил. лв. или увеличението спрямо 2001 г. е с 23 % и спрямо 2002 г. с 2 %.

Средствата за издръжка на домовете за деца през 2003 г. са в размер на 5 503 хил. лв., в т.ч. за медикаменти 431 хил. лв., за храна 1 462 хил. лв. и за вода, горива и енергия 1 831 хил. лв.

- **Хигиенно-епидемиологични инспекции – 28 бр.**

Текущите разходи са общо в размер на 22 774 хил. лв. или увеличението спрямо 2001г. е с 26,4 % и спрямо 2002 г. е с 5,42 %.

Средствата за издръжка на хигиенно-епидемиологичните инспекции за 2003 г. са 5 503 хил. лв., в т. ч. медикаменти, материали и консумативи 1 715 хил. лв., вода, горива и енергия 1 000 хил. лв., външни услуги 1 437 хил. лв.

• **Финансиране на лечебните заведения за болнична помощ.**

Финансирането на болниците през 2003 г. се характеризираше с утвърждаването на подхода за финансиране на изпълнени медицински дейности и услуги, с измерим обем и качество. Това се реализира с договорите за субсидиране, сключвани между лечебните заведения за болнична помощ и министерството, в които размерът на субсидията се определяше в зависимост от броя на преминалите болни и средната стойност за лечението на преминал болен, както и с договорите между лечебните заведения и здравната каса за изпълнени клинични пътеки за болнична помощ и други специализирани изследвания и медицински дейности от извънболничната помощ.

Основните проблеми, които съпътстваха финансирането на болниците през 2003 г., както и през 2001 г. и 2002 г. бяха голямата задлъжнялост от предходните години, с която започна финансовата година, обективното увеличение на разходите и системното забавяне, при подписването на годишния Национален рамков договор и стартирането на финансирането от здравната каса.

Разпределението на преведената субсидия за текущи разходи от бюджета на Министерство на здравеопазването през 2003г., в общ размер на 335 235 хил. лв., по групи болници е следното: университетски болници и специализирани национални центрове 205 897 хил. лв. или 61 % от общата субсидия; областни многопрофилни болници 120 577 хил. лв. или 36 %; белодробни болници 3 073 хил. лв. или 1 % и болници за рехабилитация 4 227 хил. лв. или 1 % от общия размер на субсидията.

Със средства от субсидия през 2003 г. е осигурена средна стойност за лечението на преминал болен от около 426 лв. или е налице увеличение спрямо 2002 г. с 13 лв. или с около 3 % и спрямо 2001 г. с 36 лв. или с около 9 %. Съответно по групи болници средната стойност за лечение на един болен е както следва: за университетските болници и националните центрове 744 лв. или увеличение спрямо 2002 г. от 36 лв.; за областните болници 277 лв. или увеличение с 5 лв. спрямо 2002 г., за белодробните болници 221 лв. или намаление спрямо 2002 г. с 101 лв., и болници за рехабилитация 73 лв. или намаление спрямо 2002 г. с 28 лв.

Постигнатата обща средна стойност за лечение на преминал болен през 2003 г. на база извършени разходи, т.е. от всички постъпления на болниците от Министерство на здравеопазването под формата на субсидия за текущи разходи и осигурени централни доставки на медикаменти и горива, средства от здравната каса, както и други реализирани приходи е 723 лв. или с 85 лв. съответно 13 % повече от 2002 г. и със 142 лв. или с 24 % повече от 2001 г. Общата стойност, постигната за лечението на преминал болен през 2003 г. за университетските болници е 1 162 лв. като е увеличена

спрямо 2002 г. с 162 лв. и спрямо 2001 г. с 197 лв.; за областните болници е 506 лв. или е увеличена с 74 лв. спрямо 2002 г. и с 126 лв. спрямо 2001 г., за белодробните болници е 517 лв. или е увеличена с 56 лв. спрямо 2002 г. и със 63 лв. спрямо 2001 г.; и за болниците за рехабилитация 300 лв. или увеличение спрямо 2002 г. с 14 лв. и спрямо 2001 г. с 80 лв.

Тези данни позволяват да се направи извода, че измененията на общите постъпления на болниците – от субсидии, от здравната каса и от други източници, и реализираните на тази база общи разходи през 2003 г. сравнени с приходите и разходите през 2002 г. и 2001 г., съответно постигнатите стойности на преминал болен общо и по групи болници определено корелират с тенденцията на увеличение на броя на преминалите болни и с достигнатите стойности на показателите за използваемост на легловата база на лечебните заведения, оборота на болничните легла и средния престой на един преминал болен.

Задълженията на болниците, както и в предходните години бяха един от основните и най-сложни проблеми, които съпътстваха работата на системата.

По балансови данни към 31.12.2003 г. общите задължения на болниците са в размер на 74 180 хил.лв. – основно за медикаменти и инфраструктурни разходи. След разплащанията в началото на месец януари на настоящата година със средствата предоставени в края на 2003 г., дълговете бяха сведени до 39 156 хил. лв. В края на 2002 г. задълженията бяха 45 392 хил.лв., а в края на 2001 г. – 47 860 хил.лв.

При анализа на задлъжнялостта следва да се отчита и факта, че средствата, които болниците получаваха през 2003 г. за изпълнени клинични пътеки не покриваха повече от 60-70 % от фактическите разходи за тези дейности, което също формира нарастване на задълженията.

Обобщеният анализ на развитието на системата на болничната помощ в периода 2001 – 2003 година показва, че е постигнат определен напредък в преструктурирането на здравния сектор и решаването на част от наследените проблеми, което намира количествено изражение в следните обобщени показатели:

- намаляване на средния болничен престой и увеличение на използваемостта на болничния капацитет;
- намаляване на болничните легла през 2003 година спрямо 2001 година с около 20 %;
- увеличение на броя на преминалите болни в големите болници в резултат на ежегодното нарастване на заболяемостта на населението и пренасочване на потока от болни от по-малките болници към по-големите многопрофилни и специализирани държавни болници. Броят на преминалите болни в държавните болници е увеличен през 2003 година спрямо 2001 година приблизително с около 84 000 пациента или с 12 %;

- завършване на първия етап на акредитация – акредитирани са общо 287 заведения, от които 211 болници;
- въвеждане на нови принципи и механизми за управление на финансовото състояние на болниците;
- разработване и стартиране изпълнението на национална стратегия за реструктуриране на болниците.

Основните финансови проблеми през изминалата година са свързани основно със съществуващия системен дефицит във финансирането на болниците, който се задълбочи в резултат на:

- по – късното сключване на Националния рамков договор за 2003 година;
- недофинансирането като обем дейности и равнище на цените от здравноосигурителната каса по клинични пътеки;
- увеличението на потока от болни в големите болници;
- ежегодното инфлационно увеличение на цените.

- ***Финансиране на централните доставки на лекарства и медицински консумативи.***

През 2003 г. за централни доставки на животоспасяващи и животоподдържащи лекарства, ваксини, консумативи и горива, както и за централни доставки и дейности по националните програми за промоция на здравето, профилактика и ранно диагностициране на заболяванията са платени общо 105 326 хил.лв., което е с 62 % повече от разходите за тази дейност през 2001 г. и с 6 % повече в сравнение с 2002 г.

- **Централни доставки на лекарства и консумативи**

През 2003 г. са платени за извършени централни доставки общо 85 543 хил. лева. В сравнение с изплатените суми през 2002 г., ръста е с 6 % или 5 117 хил.лв., а спрямо 2001г. с 49 % или 28 487 хил.лв.

Значително е увеличението на изплатените суми за доставени лекарства по реда на Наредба 23, за биопродукти и ваксини, за радиоактивни изотопи и източници, както и за консумативи за имунохематологията (Табл.5, Фиг.4, Табл.6).

Табл.5

Разходи за лекарства от бюджета на МЗ по групи лекарства (в хил.лева)

	2000	2001	2002	2003
Разходи за лекарства, осигурени по реда на Наредба 23 на МЗ за реда на предписване и получаване на скъпоструващи лекарства, заплащани от РБ	43 741	36 221	50 248	55 169
Разходи за медицински изделия, заплащани от МЗ	2 754	3 489	3 796	4 396
Разходи за ваксини и серуми, заплащани от МЗ	1 316	2 520	2 929	5 943
Разходи за лекарства и консумативи, заплащани от МЗ извън тези по Наредба 23 по национални програми и др.	11 033	7 805	18 624	20 033

Фиг. 4

Структура на разходите за лекарства, медицински изделия, ваксини и серуми и консумативи

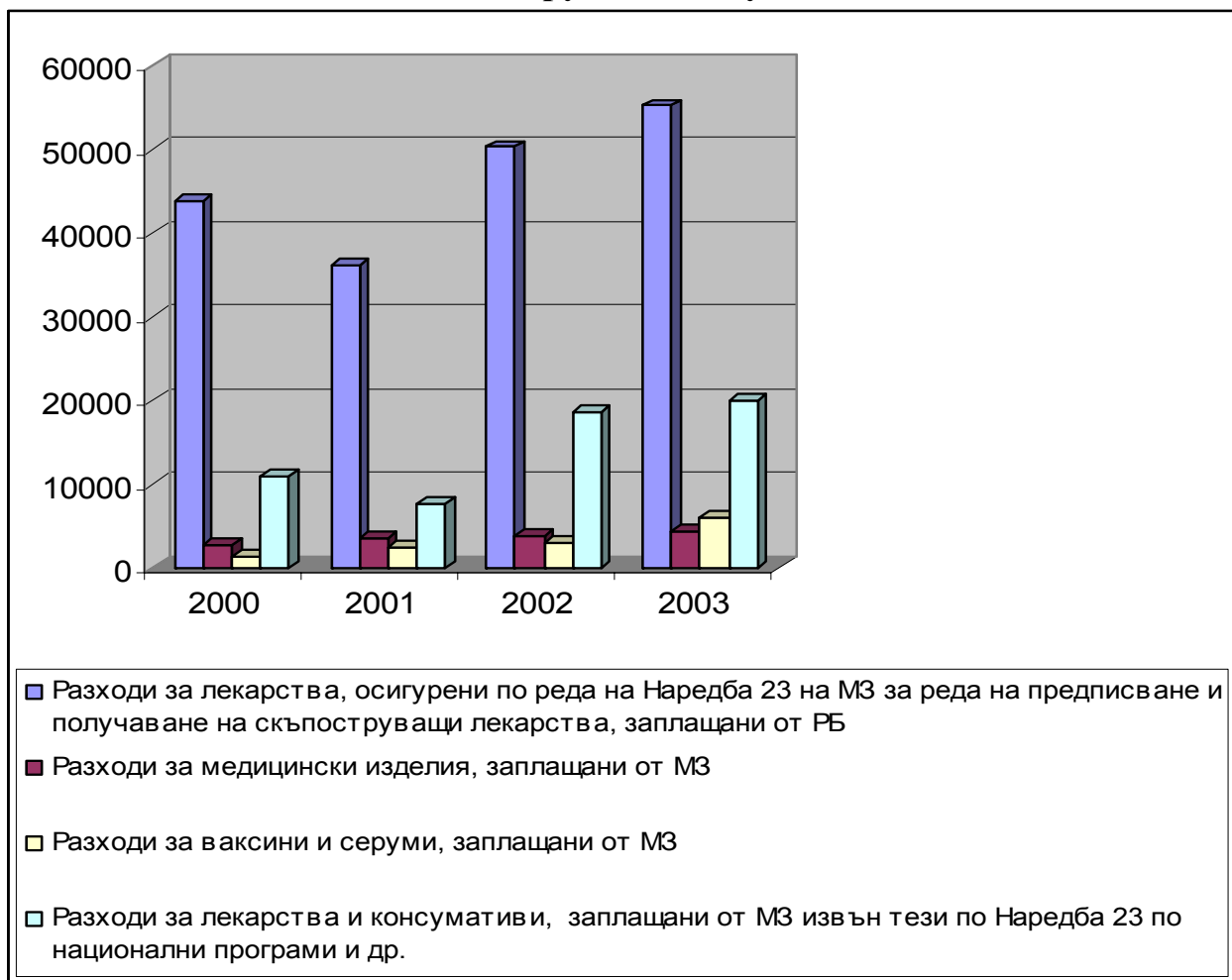


Табл. 6

Динамика на реимбурсираните изцяло или частично лекарства от НЗОК

2000			2001		
		Реимбурсна сума			Реимбурсна сума
Брой изцяло реимбурсирани лекарства	288	28803368	Брой изцяло реимбурсирани лекарства	331	112802286
Брой частично реимбурсирани лекарства	461	12580782	Брой частично реимбурсирани лекарства	722	75909679
2002			2003		
		Реимбурсна сума			Реимбурсна сума
Брой изцяло реимбурсирани лекарства	400	202083281	Брой изцяло реимбурсирани лекарства	372	150634600
Брой частично реимбурсирани лекарства	1015	74134605	Брой частично реимбурсирани лекарства	956	82540243

По показателя ”Годишни разходи за лекарства на глава от населението” България се нарежда заедно със страни като Естония, Латвия и Словакия - 20 - 100 щ.д. и е далеч зад страни като Дания, Португалия и Финландия - 200 - 300 щ.д. /Източник - “База данни -Здраве за всички”, СЗО - 2000 г./.

- *Национални програми*

През 2003 г. е извършено реално финансиране за текущи разходи и дейности по 15 национални програми, като изплатените средства са в размер на 19 783 хил.лв.

С най-голям относителен дял от изплатените средства през 2003 г. са тези за доставка на консумативи за хемодиализното лечение – около 13 400 хил.лева и за диагностикуми и консумативи за СПИН, вирусни хепатити и ППИ – около 2 500 хил.лева годишно.

- *Численост на персонала и равнище на заплащането.*

Фактичката численост на персонала в системата на Министерство на здравеопазването към 31.12.2001 г. е 58 923 души в т.ч. в бюджетните организации 18 294 души и в лечебните заведения за болнична помощ 40 629 души, съответно към 31.12.2002 г. числеността в системата е 54 592 души, от които в бюджетните организации е 17 215 души и в болниците 37 377 души, а към 31.12.2003 г. - 53 853 души общо.

- *Средната брутна годишна работна заплата на бюджетните организации за 2003 г. е около 3 480 лв. при 3 151 лв. за 2002 г. или е увеличена с около 10%.*

Равнището на заплащането и в бюджетните организации и в болниците, финансирани от министерството все още значително изостава в сравнение, както със заплащането на заетия персонал в структурите на извънболничната помощ, така и в сравнение с персонала в повечето от останалите бюджетни дейности и отраслите на материалния сектор на икономиката в страната.

- *Нормативни методологически и организационни проблеми в системата на болничното финансиране от началото на 2004 г.*

Новите нормативни, методологически и организационни промени в системата на финансирането на болниците въведени от началото на 2004 г. са:

- преминаване на всички многопрофилни и специализирани болници с държавно участие в капитала общо 67 заведения и с общинско участие в капитала общо 109 болници на унифициран подход на финансиране от публичните фондове, съответно от Министерство на здравеопазването и от Националната здравноосигурителна каса на база реално извършени медицински дейности и услуги и постепенно увеличаване дела на средствата от здравноосигурителната система и ограничаване дела на субсидиите от държавния бюджет;

- въвеждането на единна методика за оразмеряване субсидиите от Републиканския бюджет за болниците на база преминали болни по класове болести и средни стойности за лечението на преминал болен;
- създаването в болничните структури на организация и информационни масиви за диференцирано отчитане на преминалите болни съобразно източниците на финансиране и по класове болести, както и за разделно планиране и отчитане на приходите и на разходите на болниците по отделения, по класове болести и по икономическа класификация на разходите, с което се формират обективни предпоставки за подобряване управлението и контрола на публичните средства в болничната система;
- подобряване на организацията и по-нататъшно либерализиране на системата на управление на заетостта и на заплащането на труда в болничните структури, с което се създават условия за оптимизиране на числеността на персонала и увеличаване равнището на заплащането на медицинския персонал съобразно обема и сложността на медицинските дейности, които извършват;
- освобождаването на достъпа на пациентите до болничната помощ с премахването на районираното насочване.

В съответствие с параграф 38 от Закона за държавния бюджет на Република България за 2004 година в Министерство на здравеопазването се разработи и въведе единна методика за субсидиране на преобразуваните лечебни заведения за болнична помощ с държавно и с общинско участие.

С този подход на заплащане за извършена дейност се цели, в условията на освобождаване на движението на пациентите с премахване на административното райониране и едно очаквано нарастване на хоспитализираните болни в страната през 2004 година, да се гарантира:

- регулярно базово финансиране на всички болници през цялата година;
- увеличаване на субсидиите за болниците, при които има реално увеличение на дейността съответстващо на нарастването на броя преминали болни и необходимите разходи за тяхното лечение, т.е. ще се отчете, както обема и структурата на дейността, която извършват отделните болници, така и диференциацията на разходите по отделните групи заболявания;
- осигуряване на допълнително финансиране за общинските болници в рисков райони и на болниците прилагачи високо технологични медицински методи;
- избягване на риска за допускане на преразход на средствата, предвидени в бюджета на министерството за болниците, което би ощетило други организации и дейности от системата;
- подобряване организацията, управлението и контрола на паричните потоци и ограничаване на нерегламентираните плащания в болниците;
- мотивиране на болниците да приемат пациенти, които по медицински индикации се нуждаят от специализирано активно лечение и

ограничаване приема на граждани, които могат да бъдат обслужени в системата на доболничната помощ и такива със социални проблеми.

В хода на въвеждането и прилагането на новия подход за финансиране на лечебните заведения обективно възникват и някои рискове и трудности, свързани основно с ежегодното обективно увеличаване на обема на дейността и разходите на болниците от една страна и на системното задържане или намаляване на средствата за тази дейност, които се предвиждат в първоначалните бюджети на страната от друга страна, което неминуемо резултира в периодично натрупване на значителна маса просрочени задължения в болничната система.

Проблемът с нововъзникналите задължения през настоящата година е в резултат на:

- намалението на общия финансов ресурс за болниците предвиден по консолидирания бюджет на страната за 2004 г. в сравнение с фактическите потребности и реалните разходи в системата през предходните години.
- забавянето на сключването на Националния рамков договор за 2004 г., в резултат на което през първото тримесечие здравната каса не заплаща на болниците по новите клинични пътеки и увеличените цени;
- премахването на районираното насочване на пациентите, в резултат на което е налице известна тенденция на увеличаване на общата хоспитализация в страната и пренасочване на част от болните от общинските болници към многопрофилните и специализираните университетски болници и националните центрове, в които обективно и разходите за лечение на преминал болен са значително по-високи;

Стабилизиращите фактори и мерки за ограничаване нарастването на задлъжнялостта на лечебните заведения за болнична помощ са:

- Увеличаване на финансовия ресурс за болниците от здравната каса с подписването на Националния рамков договор за 2004 г.;
- Доплащането, въз основа на методиката на малките общински болници в рискови райони и високоспециализираните държавни болници, доколкото бюджетната рамка за 2004 г. позволява това;
- Предприетите от страна на Министерството на здравеопазването административни мерки за управление и контрол на разходите, включващи оптимизиране на лекарствената политика и ограничаване на инфраструктурните разходи;
- Очаквания дисциплиниращ ефект след въвеждане на новия метод на заплащане, което ограничава възможността в края на всеки месец болниците да получават определена субсидия независимо от дейността, която извършват;
- Започващия процес на вътрешно реструктуриране на болниците и оптимизиране на нерационалните разходи в резултат на очаквания

дисциплиниращ ефект след въвеждането на принципа за заплащане за реолно извършени медицински услуги.

Проблеми в системата на финансирането на здравеопазването.

Етапът, в който се намира здравната реформа позволява да се отчетат постигнатите резултати и сравнително ясно да се дефинират основните проблемни области в системата на макро- и микроравнище.

А. На макрониво:

1. Свръхкапацитет от структури, болнични легла и персонал в болничната и доболничната помощ в редица региони на страната.

2. Диспропорцията в разпределението на финансовия ресурс между извънболничната и болничната помощ и свързаната с това диференциация в нивото на заплащане на заетите в болничната помощ в сравнение със заетите в доболничната помощ и другите бюджетни дейности, както и спрямо равнището на възнагражденията на заетите в отраслите на материалния сектор на икономиката.

3. Отсъствие на ясно дефинирана методология и информационна система за финансиране на болничния сектор на пазарни принципи.

4. Липса на модел за ясен и мотивиран начин за финансиране на неотложната и спешна медицинска помощ, включително и на интензивните и спешни отделения в болничните структури.

5. Отсъствие на стройна система за адекватно като обем и целево ориентирано финансиране на инвестиционните разходи на болниците и произтичащото от това забавяне на оптимизирането на болничната мрежа.

6. Неизградена интегрирана система на национални здравни сметки.

7. Проблема с периодично възникващата задължнялост на болничния сектор, който съпътства дейността на здравната система през последните няколко години.

8. Отсъствие на стратегия и конкретна интегрирана система на взаимодействие между основните финансиращи институции – Министерство на здравеопазването и Националното здравноосигурителна каса, при формирането и провеждането на общата лекарствена политика, включително липса на задълбочена оценка на потребностите и необходимото им финансово обезпечаване.

9. Националните програми за промоция на здравето, профилактика и ранно диагностициране на заболяванията, независимо от определянето им като приоритетни за съответния период, се финансират в рамките на ограничените възможности на бюджета на Министерство на здравеопазването за конкретната година.

Б. На микрониво:

1. Състоянието на сградния фонд и медицинското оборудване на болниците, което предполага по-продължителен период за превръщането им в реални пазарни субекти и ефективни лечебни структури.

2. Отсъствие на унифицирана система и организация за диференцирано отчитане на извършваните дейности в болниците, както и липса на необходимото хардуерно и софтуерно обезпечаване.

3. Недостатъчното икономическо мотивиране на персонала, зает в болничното здравеопазване, с цел повишаване качеството на медицинското обслужване.

4. Липсват методични подходи и опит за определяне на разходите в болниците по отделни звена, групи и видове пациенти, съществуващите информационни системи не осигуряват необходимата икономическа информация, липсват подготвени експерти по тези проблеми.

Основни насоки и мерки за реформиране на здравната система в областта на финансирането в краткосрочен и средносрочен план

Основните принципни насоки и мерки в подхода за реформиране на здравната система в страната през настоящата година, в краткосрочен и средносрочен план, произтичат от целите и приоритетите формулирани в Националната политика в областта на здравеопазването и са насочени към преодоляването на горесцитираните проблеми, като включват следните нормативни, организационни и структурни промени в сферата на финансирането на системата:

1. Усъвършенстване на подхода и разширяване обхвата на финансиране на болничната помощ от Националната здравноосигурителна каса, чрез:

- разширяване до пълно покритие на основния пакет болнична помощ, заплащана по метода на клиничните пътеки;

- въвеждане на диференциран подход на изискванията за покритие на разработените клинични пътеки по ешелона на болничната помощ, съобразно честотата на случаите и възможностите на болниците, като покритие на медицинските стандарти, технологии и професионален опит и получените акредитационни оценки от отделните структури;

- усъвършенстване на начина на остойностяване на клиничните пътеки, основаващ се на принципа за остойностяване на случай с цел покриване на всички реално извършени разходи от изпълнителите. Принципът предполага остойностяване на всички основни и междинни процедури и включване на всички видове разходи по икономически елементи с отразяване тежестта на случаите в различни болници.

- доизграждане на програмно-информационния капацитет и системата на заплащане по диагностично свързани групи.

2. Утвърждаване на възприетия единен подход за финансиране на болниците и с държавно и с общинско участие от Републиканския бюджет чрез бюджета на министерството, дефиниран в разработената и утвърдена Методика за субсидиране на тези лечебни заведения през 2004г., чрез:

- въвеждане на единен модел и критерии за финансиране на всички държавни и общински болници за активно лечение;

- преминаване от финансиране на структури към блоково финансиране за дейност с предоставяне на целева субсидия на базата на реално извършени медицински услуги;

- усъвършенстване на принципа на финансиране на болничния сектор на договорни начала с по-нататъшно диференциране на заплащаните дейности и конкретизиране на условията и реда за предоставяне на държавна субсидия срещу извършване на определени медицински дейности с измерим обем и качество.

3. Рационализиране на болничната мрежа, чрез оптимизиране и редуциране на здравните структури, концентрация и пребазиране на отделения и клиники, както и функционално, организационно и правно преобразуване на няколко централни, областни и общински болнични структури.

4. Въвеждане на грантов принцип за разпределяне на финансовите ресурси по националните програми, съобразно технологичната и професионална готовност на лечебните заведения за изпълнението на заложените в програмите цели и задачи и потребностите от болнични ресурси по региони и социални групи на населението.

5. Въвеждане на пазарно ориентирани модели за финансиране на инвестиционните проекти в здравеопазването със създаване на револвиращ фонд за възмездно финансиране на част от инвестиционните потребности на болниците; създаване на схеми за съвместно финансиране на проекти от министерството, лечебните заведения и университетските и регионалните общности; използване методите на приватизация за оптимизиране на болничните структури и привличане на външни инвестиционни ресурси.

6. Продължаване на процеса на акредитация на лечебните заведения.

7. Въвеждане на надеждна система за мониторинг и контрол на качеството на медицинските услуги и за оценка на отговорността на изпълнителите.

8. Разработване и регламентиране на обучителни програми в областта на болничното управление, икономически анализи, маркетинг и информационното осигуряване.

9. Разработване на програма за пренасочване на човешките ресурси в сектора, подкрепена финансово от проекта Реформа в здравния сектор, произтичащо от освобождаването на част от медицинските специалисти и друг персонал в болниците, които ще се реструктурират.

10. Развитие и усъвършенстване на системата на доброволни здравноосигурителни фондове.

11. Ръководният екип на Министерство на здравеопазването е добре запознат и ясно съзнава някои несъвършенства на възприетия подход на заплащане по клинични пътеки и на прилаганата от началото на настоящата година методика за финансиране на болниците. Опитът от предходните години потвърждава, че заплащането по клинични пътеки не е най-ефективния и прецизен модел на финансиране на здравни системи. Именно за това, сегашният формат на финансиране с институционализирани два

основни приходоизточници за болниците, следва да се разгилежда като преходен етап до преминаване на остойността на медицинския продукт по метода на диагностично свързаните групи / ДСГ/ .

В този смисъл периодичното ескалиране на задължността на лечебните заведения в системен план се формира от две групи фактори : от несъвършенствата на прилагания модел на финансиране и от конкретния финансов мениджмънт на отделните болници.

В връзка с това Министерството на здравеопазването :

- ще предприеме конкретни административни мерки за насочване на осигурените за 2004 г. допълнителни бюджетни средства за приоритетно погасяване на просрочени задължения на лечебните заведения;
- ще предприеме всички предвидени в законодателството мерки за недопускане от страна на ръководителите на държавните болници да поемат задължения, които не са ресурсно обезпечени;

Наложително е да се приеме и политическо решение по отношение на болничните структури, които поемат задължения, несъответстващи на техните възможности за извършване на дейност, акумулираща приходи.

3.2. Предоставяне на услуги

3.2.1. Опазване и контрол на общественото здраве

Основите на съвременната система на общественото здравеопазване в България се поставят преди 125 години, когато младата българска държава осъзнава значението на този проблем и през 1909 г. регламентира първите структури и задачи на общественото здравеопазване със *Закон за опазване на общественото здраве*. България е една от първите държави, която въвежда имунизацията срещу вариола и бяс още в края на 19 век.

Демократичните промени през 1989 г. завариха страната с изградена национална система за общественото здраве, която включва дирекция в Министерство на здравеопазването, 4 национални центъра – по общественото здраве, по хигиена, медицинска екология и хранене, по заразни и паразитни болести и по радиобиология и радиационна защита, а също 28 хигиенно-епидемиологични инспекции (ХЕИ). Системата се ръководи от главен държавен санитарен инспектор, който е и заместник министър на здравеопазването.

Извършващият се преход е твърде болезнен, тъй като се съпровожда с редица характерни трудности. Неблагоприятните икономически условия в страната през последните 14 години дебалансираха структурата на разходите и потреблението и увеличиха негативните въздействия върху общественото здраве на нерационалното хранене, тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, наркотици, рисково сексуално поведение, хроничния дистрес и др. Нарастна влиянието и на вторичните рискови фактори, като артериална

хипертония, диабет, затлъстяване и други. Най-силно изложени на въздействията на тези фактори са децата, гражданите с ниски доходи, някои етнически общности, лицата с вродени увреждания и инвалидите.

В преходния период, в който държавната икономика се преориентира към пазарна, реформата в българското обществено здравеопазване се развива по специфичен начин.

Държавата запази своите ръководни и финансиращи функции спрямо структурите на общественото здравеопазване, спешната медицинска помощ, трансфузионната хематология, стационарната психиатрична помощ, медико-социални грижи на деца до тригодишна възраст, трансплантацията, медицинската експертиза и здравната информация. Централизираната система на работа се запази за хигиенно-епидемиологичната служба, доставки на съвременна апаратура и оборудване, транспортни средства, финансиране на програми и др., в съответствие с местната специфика и самостоятелност.

За разлика от радикалните промени в областта на болничната и извънболничната помощ промените в общественото здравеопазване имат еволюционен характер:

Промени във функциите – отпаднаха дейности, като дезинфекциите, дезинсекциите и дератизациите, които преминаха на пазарен принцип. Създадох се служби по трудова медицина, които поеха контрола на хигиената на труда и оценка на риска на работното място. Някои от дейностите преминаха към други ведомства: условията на труд - към Министерството на труда и социалната политика. Други функции, като контрола на лекарствените средства бяха поети от системата на здравеопазването. Ясно бе определен обхвата на дейността на хигиенно-епидемиологичната служба, с оглед премахване дублирането на дейности, извършвани и от други министерства и ведомства. Целта беше създаването на структури, които максимално да отговарят на потребностите за прилагане на Европейското законодателство в областта на контрола на стоки, имащи значение за здравето на населението.

Цялостно обновяване на нормативната база, която беше хармонизирана с правото на Европейския съюз, особено в областта на контрола на храните, водите, шума. Беше регламентирана отговорността на производителите и търговците, която досега беше поемана и от държавата. За периода от 2000 до 2004 г. бяха приети 2 закона 96 наредби.

Усъвършенстване на вътрешната организация със запазване и доразвиване на положителните ѝ елементи. През 1999 г. се постигна ясно разграничаване на структурите, които осъществяват контрол, от тези, които извършват промотивна дейност с обособяването на отдели “Профилактика на болестите и промоция на здраве” към ХЕИ. Бяха разформирвани съществуващите отдели “Хигиена на хранене”, “Хигиена на детско-юношеската възраст”, “Комунална хигиена” и бяха създадени отделите “Държавен санитарен контрол”, “Лабораторни изследвания”, “Организационно-информационен”, като отдел “Противоепидемичен

контрол” запази своята структура и функции. Държавният санитарен контрол започна да се осъществява на териториален принцип, независимо от вида на обектите и съществуващата специализация на служителите. Тези структурни промени внесоха нов рационален елемент в дейността на хигиенно-епидемиологичната служба като цяло. В съответствие с принципите на Отавската и последвалите я други харти и декларации, се даде приоритет на промоцията на здраве и оценката на риска за здравето, свързан с околната среда, работната среда и начина на живот. Понастоящем министерството на здравеопазването работи по 22 програми, от които 12 са в областта на профилактиката, като редица от тях се реализират и на регионално ниво.

Една от тях е програма СИНДИ – България, която се развива възходящо в осем зони на страната с население около 700 000 души. Тя изгради модел на работа, включващ в дейностите за здраве, освен медицинската служба, изпълнителната власт, общността и семейството. Вече има определени положителни промени в поведението на населението за здраве и в нивото на някои показатели свързани с основните фактори на риска за най-честите хронични болести. Важно е сега тези промени да се задържат и развиват.

Бъдещите планове в това отношение предвиждат нейното разширение чрез включване на други региони, и което е по-важно на други модули за интервенции в общността: психично здраве, репродуктивно здраве, промоция на здравето в болниците и училищата, фитопрофилактика и нефармакологичен контрол на хроничните болести, суицидопрофилактика, профилактика на ХИВ/СПИН и др. За тази цел ще бъдат използвани образователни стандарти и критерии от проектите, получаващи техническа и консултативна помощ от ЕС, СЗО, Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария и др. международни организации. Такъв тип разширение на програмата СИНДИ ще покрие значителна част от обхвата на новото обществено здравеопазване.

Интензификация на дейността - в продължение на 15 години броят на работещите в системата на общественото здраве бе намален от 4900 на 3600 служители, като едновременно с това се увеличи обема на дейностите, в това число на контролната дейност.

Непрекъснато повишаване квалификацията на кадрите чрез организиране на курсове с международно участие за изграждане на капацитет, в т.ч. за прилагане на нормативните актове, хармонизирани с правото на Европейския съюз. Около 70 % от работещите в системата са с професионална квалификация по общественото здраве.

Промяна в начина на финансиране на системата - в началото на прехода ХЕИ бяха на издръжка на общините, което ги поставяше в зависимо положение от местната власт. Тази ситуация бе променена с регламентиране на финансирането на системата от държавата чрез бюджета на Министерството на здравеопазването.

Непрекъснато подобряване материално-техническата база на ХЕИ както по отношение на сградите, така и на апаратурата, оборудването, автомобилния транспорт.

Запазване на връзките и взаимодействието с първичната медицинска помощ, като хигиенно-епидемиологичната служба има експертни, консултативни, методични и контролни функции, както по отношение на общопрактикуващите лекари, така и на болничните заведения. Големи усилия се полагат за обучението и контрола в областта на заразните заболявания, срочното, качествено и пълно обхващане на подлежащите за имунизациите по Националния имунизационен календар - задачи, нови за общопрактикуващите лекари. Държавата се ангажира със закупуването на ваксините и техническите средства за тяхното прилагане, като чрез ХЕИ те достигат до личните лекари, които извършват самите имунизации. За тази си дейност те се финансират от Националната здравноосигурителна каса.

Следващите стъпки за реформирането на системата, са определени в **Закона за здравето**:

- *промяна на статута* на работещите в органите на държавния здравен контрол, които стават държавни служители. Така те ще имат по-висок статус в обществото, по-добро заплащане и повече отговорности;
- *облекчаване дейността* на производители, вносители и търговци, като в повечето случаи разрешителния режим се заменя с регистрационен, както по отношение на обектите, така и на стоките, имащи значение за здравето на населението. Това ще доведе до намаляване на излишната бюрокрация, но и до поемане отговорността за качеството и безопасността на стоките и различните дейности от производители, вносители и търговци, като държавата си запазва правото за оценка и контрол;
- *разширяване правомощията* на системата, включително и санкционните правомощия;
- *усъвършенстване на законодателството* в областта на храните, водите, химикалите, техническите изисквания към продуктите, чрез създаване на нови нормативни актове, които са хармонизирани с правото на Европейския съюз.
- *подобряване на финансирането* – регламентира се 60 % от платените услуги, поискани от физически и юридически лица и приходите от глоби и имуществени санкции да се насочват през бюджета на Министерството на здравеопазването за реализация на национални и регионални профилактични програми. Бюджетът за програмите ще бъде регулярно попълван и с 1% от събраните средства от акцизите върху тютюневите изделия и спиртните напитки.

Стратегическата цел е задълженията на МЗ да излязат извън пределите на обществените и лични здравни услуги и обхващайки други области на обществената политика да се осигурят такива условия, при които по-

нататъшното развитие на системата на общественото здравеопазване да стане цялостна междусекторна задача.

През последните 15 години българското здравеопазване е търсило и намирало подкрепа и съдействие чрез съвместни проекти и програми от страна на Европейското бюро на Световната здравна организация, Европейската комисия, различните фондове и отделни европейски държави.

Досегашният опит показва, че постепенното адаптиране на системата за обществено здраве към европейските стандарти, при отчитане на националните традиции, гарантира възприемането и прилагането на най-добрите международни постижения в тази област.

3.2.2 Извънболнична медицинска помощ

От 1 юли 2000 г. в Република България стартира реформата в извънболничната помощ. Тя е законово базирана главно на двата закона - Закон за лечебните заведения и Закон за здравното осигуряване, както и на редица, свързани с тях, подзаконови актове.

Извънболничната помощ в страната се осъществява от:

- лечебни заведения за *първична помощ* - индивидуални и групови практики за медицинска или стоматологична помощ.
- лечебни заведения за *специализирана помощ*:
 - индивидуални и групови практики за специализирана медицинска или стоматологична помощ,
 - медицински център, стоматологичен център,
 - медико-стоматологичен център,
 - диагностично-консултативен център,
 - самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

През първата година от създаването на институцията на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) броят им е 5 146 за да достигне през 2003 г. - 5 330.

Средният брой на обслужваното от ОПЛ население за страната през 2000 г. е 1395, а през 2003 г. - 1472.

Броят на оборудваните практики общо за страната е 2325.

От 1 юли 2000г до края на 2002г в системата на задължително здравно осигуряване се включва почти цялото население. Условието на НРД-2001 и НРД-2002, изискващи реализиране на служебен избор на лекар при контингенти на институционална държавна и общинска издръжка, спомогнаха за пълноправно включване в системата на лица, настанени в социални домове, в случаите когато не са обслужвани от нает лекар. Нивото на регистрация на населението при общопрактикуващ лекар нараства от 91.14% към 30.06.2001 г. на 97.39% спрямо статистическия брой население

по данни на НСИ към 31.12.2002 г. и показва тенденция към стабилизиране . Все още в този период остават нерегистрирани деца и други лица, нуждаещи се от социална здравна защита, което налага изменения в нормативната уредба, както и поставяне на акценти върху тези категории в следващите рамкови договори.

Намаляват регионалните различия в нивата на регистрация при общопрактикуващ лекар, което гарантира равномерната осигуреност с ПИМП. За всички области нивото на регистрация за второто полугодие на 2002 г. е над 90%, с изключение на РЗОК - Хасково – 89,61%.

Изпълнение на националната здравна карта (НЗК) за ПИМП, средно за страната, е над 100% като към 31.12.2002 г. е 107.36%.

Запазват се обаче тенденциите на концентрация на общопрактикуващи лекари в областите с медицински университети, при ниска осигуреност в други области с дефицит на лекарски кадри и по-неразвита инфраструктура. Най-слабо изпълнение на НЗК има за област Разград – под 67%, а най-високо - за София-град - над 128%. Следва да се търсят по-дългосрочни решения за привличане на лекарски кадри в ПИМП в региони с по-ниска осигуреност.

Броят на лечебните заведения за ПИМП нараства постепенно през 2001 и 2002г при подчертана индивидуализация, като 82% от общопрактикуващите лекари упражняват индивидуална практика. В последната година се наблюдава разкриване на нови групови практики, включително и в по-малки населени места, което се дължи на икономически и организационни предимства на този вид практики. Условията на работа в групови практики позволяват да се осигури на населението по-качествена първична медицинска помощ.

Един от успехите на прилаганите икономически стимули в НРД-2001, и НРД-2002 е намаляването на броя на незаетите общи практики в малки населени места с неблагоприятни условия. От 1200 незаети практики в началото на реформата те са сведени до 312 към 31.12.2003 г. Въпреки тази добра тенденция, съществува потребност от разработване на по-чувствителна система за стимулиране и промяна на методиката за определяне на неблагоприятните места.

Броят регистрирани лица на един общопрактикуващ лекар, средно за отделните области, е в диапазона на световната практика за натовареност. През разглежданите периоди няма големи колебания в броя регистрирани лица средно на един общопрактикуващ лекар. Условията за сключване на договори (например въведената долна граница от 800 души в големи населени места), както и икономическият интерес на лекарите обуславят създаването на големи практики, в които здравноосигурените лица не винаги получават необходимото внимание и качествено обслужване.

Регионалното разпределение на регистрираното население на един общопрактикуващ лекар е неравномерно при намаляваща вариация. Само в 4 области се отчитат по-големи отклонения от средната стойност. Най-много регистрирани на един общопрактикуващ лекар има в РЗОК - Търговище и

РЗОК -Разград - над 2000 лица, а най-малко – в Столичната здравноосигурителна каса (СЗОК) и в РЗОК - Плевен – под 1300.

Реципрочният показател за осигуреност с ОПЛ на 1000 здравноосигурени лица показва незначително подобряване на ситуацията в рамките на двете години, но се затвърждава впечатлението, че проблемите с неравномерността в разпределението на лекарите за ПИМП в различните области е траен и трудно обратим процес. Решаването на проблема се нуждае от по-комплексни мерки от здравнополитическо, социално, икономическо, и управленско естество.

Финансиране на ПИМП. Методиката на финансиране на ПИМП претърпява промени от началото на реформата до днес. Съгласно НРД 2000 г. основният принцип на финансиране са броя на регистрираните здравноосигурени лица (85% от заплащането) и изпълнението на приоритетни програми, критериите за неблагоприятни условия на работа и инцидентните посещения. В следващите НРД основни елементи са минималният пакет за първична извънболнична помощ, като все повече се конкретизира участието в приоритетни здравни програми(40% от общите плащания за 2002 г. са за дейност) и намалява делът на заплащане на база брой здравноосигурени лица. Нарастват и елементите свързани с профилактична дейност и диспансерно наблюдение и с акцент върху майчиното и детско здравеопазване.

Въведеният механизъм за допълнително заплащане, в случаите на неусвояване на годишния бюджет за ПИМП, не предоставя реални стимули на изпълнителите за подобряване на качеството на дейността и обхващането на здравноосигурените лица тъй като обхвана и неизрядни договорни партньори.

Унифицираните регулативни стандарти, които лимитират достъпа до специалист, не дават възможност на конкретния изпълнител да оказва адекватна медицинска помощ на специфичния контингент здравноосигурени лица.

Предложения за оптимизиране на финансирането на ПИМП.

- Смесената система на финансиране на ПИМП, комбинираща заплащане за дейност със заплащане за регистрирани здравноосигурени лица, отразява най-адекватно спецификата на първичната медицинска помощ. Препоръчително е тази система да бъде запазена и в бъдеще като в нея се повиши тежестта на заплащането за профилактична и диспансерна дейност. Добре би било отчетността на изпълнителите да бъде опростена.
- Необходимо е допълнителното заплащане, в случаите на неусвояване на годишния бюджет за ПИМП, да бъде обвързано с качеството на дейността на изпълнителя.
- Регулативните стандарти да се развият в следните насоки:
 - повишаване на тяхната адаптивност към потребностите на специфичния контингент на изпълнителя и

- предоставяне на стимули за увеличаване отговорността на изпълнителите при възлагане на специализирана медицинска помощ.

Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)

Специализираната извънболнична медицинска помощ се осъществява от Диагностично-консултативни центрове (ДКЦ), Медицински центрове (МЦ), Медико-стоматологични центрове и Медико-диагностични и Медико-технически лаборатории.

През 2000 г. броят на ДКЦ в страната е 92 а на МЦ – 169. През 2003 имаме съответно 101 ДКЦ и 360 МЦ. По-големият брой МЦ би могъл да бъде обяснен с ограничените изисквания при разкриване на медицинските центрове.

Общият брой на специалистите работещи в СИМП е нарастнал от 4 752 през 2000 г. на 7 161 през 2003 г. и съответно броят на специалностите през тези години от 26 на 30. Наблюдават се процеси на хоризонтална интеграция на специалистите от извънболничната помощ в ДКЦ и МЦ, което е отговор на потребителските предпочитания и израз на по-голяма комплектност и ефективност от предоставената медицинска дейност. През 2002 г. се запазва структурата на лечебните заведения, като 71% от специалистите по договор с НЗОК работят в МЦ или ДКЦ и 23% са на индивидуална практика.

Изпълнението на НЗК за страната при специалистите през 2002 г. надхвърля 200% средно за страната. Изпълнението на НЗК по региони бележи тенденция на увеличение в почти всички области. Вариацията между областите нараства още повече и е във връзка със степента на развитие на здравната мрежа и реструктурирането в болничната помощ. Част от лекарите, работещи в болници и диспансери се включват в структури за СИМП. Драматично увеличение се наблюдава в Плевен, София-град, Кюстендил, Пазарджик и София-област.

Изпълнението на НЗК по специалности на национално ниво показва покритие над 140% при всички специалности . Най-високо изпълнение към декември 2002 г. се наблюдава при специалностите: ортопедия и травматология (334%) и нефрология (330%), а най-ниско - при специалностите: психиатрия (147%), педиатрия (164%) и алергология (165%).

Единадесет специалности формират 80% от всички договори, сключени със специалисти. За пет от тях са изпълнени изискванията на НЗК във всички области. За другите шест специалности - хирургия кардиология, педиатрия, ендокринология, психиатрия и дерматовенерология сключените договори не покриват изискванията на Националната здравна карта предимно в областите Разград, Смолян, Силистра и Шумен, като изпълняват 80% от НЗК.

Осигуреността със специалисти на 1000 здравноосигурени лица по области е по-неравномерна в сравнение с осигуреността с общопрактикуващи лекари. През 2002 г. най-голям е броят на специалистите в Плевен и София-град – 1.7 на 1000 регистрирани здравноосигурени лица. Най-ниска е осигуреността със специалисти в областите Силистра, Разград и Русе – 0.5 на 1000 здравноосигурени лица.

Броят на специализираните медицински дейности, предоставени на осигурени лица и заплатени от НЗОК, нараства постепенно, което е положителна тенденция илюстрираща по-адекватно задоволяване на търсенето на специализирана помощ и усвояване на планираните ресурси. Реализираните и отчетените посещения при специалистите през 2002 г. нарастват с 30% в сравнение с 2001 г при нарастване с 10% на броя първични посещения и с 55% на отчетените вторични посещения.

Изпреварващото нарастване на вторичните посещения също може да се оцени като позитивен резултат на предложените по-добри условия в НРД-2002 и в индивидуалните договори с изпълнителите, в които се освободиха от ограничения вторичните посещения при специалистите, работещи по програми за здравни приоритети и с диспансеризирани лица.

За периода 2001-2002 г. високоспециализираните медицински дейности са определени по вид и стойност и показват трайна тенденция към увеличаване.

Финансиране на СИМП. Методиката на финансиране на СИМП в различните НРД се базира на вида на посещенията, физиотерапевтичните курсове на лечение, медико-диагностичните изследвания, като показва динамика в насока на диференциране и по-детайлно дефиниране. В годините нараства не само обхвата на специалностите, но се включват и нови елементи като високоспециализирани дейности и прегледи за ЛКК. Унифицираното ограничение на вторичните посещения усложнява процеса на диспансеризация и промените в НРД са насочени основно към регулация на вторичните посещения в зависимост от вида СИМП. Унифицираните регулативни стандарти не дават възможност на конкретния изпълнител да оказва адекватна медицинска помощ на специфичния контингент здравноосигурени лица.

Въвеждането на регулативни стандарти за възлагане на специализирани медицински дейности създава възможност за определяне на по-обективни критерии с оглед задоволяване на нуждите на пациентите.

Остава проблемът с недостига на ресурси за заплащане на необходимата СИМП за здравноосигурените лица. Най-голям проблем представлява осигуряването на медико-диагностичната помощ, необходима във връзка с диспансерното наблюдение на заболяванията и провеждането на профилактична дейност при деца и възрастни.

Предложения за оптимизиране на финансирането на СИМП.

- Препоръчително е да се запазят елементите на заплащането на СИМП, тановили се като адекватни с практиката.

- Развиването на регулативните стандарти да е насока повишаване на тяхната адаптивност към потребностите на специфичния контингент на изпълнителя.
- Необходимо е допълнителното заплащане, в случаите на неусвояване на годишния бюджет за СИМП, да бъде обвързано с качеството на дейността на изпълнителя за да представлява финансов стимул за подобряване на дейността.

Проблеми в системата на първичната и специализираната извънболнична медицинска помощ

Проблемите в ПИМБ и СИМП са сходни и биха могли да бъдат диференцирани на проблеми, свързани с общопрактикуващия лекар или специалиста, с НЗОК и с пациентите.

Проблеми, свързани с общопрактикуващия лекар и специалиста:

- неосигурен постоянен денонощен достъп до медицински услуги, което е особено изразено в малките населени места-отказ за извършване на прегледи извън часовете за амбулаторен прием, през нощта и в празнични дни;
- отказ за издаване на направления за специалисти и изследвания и ограничаване на достъпа до специализирана помощ; забавяне и ограничаване на достъпа до специалисти и изследвания при представяне пред ЛКК (т.е. неспазване изискванията на Наредба за експертиза на работоспособността и съответни членове в НРД);
- неспазване правата на пациентите: неправомерно вземане на потребителска такса; неправомерно събиране на такса за вземане на кръв и биологичен материал;
- некачествено изпълнение на профилактичните прегледи;
- отказ за извършване на медицински дейности на здравноосигурени лица от други здравни райони и на ЗЗОЛ с невнесени здравни осигуровки;
- непознаване на правата на пациента;
- представяне на отчети за неизпълнени дейности
- липса на компютърна техника за реализиране на електронните отчети, висока цена на последната
-
- Проблеми свързани с НЗОК
- непълнота, несъгласуваност и честа промяна на действащата нормативна база;
- липса на интегрирана информационна система;
- недостиг на задължителни медицински стандарти и правила за добра медицинска практика по всички специалности, което затруднява задаването на точни медицински параметри;
- липса на навременна информация за реда и начина по предписване на лекарствени продукти;

- недостатъчно добре организирано обслужване на пациентите в някои структури на РЗОК
- забавяне въвеждането на електронно отчитане в СИМП
- ограничен ресурс в рамките на бюджета на НЗОК за СИМП, включително и за медико-диагностична дейност

- Проблеми свързани с пациентите
- пациентите не са запознати със своите права
- пациентите не изискват финансов документ от ОПЛ за потребителска такса и извършени платени здравни услуги
- липса на отговорност за собственото здраве – пациентите не реагират винаги на покана за извършване на профилактичен преглед, не спазват предписания лечебен и хигиенно-диетичен режим и не винаги с поведението си съдействат за лечението си

Препоръки за подобряване на ПИМП и СИМП

- Да се акцентира вниманието върху социално уязвимите контингенти – деца, социално слаби, инвалиди и т.н. като се предприемат изменения в нормативната уредба и в сключваните рамкови договори;
- Да се отстранят формалните пречки и да се предложат икономически условия за развитие на малките общи практики, позволяващи по-добро обслужване и повече грижи за пациентите както и стимулиране на създаването на групови практики;
- Необходимо е да се разработи национална програма за подобряване на условията на предоставяне на ПИМП и СИМП в неблагоприятни райони и малки населени места като се оптимизира системата за стимулиране;
- Разработване на инструменти за повишаване на индивидуалната отговорност на ОПЛ за насочване към специалист и назначаване на медико-диагностични изследвания с цел повишаване на ефективността на системата и доближаване на търсенето на специализирани услуги до предлагането;
- Простяване на отчетността и намаляване на загубите на време за писмена работа на ОПЛ;
- Поставените основи в областта на диспансерното наблюдение на хронично болни лица е необходимо да бъдат доразвити в следващи рамкови договори с цел пълно покритие на нуждите на хронично болните от адекватна специализирана помощ;
- Въвеждане на стимули за извършване на профилактични прегледи и дейности от ОПЛ на всички регистрирани лица;
- Ограничаване на дела на капитационното заплащане при нарастване на тежестта на заплащането на реално извършена дейност от ОПЛ;
- Допълнителното заплащане на ПИМП и СИМП, в случай на неусвоен бюджет, да бъде обвързано с качеството на предлаганите услуги.

- Регулативните стандарти да се развиват адекватно към потребностите на населението.
- Изграждане на интегрирана информационна система;
- Въвеждане на смарт карта на пациента;
- Създаване на медицински стандарти и правила за добра медицинска практика по всички специалности в най-кратки срокове;
- Решаване на проблема с невнесените здравни осигуровки на законодателно ниво;
- Създаване на система за продължаваща квалификация и обучение на лекарите;
- Необходимо е да отпаднат административните ограничения на обема дейност на ниво изпълнител на високоспециализирани дейности (ВСД) с оглед по-адекватен отговор на търсенето и нуждите на осигурените лица;
- Темповете на разширяващо се предлагане на специализирани медицински услуги, изпреварващо темповете на изменение във финансовия ресурс, водят до ниска натовареност на специалиста с дейности, заплатени от НЗОК, както и до бъдещо пазарно преструктуриране на този сектор.

В НРД 2004 е предвидено да се увеличи броя на заболяванията подлежащи на диспансеризация, включени са нови позиции медико-диагностични изследвания, разширен е броят на високоспециализираните дейности (ВСД). Специално внимание се отделя на онези от тях, свързани с потенциално по-висок риск за пациента, оптимизирани са дейностите по програмите за майчино и детско здравеопазване като специално внимание се обръща на бъдещите майки, подобрява се съотношението капитация – извършена дейност като се завишава тежестта на профилактичната и диспансерна дейности.

Центрове за спешна медицинска помощ (ЦСМП)

В страната функционират 28 центъра за спешна медицинска помощ. Към всеки център за спешна помощ има различен брой филиали, чиято дейност центърът ръководи и отчита. Дейността на ЦСМП се определя основно в три направления: за спешна медицинска помощ, за неотложна медицинска помощ и за санитарен транспорт. И през трите години на разглеждания период, най-голям обем дейности са извършени по повод спешна медицинска помощ.

3.2.3. Болнична помощ

Реформата в болничната помощ стартира една година след преобразуването на извънболничната и обхваща всички видове болнични заведения: многопрофилни и специализирани - за активно лечение; за долекуване и продължително лечение; за долекуване, продължително лечение и рехабилитация и за рехабилитация.

Според обслужваната територия болниците биват: районни, областни, междуобластни и национални.

За периода 2000–2002 г. се наблюдава нарастване на броя на специализираните болници.

През 2000 г. общият брой на болниците е 238 с 53 129 легла, а през 2002 г. – 251 болници с 46 929 легла. През 2002 г. функционират 24 частни болници с общо 475 легла. Увеличението на броя на болниците се дължи на преобразуването на бившите санаториуми в специализирани болнични заведения.

За периода 2000–2002 г. броят на болничните легла намалява, а броят на леглата в извънболничната помощ и хосписите нараства. Значително е намаляването на броя на леглата в многопрофилните болници за активно лечение. През 2002 г. здравната мрежа в страната разполага с 56027 легла, от които 46929 болнични.

Осигуреността с болнични легла на десет хиляди души от населението през 2002 г. е 59,8.

Броят на диспансерите общо и по отделни видове диспансери се запазва за периода 2000 – 2003 г. като леглата в тях се редуцират от 4 348 на 4 101.

Основните групи медицински персонал в системата на болничното обслужване са лекари, стоматолози, фармацевти и специалисти със средно или висше образование (степен “специалист”). През 2001 г. в болничната помощ са работили: 13 218 лекари, 97 стоматолози, 273 фармацевти и 29 914 специалисти със средно или висше образование (степен “специалист”). През 2002 се наблюдава незначително намаляване на броя на болничните лекари (те са 13 161) и на фармацевтите (215), по-значително намаляване на броя на специалистите със средно и висше образование (29 143), а при стоматолозите е налице увеличение (171).

За периода 2000–2002 г., броят на преминалите болни през лечебните заведения като цяло се е увеличил, като най-силно е изразено това увеличение в многопрофилните болници (от 951 368 на 1 006 107) и по-специално в тези за активно лечение (от 948 818 на 1 000 728), специализираните болници за активно лечение (от 99 600 на 105 737), както и в диспансерите (от 59 633 на 73 971). Намалява броят на преминалите болни в специализираните болници за долекуване и продължително лечение и за рехабилитация.

За периода 2000 г. – 2003 г., се наблюдава намаляване на броя на *пролежаните леглодни* в почти всички видове лечебни заведения.

Исключение правят частните заведения за болнична помощ и диспансерите за белодробни болести.

Използваемостта на леглата през тези години показва тенденция на увеличаване – за многопрофилните болници от 251 на 270 и за специализираните болници от 210 на 223 дни.

Използваемостта като цяло е най-висока в психиатричните болници (294 дни през 2002 г.), диспансерите за белодробни болести и диспансерите за психични болести (281 дни през 2002 г.) и диспансерите за онкологични болести (278 дни през 2002 г.) .

Средният престой следва тенденция на снижаване през разглеждания период, като за многопрофилните болници показателят е 10.1 за 2000 г. и 8.3 за 2002 г., а за специализираните съответно 12.6 и 11.1.

Най-висок среден престой се запазва в психиатричните болници – 67,2 през 2002 г. и психиатричните диспансери – 27,7 дни – 2002 г. Висок е средният престой и в диспансерите за белодробни болести – 21,4 дни през 2002 г.

Финансиране на болничната помощ

В процеса на реформиране на болничният сектор в България, през 2001 год. бе направен извод, че здравната система поради исторически обусловеното си структуриране и функциониране вече не може да отговори на спецификата и нуждите на потреблението. Това наложи промяна в метода на финансиране на лечебните заведения за болнична помощ. Наред с продължаващото бюджетно финансиране на ретроспективен принцип, като най-подходящ метод за договаряне от страна на НЗОК на качествен болничен продукт бяха определени клиничните пътеки (КП), които се възприемат и като преходна стъпка към кейс микс подхода и диагностично-свързани групи (ДСГ). През следващите години клиничните пътеки се усъвършенстват от гледна точка на индикации за хоспитализация, изисквано оборудване, квалификация на персонала, показатели за качество (прецизиране алгоритъма на лечение), документация и подобряване на финансирането на преминал през стационара по КП пациент. Едновременно с това расте броят на изработените КП с увеличаващия се дял на болничната помощ от общия бюджет на НЗОК.

През 2001 г. броят на клиничните пътеки е 30 и обхваща 158 диагнози, като през следващите години те се увеличават съответно на 40 през 2002 г. и на 81 през 2003 г, обхващащи 1 500 диагнози.

В годините нараства и броят на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите с легла сключили договор с НЗОК за дейност по клинични пътеки. Докато през 2001 г. броят на лечебните заведения е 148, а броят на сключените договори е 2 107, през 2002 са сключени договори със 193 болници и диспансера за 2 899 клинични пътеки, а през 2003 г. общо 258 болници и диспансери са сключили договор за 5 444 броя клинични пътеки.

Непрекъснато нараства броят на преминалите болни по клинични пътеки. През 2003 г. той е увеличен спрямо 2001 г. с 251 918 случая или с 41 %. Това се дължи както на по-големия брой лечебни заведения за болнична

помощ сключили договор с НЗОК, така и на нарастването на броя на финансираните диагнози. Най-висок е броят на преминали болни в големите градове и областите, на чиято територия се намират университетски болници.

Въвеждането на клиничните пътеки има редица положителни ефекти върху системата на болничната помощ като:

- получаване на финансов ресурс за действително извършена дейност;
- парите следват пациента;
- стандартизиран начин на лечение на национално ниво;
- възможности за оценка качеството на медицинското обслужване;
- изграждане на навици за коректно попълване на болничната документация;
- повишаване разходната ефективност на клиничната практика;
- стимулират усъвършенстването на материално-техническата база;
- стимулират стремежа към повишаване квалификацията на медицинският персонал;
- наблюдава се разширяване на достъпа на осигурените лица до по-голям брой болнични лечебни заведения, възможност за сключване на договори не само с болниците за активно лечение, но и с болници за рехабилитация, както и с диспансери, ведомствени и частни болници;
- нараства и интересът на болнични лечебни заведения с различна собственост за сключване на договор с НЗОК по определени клинични пътеки;
- съществува трайна тенденция на нарастване на потреблението на болнична помощ. Увеличението на броя на диагнозите, финансирани от НЗОК, както и премахването на формалните ограничения при договаряне на обеми дейности с болниците предоставя възможност за по-пълно задоволяване на потребностите на здравноосигурените лица;
- клиничните пътеки са удачен инструмент за договаряне, повишаване на качеството и контрол над изпълнението на договорите. Получените резултати за влияние на клиничната пътека върху основни качествени показатели на болничната дейност са окуражаващи, но се нуждаят от по-широко анализиране в аспекта на медицинските изисквания и общата картина на състоянието на болничната помощ
- създадени са по-добри стимули за изпълнителите на болнична помощ за предоставяне на качествено лечение по клинични пътеки. Стимулите са свързани с по-високия размер на заплащане за случай, както и с предвидената възможност 40% от приходите за дейността по клинични пътеки да се предоставя като възнаграждение на персонала.

Използването на клиничните пътеки като метод за финансиране на болничната дейност е свързано и с известни затруднения. Почти тригодишната практика в използването им за целите на договарянето и заплащането на болнична помощ в България показва някои недостатъци.

За диагнози, за които много точно и детайлно могат да се опишат всички необходими стъпки като процедури, количество, време на извършване и очакван резултат за пациента, могат да се изработят и остойността клинични пътеки. Но съществуват и заболявания, при които изборът на подход на лечение е много индивидуален. Това поставя въпроса доколко удачно е използването на клиничните пътеки като база за измерване и остойносттаване на болничния продукт, а оттам и като подход за финансиране.

Остойносттаването на клиничната пътека предполага определяне на разходите за всяка от описаните в нея диагностични и лечебни дейности. Ако, обаче, даден пациент се отклони от клиничната пътека, реално извършените разходи също се отклоняват от първоначално зададения стойностен модел. Това е свързано с нарастване на финансовия риск, както за изпълнителя на болнична помощ, така и за финансиращата институция.

Друг основен недостатък е, че макар клиничните пътеки да са базирани на сходни подходи на лечение за включените в тях заболявания, те не отразяват напълно разходите, необходими за лечението на различните случаи, отнесени към тях. Като фактор за групиране на пациентите в клинични пътеки се използват само водеща/основна диагноза и процедура. Това означава, че не се вземат под внимание други елементи/фактори, които също са определящи по отношение на ресурсите необходими за лечение като усложнения, придружаващи заболявания и други важни характеристики на пациента като пол, възраст, състояние при изписване. Поради това и заплащането за случай, базирано на клинични пътеки, не отговаря на реалните разходи, извършени от болницата за лечението на приетите в нея пациенти. Това се отразява върху производствения процес в болниците и повишава финансовия риск, особено за болниците лекуващи най-тежките случаи.

Заплащането на случай по клинични пътеки от НЗОК повишава мотивацията на лекарите за завишаване обема на дейността. В резултат на това в страната се наблюдава тенденция за увеличаване на броя на отчетените случаи по клинични пътеки над прогнозирания/очаквания спрямо предшестващи години обем. Тази практика на злоупотреба от страна на лекарите, като пациенти със заболявания за които няма КП се хоспитализират и отчитат по съществуващи КП, води до изкривяване на информацията за структурата на хоспитализираната заболеваемост, което допълнително затруднява пропорционалното разпределение на ресурсите между болниците.

Болниците нямат стимул за цялостно (комплексно) лечение на случаите, поради факта, че заплащането по клинични пътеки не отчита наличието на придружаващи заболявания и усложнения. Поради тази причина, често наблюдавана практика в болниците е накъсване на престоя на пациентите (изписване на даден пациент по една клинична пътека и незабавното му приемане в същата болница по друга клинична пътека). Това води до нарастване на броя на отчетените хоспитализации, неефективно

изразходване на средствата за болнична помощ и повишаване на финансовия риск за НЗОК.

Наред с това, съществуващите в момента клинични пътеки не обхващат всички нозологични единици, клиничните пътеки не отразяват разходите на различните типове болници и не дават възможност за сравнение между отделните болници и измерване на разходната ефективност на здравната структура и с това не са удачен инструмент за цялостно управление на здравните грижи.

Нехомогенността на клиничните пътеки по НРД-2001 и НРД 2002 и включването в тях на разнообразни диагнози от гледна точка на ресурсоемкостта им доведе до нереално усредняване на цените, което се отразява неблагоприятно върху възпроизводствения процес на болничните лечебни заведения. За НРД 2003 се разработиха по-еднородни медицински параметри включително и от гледна точка на ресурсната им страна.

Направените предложения в НРД 2004 целят да прецизират индикациите за хоспитализация и да предотвратят дублирането на изследванията на пациента преди и след постъпването, въвеждат самостоятелно плащане на скъпоструващи лекарствени продукти по клинични пътеки, заплащат някои видове имплантати и диференцират клиничните пътеки в зависимост от ресурсоемкостта и сложността на извършваните дейности.

От началото на 2004 г. Министерството на здравеопазването въведе промени в съществуващата система на финансиране на болничната помощ:

- въвеждане на заплащане на болничните услуги от публичните болници по определени “цени” за всеки напуснал пациент, диференцирани по класове болести и по типове болници;
- премахване на районирането т.е. въвеждане правото на свободен избор на болница;
- въвеждане на пряка зависимост на средствата за работна заплата за отделната болница от нейното финансово икономическо състояние.

Тези промени стимулират конкуренцията между отделните болници и намаляването на непроизводителните разходи. В средносрочен план това ще открои неперспективните болници.

Наред с тези положителни резултати биха могли да се посочат и някои негативни последици. По-малките болници биха могли да откажат лечение на пациенти, за които предполагат, че разходите ще са по-големи от определената “цена” и да ги пренасочат към по-големи болници, където ще се получи известно натрупване на пациенти с всички произлизащи от това проблеми. В дългосрочен план това би могло да доведе до предислоциране на системата за болнична помощ.

Проблеми в системата на болничната медицинска помощ

- неточно измерване на продукта/действието на болниците и неефективно/ нерационално разпределение на финансовите ресурси;

- изкривяване на информацията за реалните потребности на населението от болнично лечение, което затруднява анализа и планирането на необходимите средства;
- използваният в момента механизъм за финансиране на договорните партньори на НЗОК-лечебни заведения за болнична помощ води до опит за разцепване на един епизод на грижа на няколко отделни хоспитализации (за основното и придружаващите заболявания) с цел получаване на по-големи финансови приходи. Това води до нецелесъобразно изразходване и на без това ограничените ресурси за болнична помощ;
- недостиг на задължителни стандарти и правила за добра клинична практика, което затруднява разработването на КП;
- непълнота и несъгласуваност между отделните нормативни документи касаещи болничната помощ;
- липса на ясни правила за продължителна квалификация на специалистите изпълняващи болнична помощ, което пряко рефлектира върху качеството на предлаганите услуги;
- недостатъчна представителност от страна на изпълнителите на болнична помощ в процеса на договаряне;
- липса на интегрирана болнична информационна система;
- увеличената административната тежест породена от различни институции изискващи изготвянето на различни отчети;
- непропорционално разпределение на приходите от дейността между персонала на ЛЗБП;
- хроничното недофинансиране на болничната помощ, водещо до недостатъчно оборудване и снабдяване затруднява дейността на изпълнителите;
- загуба на доверие от изпълнителите на болнична помощ.

Изредените по-горе недостатъци в системата за болнична помощ водят до:

- загуба на доверие от страна на пациентите в болничния сектор и институциите осъществяващи здравната реформа (в частност НЗОК, като защитник на интересите на пациентите);
- съсредоточаване на основния поток пациенти към големите болници (университетски, специализирани и т.н.), което увеличава листата на чакащите;
- непълното финансиране (покриващо само част от лечението) изисква допълнителни средства, които пациентите трябва да заплатят;
- неудовлетворителното заплащане на лекарския труд води до нерегламентирани плащания от страна на пациента. Това създава предпоставки за формирането на “черен пазар” на медицинските услуги в болничната помощ и в крайна сметка до негативно отношение към здравната реформа;

В много от случаите, при болничните заведения, се касае не толкова за проблем при генерирането на средства, а по-скоро за проблеми при разпределението им. Евентуално доплащане (co-payment) от страна на пациентите би трябвало да бъде въведено много предпазливо с оглед запазване на равноправния достъп до системата.

Препоръки за подобряване на болничната помощ

Въвеждането на Диагностично свързаните групи при финансирането на болниците ще доведе до засилване на конкуренцията сред болниците и би могло да катализира реструктурирането на общинските болници. Този процес на реструктуриране би следвало да се извършва в активен диалог с всички засегнати страни и при ясно заявени стратегически цели на реформата. В тази връзка особен акцент би трябвало да се постави върху комуникационната стратегия на Министерството на здравеопазването и на другите звена от системата. Основни фактори в процеса на реструктурирането са демографските, икономическите и географските особености на отделните региони, свързаните с тях здравни потребности на населението, както и оценката за функционирането на останалите елементи на здравната мрежа (извънболнична помощ, спешна помощ и др.). Освободените при реструктурирането човешки ресурси биха могли да бъдат насочени към сектора на първичната помощ.

При цялостното анализиране на системата за медицинска помощ, включваща както лечебните заведения за извънболнична помощ така и тези за болнична помощ се наблюдава недостатъчна координираност на отделните звена и дейности и липса на интегрираност. Необходимо е изграждането на цялостна интегрирана информационна система на финансиращия орган (НЗОК), както и по-добро съгласуване между отделните нормативни актове. Липсата на синхрон при създаването на нормативната уредба води до неяснота във взаимоотношенията между различните участници в системата.

При процеса на договаряне с НЗОК е за препоръчване да бъдат регламентирани като основни договорни партньори ръководителите на болниците или евентуално някакво тяхно представително обединение(обединения) – напр. на общинските болници, на университетските болници и т. н.

Логично би било в бъдеще да се интегрират двата финансови потока (от НЗОК и МЗ) в рамките на единен договор и единна методология за измерване на услугите.

Решаващ фактор за успешно протичане на отделните етапи на реформата е обучението на персонала на всички нива и от всички видове. Това е особено важно за ръководния персонал от различните нива на здравната система.

3.2.4 . Качество

Здравната реформа поставя като основен приоритет предоставянето на качествена медицинска помощ на населението. Усилията на всички участници в процеса-здравната администрация в широкия контекст на това понятие, предоставящите медицинска помощ, финансиращите организации и потребителите /пациентите/ - са насочени към въвеждане на нови изисквания за осигуряване на качествени медицински грижи.

Осигуряването на качеството е интегрална част от функционирането на общественото здравеопазване и включва гарантиране на високо ниво на качеството, зависещо както от изпълнителите на медицинска помощ, така и от прилаганите технологии и използваните технически средства в процеса на предоставяне на здравните услуги. Особеностите на изискванията към качеството в областта на здравеопазването се отличават от изискванията в другите области на социалния живот, поради:

- Специфичността на медицинските дейности. Здравните услуги следва да имат необходимото качество, тъй като в тази област не трябва да има “бракувани изделия” или “бракуваните изделия” да подлежат на преработване
- Повишената изисквателност на всички членове на обществото. Срещу плащането на здравноосигурителни вноски хората искат да получават медицинска помощ с високо качество
- Изискването на здравната реформа за фокусиране върху потребителя, поставянето на пациента в центъра на всички дейности, които се извършват в здравеопазватната система

Гарантирането на качеството в областта на здравеопазването се осигурява в няколко насоки чрез:

- Общата правна и нормативна уредба;
- Разработването и прилагането в практиката на специфично нормиране - медицински стандарти, клинични пътеки, терапевтични алгоритми, протоколи и технически фишове, други инструкции, указания и пр.;
- Въвеждане и прилагане на метода на акредитация на лечебните заведения.
- Системните вътрешни и външни проверки на качеството.
- Постоянното изучаване на мнението на потребителите и нивото на удовлетвореност на пациентите от оказаните им здравни услуги.
- Спазването на правата на пациентите.

Правна и нормативна уредба. Във всички посочени по-долу документи въпросите на качеството са намерили своето отражение:

- Закон за лечебните заведения
- Закон за здравното осигуряване
- Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина
- Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите
- Закон за народното здраве

- Национален рамков договор
- Национална здравна стратегия
- Наредба № 1/2000 г. и Наредба № 13/2003 г. на Министерството на здравеопазването “за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения
- Наредби на Министерството на здравеопазването за утвърждаване на медицински стандарти
- Наредба № 29/1999 г. на Министерството на здравеопазването за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи
- Наредба № 31 на Министерството на здравеопазването да следдипломното обучение
- Множество други подзаконовни нормативни актове
- Вътрешна правна уредба на отделените лечебни заведения и техните структурни звена

Въпреки изобилието на нормативни документи, в които в една или друга степен въпросите на качеството на здравните услуги се обсъжда, следва да отбележим липсата на системно отразяване на проблема в обобщаващ документ- стратегия или политика по качеството в национален мащаб.

Специфично нормиране в областта на здравеопазването-медицински стандарти, клинични пътеки, терапевтични алгоритми, протоколи и технически фишове, други инструкции, указания и пр.

Изброените специфични документи имат изключително значение за управлението на качеството, особено тези, които са с национално значение- медицинските стандарти и клиничните пътеки.

Стандартите представляват всички видове правила за професионално поведение, условия и режим на работа (известни като стандарти, протоколи, алгоритми, правила, клинични пътеки и т.н.), задължителни с оглед на качеството на медицинския продукт. Приетата у нас Национална програма "Медицински стандарти в Република България (2001-2007 г.)" (С Решение на Министерския съвет № 602 от 20.08.2001 г.) е съществен напредък в решаване проблемите на качеството. Прилага се принципна схема за структурата на стандартите. За този период са разработени и внедрени следните медицински стандарти:

1. Анестезия и интензивно лечение,
2. Вирусология,
3. Гръдна хирургия,
4. Диализно лечение,
5. Зъботехника,
6. Имунологична подготовка при трансплантация на органи, тъкани и клетки.
7. Имунология,
8. Клинична микробиология,
9. Лицево-челюстна хирургия,

10. Медицинска паразитология,
11. Ненатология,
12. Нуклеарна медицина,
13. Клинична патология,
14. Клинична лаборатория,
15. Хирургия

Разработването на стандартите продължава и това може определено да се счита за успех в процеса на осигуряване на качеството, още повече, че тези стандарти са приети с консенсус от съответните научни медицински дружества, отговарят на всички изисквания в областта на правното нормиране и представляват ръководство за осъществяване на дейността в определената област.

Клинични пътеки - представляващи описание на обичайния начин за осигуряване на мултидисциплинарни болнични грижи за определен тип пациенти и позволяващи коментирането на отклоненията от нормата с цел непрекъснато оценяване и подобряване на работата. Като цяло клиничните пътеки осигуряват определено ниво на качеството на здравните грижи при хоспитализирани пациенти, техният брой непрекъснато се увеличава и това се отразява в НРД за съответната година.

Като най-подходящ за договаряне на качествени болнични услуги, методът на клиничните пътеки е възприет от НЗОК, като се оценява и като преходна стъпка към кейс-микс подхода и диагностично свързаните групи. Разработените и създаваните нови клинични пътеки се усъвършенстват непрекъснато в областта на прецизните индикации за хоспитализация, необходимо оборудване, ниво на квалификация на персонала, осигуряване на качеството при спазване на описания алгоритъм на лечение, правилно водене на документация и финансирането. Като цяло клиничните пътеки се оценяват като важен инструмент за подобряване на качеството на болничното лечение, но следва да се отбележи, че това се отнася само за диагнозите, за които има разработени такива клинични пътеки, тъй като съществуващите в момента клинични пътеки не обхващат всички диагнози.

Определен успех в областта на качеството е разработването на т.н. *“местни“ стандарти-терапевтични алгоритми, протоколи, технически фишове*, стимулирани в значителна степен от изискванията, заложи в акредитационните програми / Наредба № 1 и Наредба № 13/.

Успехите в областта на специфичното стандартизиране в областта здравните услуги са безспорни, но следва да се отбележат и някои негативни моменти :

- Заложените в медицинските стандарти изисквания са доста високи, стандартите не са апробирани в практиката преди да бъдат публикувани, нуждаят се от периодично преразглеждане и преработване. Това на практика за сега не е осъществено, може би поради краткия срок на действието на стандартите
- Разработените клинични пътеки в повечето случаи са разработени твърде сложно, не отразяват в достатъчна степен изискванията за

качество на диагностично-лечебната и рехабилитационна дейност, недостатъчно добре са предвидени възможностите за вариации в прилагането им и също се нуждаят от преразглеждане и и постоянно усъвършенстване

- Използването на терапевтични алгоритми и технически фишове в повечето случаи е оставено на инициативата на отделните лечебни заведения и те не винаги имат достатъчната компетентност за ги разработят в необходимия ви, или ползват готови от други лечебни заведения, без да ги нагодят към спецификата на собственото си лечебно заведение

Акредитация на лечебните заведения

Една от най-разпространените процедури за оценка на качеството е акредитацията - процес, при който всяко лечебно заведение представя възможностите си за качествено извършване на определени процедури.

В България акредитацията е задължителна, въведена с изискванията на ЗЛЗ. Конкретното ѝ приложение за болниците и ДКЦ се проведе на базата на приложението на Наредба № 1/ 2000 г. Съгласно изискванията на Наредба №1 бяха акредитирани всички подлежащи на задължителна акредитация болници и ДКЦ, оценявани по следните основни аспекти :

- Формулиране на целите и задачите
- Организация и управление на дейността
- Човешки и материални ресурси
- Спазване правата на пациента и
- Грижи за пациента,
- Осигуряване на качеството
- Бизнес планиране
- Резултати от дейността

В резултат на проведеня анализ и оценка на резултатите от акредитацията и във връзка с разширяването на видовете лечебни заведения, подлежащи на задължителна акредитация / освен лечебните заведения за болнична помощ и ДКЦ на задължителна акредитация подлежат медицинските центрове, медико-стоматологичните центрове, стоматологични центрове, диспансери / с без стационар, самостоятелни медико-технически, самостоятелни медико-диагностични лаборатории, диализни центрове, домове за медико-социални грижи/ беше разработена и утвърдена нова Наредба 13/ 2003 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. В нея много ясно са определени обхватите на оценката, включваща:

- качество на структурите, т.е. на условията, в които се произвеждат здравните услуги;
- качество на дейностите, чрез които се осъществяват здравните услуги;
- качество на резултатите от оказаната медицинска помощ.

Анализирайки акредитацията като процес, внедрен в нашата страна, могат да се направят следните по-важни изводи :

- Разработената и приложена програма за акредитация съответства на прилаганите в другите страни акредитационни програми и се характеризира с :
 - наличие на акредитиращ орган;
 - изготвяне от страна на лечебните заведения, подлежащи на акредитация на самооценъчни доклади, подкрепени с необходимия доказателствен материал ;
 - посещение на лечебното заведение и провеждане на външна оценка от специално подготвени експерти, притежаващи сертификат с изготвяне на доклад;
 - присъждане на оценка и срок за който тази оценка се дава
- При провеждането на акредитацията съгласно Наредба № 1 / 2000 г. бяха отбелязани редица положителни моменти в дейността на лечебните заведения като :
 - значително подобряване на организацията и управлението на дейността на лечебните заведения;
 - повишаване на качеството на дейността ;
 - получаване и изпълнение на препоръки от много квалифицирани експерти;
 - подобряване на материално техническата база;
 - двупосочен образователен процес за всички участващи в процеса;
 - като съществен момент следва да се отбележи, че НЗОК използва наличието на акредитационна оценка при сключването на договори, което е определена гаранция за високо качество на услугите в акредитираното лечебно заведение.
- Негативните моменти при провеждането на първата фаза на акредитацията са свързани основно с :
 - обсъждането дали акредитационният съвет е достатъчно независим орган;
 - непълноти на Наредбата и създаване на условия за формално оценяване на някои лечебни заведения.

Вътрешни и външни проверки на качеството

Основната част от дейността на ръководителите на лечебните заведения е свързана с гарантиране на качество. Един от основните методи за подобряване на качеството е провеждането на вътрешните проверки, чрез които се осигурява системен преглед на отделните случаи. Всички лечебни заведения (нямаме сведения за индивидуалните практики и общопрактикуващите лекари) извършват такива проверки и това е част от рутинната дейност- седящи визитации в болниците, колегиуми с преглед на диагностични и терапевтични подходи, клиничко-лабораторни, клиничко-рентгенологични и клиничко-патологични срещи, проверки на нивото и качеството на сестринските грижи във всичките им аспекти с цел натрупване на опит от трудните случаи. Особен напредък в тази област има в областта

на клиничната лаборатория, където вътрешния контрол на качеството е задължителен елемент от дейността им.

Наличието на функциониращ механизъм на вътрешните проверки, показва, че качеството е грижа на лекарите и администраторите и повишава доверието на потребителя в системата.

Въведени системи за външен контрол на качеството от съответните финансиращи организации- НЗОК и МЗ, други организации (ХЕИ, РЦЗ, Националната система за външна оценка на качеството в областта на лабораторната дейност и пр.) са също важен механизъм за осигуряване и подобряване на качеството.

Повишаването на качеството и ефективността на договорената медицинска и стоматологична помощ се осигурява от НЗОК на базата на ефективен финансов и медицински одит на договорните партньори . Разработена е система за контролиране на качеството чрез одитиране на договорните партньори- медицински, финансов и административен одит. Посочените в таблицата данни показват, че тази дейността е рутинна за НЗОК и обема на извършените проверки непрекъснато се увеличава.

Период	Медицински проверки	Финансови проверки	Общо
НРД 2002	4560	5061	9 261
НРД 2003	6370	7183	13 535

Изучаване на мнението на потребителите и нивото на удовлетвореност на пациентите от оказаните им здравни услуги

Ефективен метод за оценка и подобряване на качеството на базата на поддържането на постоянна обратна връзка. Това е доста разпространен вече метод в лечебните заведения, особено сред тези, които бяха обект на първата фаза на акредитацията по Наредба № 1. Удовлетвореността се изучава на базата на анализ на постъпили жалби, чрез провеждане на социологически анкети и прилагане на други методи за изучаване на мнението на пациентите. Изучаването на мнението на пациентите вече може да се отбележи, че е рутинен метод в дейността на болниците и ДКЦ- анализирането на жалбите е залегнало в правилниците на почти всички лечебни заведения, а провеждането на социологически анкети се провежда текущо.

От друга страна НЗОК организира и провежда и национални изследвания за мнението на здравноосигурените лица за оказаните здравни услуги, финансирани от НЗОК. Използват се същите подходи – анализ на жалби и социологически анкети. Резултатите и от двата метода се използват за подобряване на качеството на здравните услуги.

Основните препоръки по този раздел се отнасят до :

1. Разработка на цялостна стратегия за непрекъснато подобряване на качеството на здравните услуги;
2. Необходимост от усъвършенстване на клиничните пътеки;

3. Подготовка на лечебните заведения за разработване и прилагане на програми за управление на качеството.

3.2.5 . Съвременна трансплантационна система

Началото на организирана система за трансплантация у нас реално се поставя през 1998 г. със създаването на мрежа от 12 донорски болници. От 1999 г. съществува и се работи по програма за научно сътрудничество в областта на органната трансплантация между Министерството на здравеопазването на Република България и Френското министерство на външните работи. Основна цел на програмата е квалификация на български специалисти в следните области: донорството на органи, чернодробна трансплантация, бъбречна трансплантация при възрастни и бъбречна трансплантация при деца под 12 години.

През февруари 2002 г. Националният център за управление на трансплантацията “Бултрансплант”, Американско-българска фондация за развитие на медицината и „Ост-девелопмент” СА сключиха споразумение за установяване на система за тъканна трансплантация, която дава достъп на българските пациенти до високотехнологични тъканни алографт-продукти. В момента този проект се развива успешно и поставя България сред водещите страни в Европа по отношение на тъканната трансплантация.

През същата година е подписано и споразумение за сътрудничество със „Сайтонет София” ЕООД в областта на клетъчната терапия. Благодарение на него е осъществена първата трансплантация на чернодробни клетки, с което България стана четвъртата страна в Европа, приложила този нов метод на лечение.

Съвременната законова регламентация се осъществява с влезлия в сила от 01.01.2004 г. Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки, към който са разработени обнародвани по-голямата част от подзаконовите нормативни актове.

Със създаването от 01.01.2004 г. на Изпълнителна агенция по трансплантация (ИАТ) към министъра на здравеопазването се създадоха условия за организиране и създаване на национална система за трансплантация, както и за управление, координация и контрол на процесите в тази област. Сред задачите на Изпълнителната агенция по трансплантация е осигуряване на максимална прозрачност за всичко, свързано с трансплантацията, при гарантирана анонимност и пълно спазване на Закона за защита на личните данни, Закон за достъп до обществената информация и утвърдените обществени морално-етични норми.

В момента се извършва пререгистрация на лечебните заведения, участващи в системата за органна трансплантация в съответствие със Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки, както и подзаконовите нормативни актове. Тази система обхваща 12 донорски центрове, в които се

извършва детекция, експертиза и осигуряване на органи за трансплантация от човешки труп: 4 в София: МБАЛСМ „Пирогов”, МБАЛ „Царица Йоанна”, МБАЛ „Света Анна” и ВМА и 8 в страната: 2 в Пловдив, Стара Загора, Сливен, Бургас, Варна, Шумен и Плевен. До края на годината се предвижда разширяването на тази мрежа от донорски центрове и с болниците в Русе, Велико Търново, Разград и Благоевград. Две лечебни заведения: МБАЛСМ „Пирогов” и МБАЛ „Александровска” извършват трансплантации на бъбреци, УБ „Света Екатерина” извършва трансплантации на сърце, бял дроб и сърце/бял дроб. Подготвя се и програма за чернодробна трансплантация в МБАЛ „Александровска”. Към момента актуалният списък на чакащите бъбречна трансплантация обхваща повече от 700 души, а очакващите сърдечна трансплантация са повече от 10 души. Подготвя се и списък на чакащи чернодробна трансплантация, като се очаква той да обхваща над 50 души.

Финансирането на трансплантациите е изцяло в рамките на бюджета на министерство на здравеопазването, което за 2003 г. е осигурило 5 318 000 лв. за финансиране на бъбречните трансплантации и подготовка на започване на чернодробни трансплантации.

Тъканните трансплантации се развиват успешно, като в момента активно функционират 3 тъканни банки: тъканната банка на МБАЛСМ „Пирогов”, осигуряваща основно костно-сухожилни тъкани, кожа, фасция и др.; Очна и тъканна банка на МБАЛ „Царица Йоанна”, осигуряваща основно роговична тъкан и самостоятелната тъканна банка „Остеоцентър България”, осигуряваща основно костно-сухожилна тъкан. В процес на регистрация и получаване на разрешение за дейност като тъканна банка е „Сайтонет – София” ЕООД, чийто предмет на дейност са основно осигуряване на клетъчни продукти- хепатоцити и стволови клетки. Данните за броя на трансплантациите и за дейностите по тъканна трансплантация са представени в Табл.1 и Табл.2.

Табл.1

Донори на органи и органични трансплантации

Година	Брой трупни донори на органи	Мулти-органични Експлантации (%)	Бъбречни трансплантации			Сърдечни	Белодробни	Сърце/Бял дроб
			От трупни донори	От живи донори	Общо			
1998	1	0	2	29	31			
1999	27	0	54	16	70			
2000	15	0	30	25	55			
2001	2	0	4	17	21			
2002	9	0	16	13	29			
2003	12	11 (92%)	18	16	34	4	1	1
2004 (до 15.06.)	2	1 (50%)	4	3	7			

Табл.2

Донори на тъкани и осигурени тъкани

Година	Брой донори	Осигурени тъкани(брой)
2001.	398	Роговици – 305 Други тъкани – 1140
2002	405	Роговици – 257 Други тъкани – 1300
2003	540	Роговици – 238 Други тъкани – 2400
2004 (до 31.05)	208	Роговици – 61. Други тъкани – 1464

Основните приоритети на съвременната трансплантационна система са в следните насоки :

1. Оптимизиране на системата за осигуряване на донори чрез обхващане на всички подходящи болници като донорски центрове.
2. Увеличаване на количеството и качеството на бъбречните трансплантации, поради техния голям социален и икономически ефект.
3. Създаване на работеща програма за бъбречни трансплантации на малки деца (под 12 г.).
4. По-нататъшно усъвършенстване на програмите за сърдечна и белодробна трансплантация.
5. Стартиране на програма за чернодробна трансплантация.

3.3. Ръководство на здравната система

3.3.1. Органи на управлението

Ръководството на системата за здравеопазване в страната се осъществява от Министерството на здравеопазването (МЗ) с помощта на Регионалните центрове по здравеопазването (РЦЗ), Регионалните хигиенно-епидемиологични инспекции (ХЕИ) и общинските органи на държавната власт. Структурите, функциите и йерархичните взаимоотношения в системата, както и взаимодействието с други държавни институции се уреждат със Закона за здравето и Устройствения правилник за дейността на Министерството на здравеопазването (фиг.1). Кадрите на МЗ и РЦЗ са достатъчни и с добра квалификация.

С измененията и допълнението на Устройствения правилник на МЗ е създадена нова структура на Централното управление. Директно на Министъра са подчинени: Политическият кабинет, Звеното по сигурността на информацията, Главният секретар и Инспекторатът. Последният има правомощия за планови и тематични проверки на структурите на МЗ като вторични разпоредители с бюджетни кредити, както и правомощия за контрол по изпълнението на предписанията от други проверки и вътрешни одити. Звеното по сигурността на информацията е създадено съобразно Закона за класифицираната информация.

Общата администрация обхваща 5 дирекции, вместо предишните 2, като 2 отдела в тях стават дирекции, а отдел "счетоводен" се слива с дирекция "Финансови ресурси". Новите дирекции "Отбранително-мобилизационна подготовка" и "Информационни системи" са с разширени и значително детайлизирани функции.

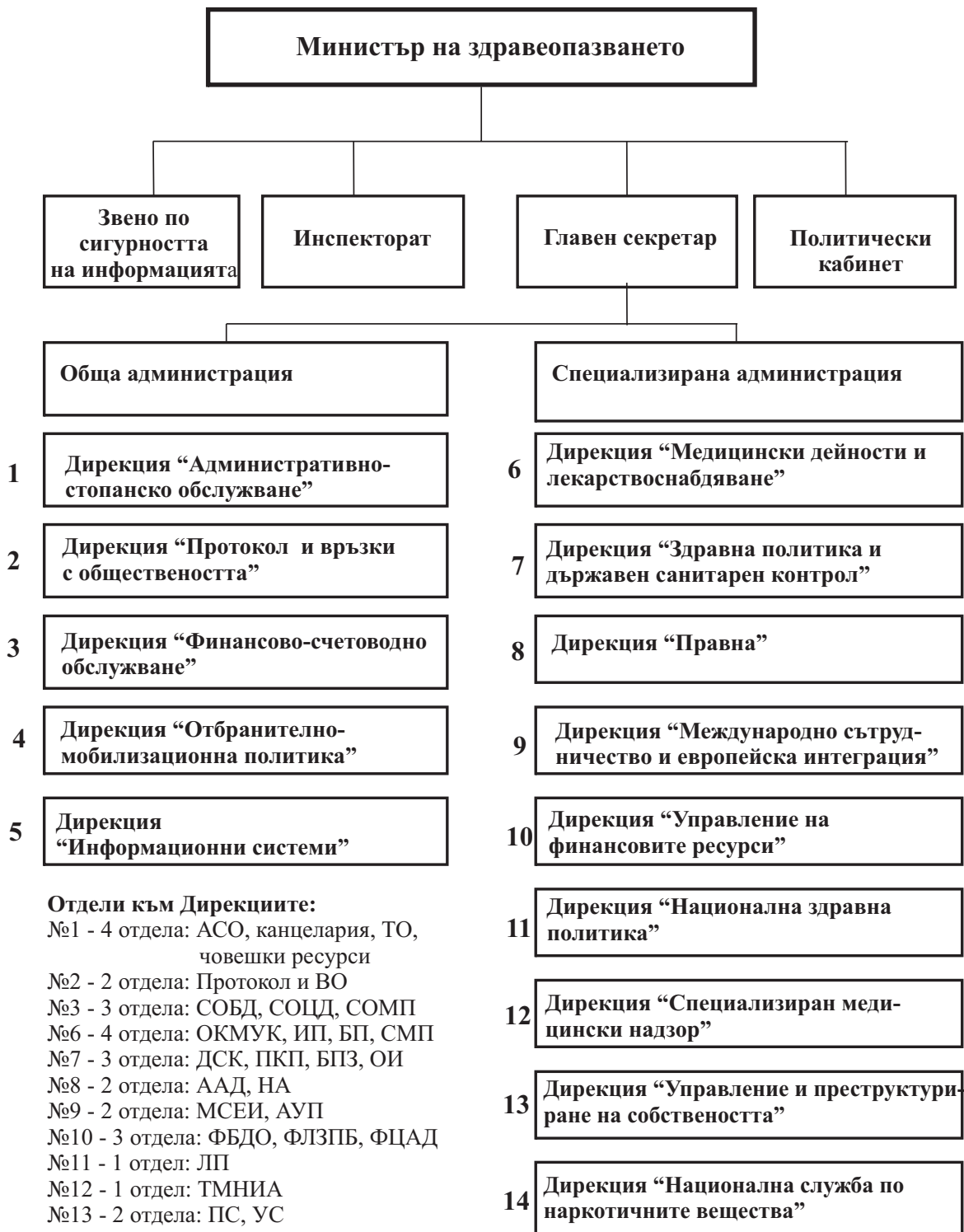
Специализираната администрация има 9 дирекции, вместо предишните 7, 4 от които остават и са със същите функции. Дирекция "Медицински дейности и лекарствоснабдяване" обединява две предишни дирекции. В 21 точки са разширени и детайлизирани нейните задачи по контрол на лечебните заведения, акредитацията им, търговията с лекарства, определяне на т.н. "позитивен лекарствен списък" и др.

Дирекциите "Национална здравна политика", "Управление и реструктуриране на собствеността" и "Национална служба по наркотичните вещества" са с увеличени правомощия по нормативното осигуряване на държавната политика в здравеопазването и лекарствоснабдяването, инвестициите и приватизационните процедури.

Общо щатните длъжности на МЗ в централното управление са 290, а в РЦЗ са 635 (без промяна).

Основа за управленската дейност на Министерството на здравеопазването са Националната здравна стратегия от 2001 г. и нейните допълнения, както и свързаните с нея множество програми в приоритетните направления, подзаконовите нормативни документи - наредби, методични указания и инструкции, медицински стандарти и други.

Министерство на Здравеопазването (МЗ) > Централно управление



3.3.2. Здравна политика и стратегия

Изпълнението на възприетите през 2001 г. цели на Националната здравна стратегия продължи и през 2003 г. Основните ценности, от които тя се ръководи, намират вече своята реализация.

- Плурализмът на собствеността на лечебните заведения е налице, макар и все още да е значителен дялът на държавната и общинска собственост. Създадени са много частни лечебни и диагностични заведения, включително и малък брой частни болници. Първичната и специализираната извънболнична медицинска помощ е изцяло поета от частни общопрактикуващи лекари и специалисти от ДКЦ и МЦ. Това създава известни затруднения при контрола и методичното ръководство от страна на Министерството на здравеопазването.
- Демократичността в управлението на здравната система е осигурена чрез участието на всички държавни, съсловни и граждански институции и организации.
- Достъпността до медицинска помощ се подобрява чрез премахването на районирането за извънболнична, консултативна и болнична медицинска помощ. Свободата на избора е в известен смисъл ограничена поради прикрепването към ОПЛ за минимум 6 мес., тъй като няма създадена информационна система и “Здравно досие” на хартиен или/и магнитен носител, с които да се осигури възможност за достъп до всеки лекар.
- Равнопоставеност на болните, макар и с редица отклонения, е създадена в извънболничната първична (ПИМП) и специализирана (СИМП) медицинска помощ. В болничната медицинска помощ обаче, равнопоставеността на болните не е осигурена поради ограничения брой на “клиничните пътеки” и ниската им цена, която покрива до 60-70% от реалните разходи. Извън клиничните пътеки болничната медицинска помощ е финансирана от МЗ, болните и други източници.
- Солидарността при получаване на медицинската помощ от Здравно осигурените лица (ЗЗОЛ) е реализирана на основата на Закона за здравното осигуряване. Проблеми възникват в извънболничната помощ (ПИМП и СИМП) за неусигурените и бедните болни.
- Споделянето на отговорността за личното здраве не е въведено с нормативен документ. Заболяванията предизвикани от тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, наркотици, недостатъчна хигиена и т.н., не се лекуват с финансово участие на тези болни.
Здравната политика обхваща и се реализира и в други отношения.
- Създаден е модел на здравна система, при който лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ и болниците са регистрирани и действат по Търговския закон. Оказа се обаче, че този техен статут е свързан с различни трудности относно ценообразуването,

остойността на дейностите, конкуренцията и свободния пазар на медицински услуги и др.

- Социалната ориентация на здравната дейност в профилактичната сфера и в лечебните заведения е постоянна. Около 20 - 30 % от хоспитализираните са главно по социални индикации. Внедрени са редица европейски организационни традиции и стратегически насоки (национална здравна политика, здравна реформа и реструктуриране на собствеността на здравния сектор, национално здравно осигуряване, договорни системи за заплащане, програми за здравето на жените и децата, за промоция на здравето и намаляване на инфекциозните и хроничните заболявания и др.), в сътрудничеството със СЗО, и др. международни институции, но с някои ограничения поради намалените ресурсни възможности на страната ни.
- Пазарните механизми при разпределение и управление на ресурсите все повече навлизат в извънболничната и в болничната медицинска помощ. Създава се конкурентна среда в лечебната дейност между различните лечебни заведения. Ефективността в икономическо отношение е сравнително малка, а медицинската ефикасност не винаги е добра. Поради материални интереси се среща прекомерно задържане на болните при ОПЛ, без своевременна специализирана и болнична помощ. В неравномерното разпределяне на ресурсите се намесват субективни фактори. Трудности се срещат и при устойчивостта на медицинските дейности. Въпреки полаганите усилия за подобряване на качеството на медицинската помощ, не може да се счита, че резултатът е добър.
- Свободата на частната инициатива в медицинската дейност и лекарствоснабдяването, в инвестирането и финансирането на лечебните заведения е осигурена напълно създавайки определени трудности за държавния и обществен контрол поради значителната им независимост.

3.3.3. Здравни приоритети

Основните приоритети на Националната Здравна стратегия, определени през 2001 г., бяха следвани от Ръководството на Здравната система и през следващите години.

По първия приоритет на стратегията “Преустановяването на негативните тенденции в системата” се полагат усилия по отношение на: нарушени основни баланси, структурни несъответствия, неравнопоставеност при достъпа до ресурсите на здравеопазването, правата на болните, качеството на медицинската помощ, взаимодействието с медицинските съсловия и др. партньори, възнагражденията на медицинския персонал. Постигнати са известни резултати като повишена използваемост (до 75 %) на леглата в болниците, съкращаване на престоя в болниците средно до 7 – 9

дни, формиран е частен сектор в болничните заведения, разработени са програми за превантивна, промоционална и лечебна дейност за злокачествените заболявания, гинекологична профилактика, тютюнопушенето, алкохолизма, наркоманиите, СПИН и др. Премахнато е дублирането с работническите здравни заведения, лечебните звена в детските заведения и училищата. Запазен е ведомственият статут само на Военно медицинската академия, Болницата на МВР и Транспортна болница. В някои населени места, при отсъствие на ОПЛ и специалист на разположение, населението се обръща за специализирана помощ към звената на Спешната медицинска помощ. Отстранени са някои стопански звена и съдебно-медицински отделения в болниците.

С оглед подобряване качеството на медицинската помощ са разработени медицински стандарти и е въведена акредитация на лечебните заведения. Подобен е и контролът върху тяхното изпълнение чрез медицински и финансови проверки. (Виж разделът за качеството)

Преодоляна е изолираността на медицинските съсловия при създаването на нормативните документи, Националния рамков договор с НЗОК и други. Чрез съответни споразумения е осигурено взаимодействието с други ведомства и организации вътре и вън от страната, както и съответстваща информационна система (фиг. 2).

В хода на реформата в работата на функциониращата информационна система по причини от обективен характер (децентрализация на източниците) и субективен характер на ниво институции се получиха някои неблагоприятни за информационното осигуряване резултати: непълни данни, липса на информация за цели, направления, дейности и други.

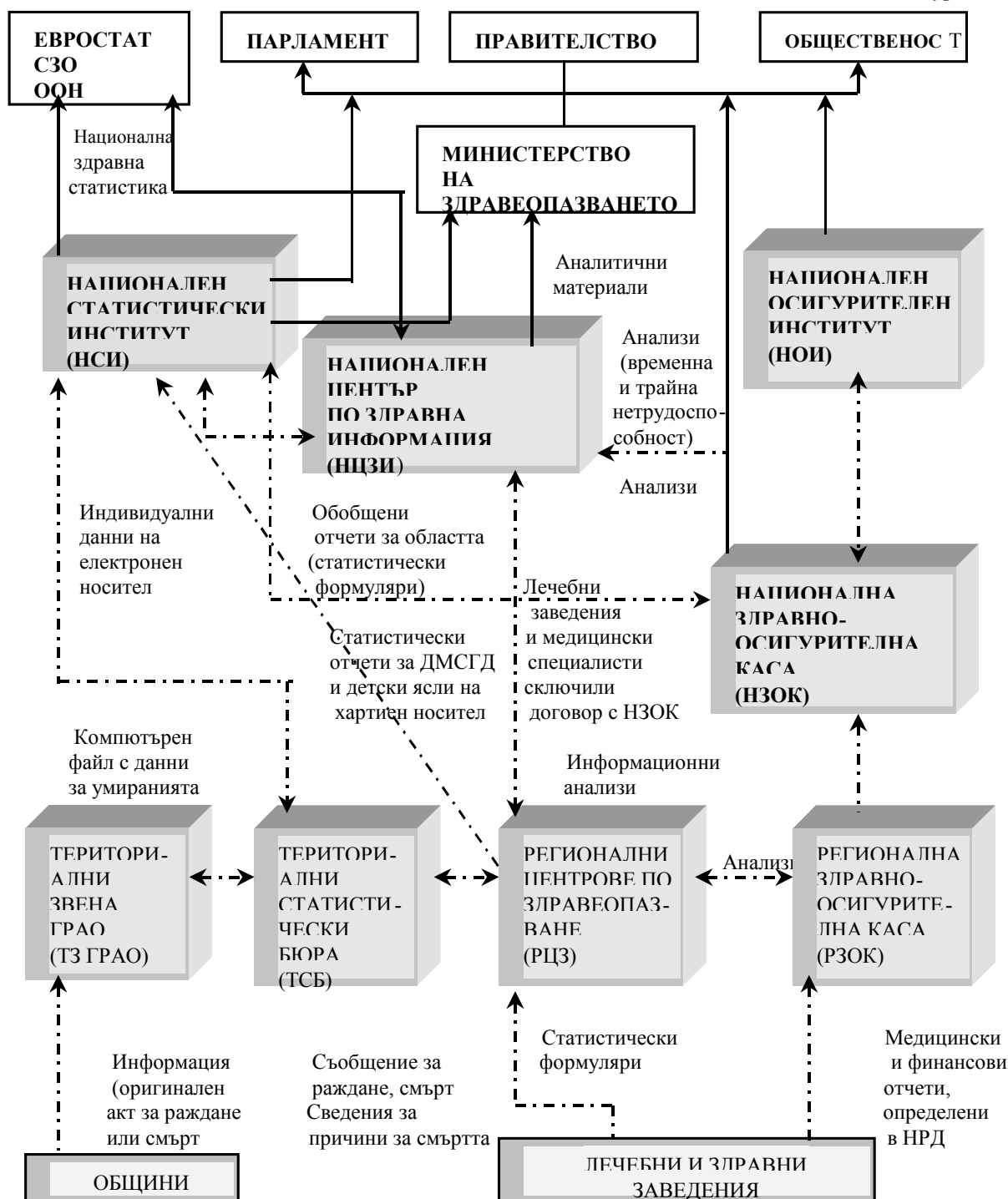
Във връзка с това МЗ насочи усилията си към изграждането на единна информационна система, която да използва постиженията на съвременните информационни и комуникационни технологии. В тази насока и във връзка с хармонизирането на бъдещата единна информационна система с изискванията на ЕС се разработват проекти за здравно – информационни стандарти, болнична информационна система и други.

В това направление важна роля играе помощта на Европейското бюро на СЗО, Евростат и други международни организации, както и сътрудничеството с НСИ, НОИ и други ведомства и неправителствени организации, имащи отношение към здравето на нацията и ползващи продукта на информационната система.

Подобрено е значително трудовото възнаграждение на ОПЛ, а на лекарите в болниците - с 40 % от приходите. (Виж Раздел “Финансиране”).

Схема на информационното осигуряване на МЗ

Фигура № 2



Въпреки това остават доста недостатъци в тези направления. Така, все още не се използва оптимално капацитетът на лечебните заведения, особено в болничната помощ. Броят на леглата в частните лечебни заведения е много малък. (475 през 2002 г.) Трудовите възнаграждения в болниците все още са ниски и нестимулиращи. Срещат се неоправдани и нерегламентирани

заплащания от страна на болните. Фаворизирани са медицинските кадри в първичната здравна помощ, в сравнение със специализираната извънболнична помощ и болничната помощ. Много малък е броят на ОПЛ със специалност обща медицина. Не може да се осигури в необходимата степен непрекъснатата медицинска помощ в малките населени места от ОПЛ и специалисти. Квалификацията на лекарите в тях често не е на необходимото ниво. Има незаети длъжности за ОПЛ в населени места с неблагоприятни условия. Все още определянето на качеството на медицинските дейности среща значителни методологични затруднения и проблеми за финансовото му стимулиране. Заплащането на медицинския труд в психиатричните, пулмологичните и социалните заведения е все още незадоволително.

По втория приоритет от стратегията “структурно институционални промени в здравната система” са изпълнени почти всички предвидени мероприятия. Основно ръководно начало са Законът за лечебните заведения и Законът за здравето осигуряване.

Значителна работа е извършена и по създаването на медицински стандарти за материално техническата база, квалификацията, технологиите и възможностите за обучение на медицински кадри. Вече има утвърдени 16 медицински стандарти. Някои са твърде детайлизирани (по “зъботехника” и др.) В стандартите по хирургия не са включени “стандарти за добра клинична практика”, които ще се бъдат представени отделно.

Създадена е система за акредитация на лечебните заведения, обучени са експерти по акредитацията и основната част от лечебните заведения са акредитирани.

Приоритетът “Развитие на икономическите отношения и взаимодействия в здравеопазването” като цяло е значително разработен. Въведена е договорната система между изпълнителите на медицинска помощ и финансиращите институции - НЗОК, МЗ, Доброволни здравно-осигурителни фондове (ДЗОФ), предприятия и др. Разработена и въведена е Нормативната база за здравето осигуряване и контрола върху изпълнението на договорите по финансирането и пакетите медицински услуги. Информационната система на здравето осигуряване и здравето обслужване не е достатъчно изяснена. Ползват се хартиени и магнитни носители. В редица отношения регистрационните и отчетни форми са твърде усложнени, обемни и често се променят. Здравното досие не е удачно и поражда сериозни спорове и трудности за всички лекари в диагностичната и лечебната им дейност.

Процесът на децентрализация на управлението на лечебните и други здравни заведения и тяхната автономност са вече реалност. Незадоволителен е, обаче, контролът на качеството на оказваните медицински услуги.

Обучението на управленския персонал с компетентност по икономика и информатика е твърде разширено и се провежда в многобройни курсове по здравен мениджмънт. Досегашните резултати показват обаче, че квалификацията му все още е недостатъчна.

Приоритетът “адаптиране на медицинския персонал” към новите икономически условия и професионални изисквания вероятно ще наложи преразпределение, преквалификация или търсене на алтернативна заетост на част от медицинските кадри, главно специалистите. В това направление се работи в сътрудничество с неправителствени и международни институции като Световна банка, Американската агенция за международно развитие (USAID) и др.

Относно изискванията и резултатите за непрекъснатост на обучението, повишаване на квалификацията, участие в научно-изследователска дейност и пр. все повече се среща понижен интерес от ОПЛ, а също и от някои специалисти, вероятно поради недостатъчни стимули за това.

3.3.4. Програма “Здравеопазването - право на всеки” от 2002 г. до 2005 г.

Възприетата схема за финансиране на извънболничната медицинска помощ доведе до дисбаланс между лечебните заведения и между категориите медицински специалисти. Постепенната декапитализация на болниците е следствие от заложения финансов дефицит и невъзможността за обновяване на сградовия фонд и апаратурата. Поради съществени ограничения в достъпа до медицинска помощ и ресурсите на здравеопазването като следствие от фактическата неравнопоставеност на болните, регистрираната заболяемост не е реална и не може да служи за определяне на потребностите от медицинска помощ. Специални изследвания с такава цел не се извършват поради неизяснени критерии, методологични проблеми и липса на финансови средства.

Сериозният финансов дефицит, съществуващ още при създаването на НЗОК генерира “порочни кръгове” и проблемите с ресурсното осигуряване на “клиничните пътеки” изправят много болници, главно големите и високо специализираните, пред невъзможността за адекватно функциониране.

Поради тези проблеми МЗ разработи програма с допълнителни приоритети, а именно:

1. подобряване на профилактичната медицинска дейност с акцент към групите от населението с висок риск за здравето;
2. реорганизация на службите за обществено здраве;
3. повишаване качеството и ефективността на извънболничната и болнична медицинска помощ;
4. усъвършенстване методиката за финансиране на здравеопазването система.

Мероприятията предвидени в програмата в средносрочен план т.е. до средата на мандата на Правителството бяха изпълнени с някои изключения (специфични програми за високо рисковите групи, система за обучение на ОПЛ).

Изпълнението на мерките в дългосрочен период, т.е. до края на мандата, продължава.

По първия от приоритетите са разработени или са в процес на разработване Национални програми, някои от които с подчертана регионална адаптация.

По втория от приоритетите се осъществяват мероприятия по рационализиране структурата на ХЕИ и повишаване ефективността и качеството на държавния санитарен контрол. Особено важно е разработването на проект на Закона за здравето, който вече се обсъжда в Народното събрание, а също и създаване на Национална автоматизирана система за контрол на околната среда. Продължава и адаптирането на законодателството за общественото здраве към европейското законодателство.

От особена важност е третият приоритет - за повишаване качеството и ефективността на извънболничната и болничната медицинска помощ, както и достъпността на ПИМП и СИМП, които вече 4 години действат съобразно Закона за лечебните заведения и Закона за здравето осигуряване. Основните промени са групирани в 3 направления и касаят главно: а) реструктуриране на ПИМП, СИМП и болничната помощ; б) подготовката на медицинските кадри и оборудването им на съвременно ниво; и в) начините за финансиране и стимулиране на медицинските дейности.

В отделна програма продължава работата по довършване на медицинските стандарти по специалности. Оценкаите от първата акредитация са представени на табл. 1.

Табл. 1

Оценки на лечебните заведения - обща и за обучение

Оценки	Обща оценка на лечебните заведения (брой)	Оценка за условията за обучение в лечеб. заведения (брой)
Отлична	68	30
Много добра	78	8
Добра	90	3
Средна	43	-
Условна	7	-
Лоша	14	-
Всичко	300	41

По четвъртият приоритет се изпълняват мероприятия по съвременно оборудване на системата за Спешна медицинска помощ и транспортните средства, както и по квалификацията на спешните медицински екипи и обучение на населението за СМП.

Петият приоритет касае методиката за финансиране на националната система за здравеопазване в условията на увеличаващата се управленска автономност. Насоката е към индивидуално заплащане според обема и

качеството на медицинската дейност, информационното осигуряване чрез създаване на рационални информационни стандарти и отчети, както и система за финансов контрол.

3.3.5. Обществено здраве

Приоритетите в Националната здравна стратегия от 2001 г. по отношение на опазване на общественото здраве, промоция на здравето и профилактика на болестите предвиждаха мероприятия за установяване, отстраняване или намаляване действието на рисковите фактори за здравето при определени рискови групи от населението.

За съжаление, контролирането на редица социалноикономически фактори и намаляването на болестотворното им въздействие като: нерационално хранене, безработица, рязко намаляване на доходите на значителна част от населението, влошена структура на разходите, характерна за “бедността” (критерият за това “над 40 % да са за храна” използван от статистиката у нас е неправилен, понеже при много хора за храна се разходва само остатъкът след плащането за отопление, ел. ток, транспорт, данъци и т.н.), както и храненето с непълноценни продукти, не е във възможностите на МЗ. МЗ обаче предоставя информация за последиците от тяхното негативно влияние върху общественото здраве пред другите държавни органи и институции и предлага възможните съвместни действия.

Начинът на живот на населението като рисков фактор е едно от основните направления в дейността на Дирекцията “Здравна профилактика и държавен санитарен контрол” и регионалните Хигиенно-епидемиологични инспекции. Разработени са и се изпълняват програми за ограничаване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и наркотични вещества, както и рисковото сексуално поведение и предотвратяване заболявания от СПИН. В процес на разработване е програма за предотвратяване на нерационалното и небалансираното хранене.

Относно рисковите фактори в околната среда от замърсяване на въздуха, водата, почвата, увреждащите фактори от условията на труда и от шума, се изпълняват мероприятията от Националния план за опазване на околната среда и здравето, съвместно с Министерството на околната среда и водите. Осъществяват се и програми по линия на ФАР. Въпреки това, тези фактори са причинили около 20 % от травмите и уврежданията, 40 % от белодробния емфизем, 42 % от пневмониите и др. Техническите средства на съвременен ниво за контролиране на тези фактори не са достатъчни.

Въпреки нарастването на разходите за опазване на околната среда 10 пъти след 1990 г., те са около 1,2 - 1 % от БВП. Финансирането е от Национален доверителен фонд за опазване на околната среда от 1995 г., и друг към Министерство на околната среда и водите.

Със Закона за здравословни и безопасни условия на труд са създадени Регионални инспекции по труда и службите по трудова медицина, които

заместиха контрола от ХЕИ през 2003 г. и сега предприятията относно регистрацията им, условията на труд и дейността им, се контролират от тях.

Реформата в промотивно-превантивната дейност се изрази в някои структурни и функционални промени. В регионалните 28 Хигиенно-епидемиологични инспекции са обособени по 5 оперативни структури, които по същество са държавни администрации.

- Държавен санитарен контрол, който наблюдава всички обекти и производства със значение за общественото и индивидуално здраве.
- Профилактика и протиепидемични мерки при заразните и паразитни заболявания.
- Промоция на здравето и консултации по оказване и укрепване на личното и общественото здраве, чиито дейности са се платени. Кадрово все още те не са достатъчно осигурени.
- Лабораторни изследвания, които също са платени в определени случаи. Всички са акредитирани за контролна дейност.
- Организационно-информационна дейност. За нея има създадена електронна информационна система, но със стар режим на работа и се нуждае от преустройство.

Разработени са и се изпълняват 22 Национални програми в следните области:

- социалнозначими заболявания (туберкулоза, психично здраве, онкологични заболявания, сърдечносъдови заболявания, бъбречни заболявания) – общо 8 програми;
- тютюнопушене, наркомании, СПИН и половопредаваеми болести – общо 4 програми;
- наследствени болести – 1 програма;
- заразни и паразитни болести – общо 3 програми;
- антибиотична политика – 1 програма;
- храни и хранене – общо 2 програми;
- околна среда и здраве – 1 програма;
- болнична хигиена – 1 програма;
- медицински стандарти – 1 програма.

От 2004 г. се въвеждат 2 нови програми: “Борба с кърлежово-преносимите инфекции” и “Надзор над антибиотичната резистентност и антибиотичната политика”.

Предстои създаване на програма за “Борба с ехинококозата”.

Всички промени в структурата и функциите на ХЕИ са отразени в новия Закон за здравето.

В дирекцията “Здравна профилактика и държавен санитарен контрол” са увеличени длъжностите за специалисти с 11.

Общо в тази система има 3620 длъжности заедно с административния персонал. Директорите на ХЕИ се атестират на 2 - 3 години.

Взаимодействието с централните, областни и общински органи на властта е добро. Има известно дублиране с дейността на Дирекциите за ветеринарно-санитарен контрол (ДВСК) по отношение на храните.

Досега контролната дейност на ХЕИ се затрудняваше от ниските размери на глобите, от неизпълнение на заповедите за спиране на обекти, нарушаващи нормативни изисквания и др. С новия Закон за здравето се повишават значително размерите на глобите. Необходими са и промени в Наказателния кодекс относно неизпълнението на заповедите на ХЕИ.

Все още, обаче, има какво да се желае по отношение на качеството на управленската информация, свързана с дейността на ХЕИ.

3.3.6. Нормативни документи

Основното ръководство за дейността на МЗ и системата на здравеопазване досега е Законът за народното здраве от 1973 г., който беше основно променен чрез множество допълнения и изменения..

Поради променените социално-икономически условия и обществени отношения в страната, през 2003 г. беше подготвен от МЗ и внесен в НС нов “Закон за здравето”, който да замени досегашния Закон за народното здраве. Наред с въпросите на управлението на здравеопазването и промоцията и профилактиката на общественото здраве, Законът за здравето засяга правата на пациента, достъпа и качеството на медицинската помощ, закрилата на рискови групи от населението, психичното здраве, алтернативната медицинска дейност, както и медицинското образование, медицинската професия и медицинската наука. Значително са разширени и засилени административно-наказателните разпоредби.

В отговор на новите здравнополитически реалности, в периода 1995 – 2000 г. бе създадено съвременно здравно законодателство, което е в съзвучие и с европейските законодателства:

- Закон за лечебните заведения – 1999 г.(изменян 7 пъти), с който се урежда статута на лечебните заведения, ролята и функциите на изпълнителите на медицински услуги, техните връзки и взаимоотношенията им с финансиращите органи (НЗОК, МЗ) и с другите държавни и неправителствени институции. От “интегративен” модел се премина към равнопоставеност и автономност на предоставящите здравни услуги, като бе дадена възможност за промяна на собствеността и гарантирана равнопоставеността на различните форми на собственост.
- Закон за здравното осигуряване – 1998 г. (изменян 14 пъти). С този закон се уреждат обществените отношения свързани с финансирането на системата и се създава единна институция за набиране и управление на финансовите средства (НЗОК), както и за управление на осигурителните взаимоотношения между осигурените и предоставящите медицинска помощ.

- Закон за Съсловните организации на лекарите и стоматолозите – 1998 г., уреждащ устройството, организацията и дейността на съсловните организации и регламентиращ условията за упражняване на медицинска и стоматологична практика.
- Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина – 1995 г. (изменян 13 пъти) определящ отношенията в лекарствоснабдяването, условията и редът за разрешаване и контрол на производството, употребата, клиничните изпитания, вноса, износа и търговията на едро с лекарства от областта на хуманната медицина.

Други важни закони, които бяха приети са Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите – 1999 г. (изменян 5 пъти), Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането – 2003 г. и Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки – 2003 г.

Въпреки многобройните положителни промени в системата на здравеопазването, здравната реформа не отговаря напълно на очакванията на обществото, а и на възможностите за реално въздействие на държавата върху здравната система и възможността за вземане на адекватни управленски решения. Многобройните промени в здравното законодателство са често несъгласувани и задълбочават съществуващи проблеми. Необходим е подробен цялостен анализ с оглед изясняване конкретната реална перспектива за по-нататъшното развитие на системата при отчитане на социалното въздействие от предприеманите промени.

Конкретните изисквания, заложи в законите, са съчетани в т.н. “Национален рамков договор” (НРД) между НЗОК, БЛС и ССБ. Този договор съдържа огромен брой разпореждания, които по същество са повторения на множество наредби, методични указания, длъжностни инструкции, финансови и статистически правила и форми, административни процедури и санкции, и още много други. НРД се сключва ежегодно и създава значителни проблеми на лечебните заведения и лекарствоснабдяването поради възникващи конфликти на интереси, които в крайна сметка ощетяват нуждаещите се от медицинска помощ и лекарства. Освен това, огромната част от материята, включена в НРД, е с постоянен характер и не е оправдано ежегодното ѝ фигуриране в този документ. Обект на договаряне е логично да бъдат само крайно ограничен брой променливи параметри, зависещи от настъпили съществени промени в социално-икономическото състояние на страната.

НЗОК, въз основа на някои слабости и направени констатации, предвижда и прилага съответни корективи. *(Вж. Извънболнична и болнична помощ)

Болничната помощ се финансира от НЗОК от 2001 г. чрез т.н. “клинични пътеки” които от 30 през 2001 г. стигнаха 81 през 2003 г. Увеличен е и броят на лечебните заведения сключили договори с НЗОК от 149 за 2001 г. до 258 за 2003 г., а броят на диагнозите по тези клинични пътеки от 158 за 2001 г. стана 1500 диагнози (Табл.2).

Табл.2

Договори на НЗОК с лечебни заведения по “клинични пътеки”

години	приети “кли- нични пътеки” бр.	МПБАЛ с договори бр.	СБАЛ с договори бр.	диагнози по клин. пътеки бр.	договори по клин. пътеки бр.	преминали болни по кл. пътеки бр.
2001 г.	30	128	21	158	2107	173050
2002 г.	40	135	37	485	2894	391577
2003 г.	81		258	1500	5444	424968

Въпреки стимулирането на заплащане за извършена дейност, изискванията за стандартизиране на диагностиката и лечението, подобряването на материално-техническата база и качеството на медицинската помощ, общото заключение е че “клиничните пътеки” не са удачен инструмент за цялостно управление на болничната помощ. Разбира се, значение в това отношение има недостигът на стандарти за редица медицински специалности, несъгласуваността на отделни нормативни документи, неясните правила за непрекъснато повишаване на квалификацията на специалистите в болничната помощ, както и недостатъчното участие на изпълнителите на болничната помощ при съставяне на НРД.

Слабостите на системата създават проблеми и по отношение на качеството на болничната помощ затова се налага преразглеждане на системата, експертните критерии и редица други фактори (мотивация на медицинския персонал, следдипломна квалификация, взаимодействие с пациентите и т.н.).

В България съществува и система за доброволно здравно осигуряване, чиито обхват, дейности и изпълнители са дефинирани от Закона за здравното осигуряване. В периода 2001 – 2004 г. са лицензирани 6 Дружества за доброволно здравно осигуряване (ДДЗО). Както е посочено в ЗЗО Министърът на здравеопазването осъществява специализиран медицински надзор върху качеството на извършваните здравни дейности и услуги свързани с доброволното здравно осигуряване чрез Дирекция “Специализиран медицински надзор”. В системата за ДЗО има общо 54 883 осигурени лица (37 116 мъже и 17 667 жени). Най-големият брой доброволно осигурени лица (54 561) е от възрастовата група 19 – 65 години. Един от съществуващите проблеми на ДДЗО е, че в предлагания от тях пакет здравни услуги си съдържат и услуги, които са включени и в пакета здравни услуги на НЗОК. Това дава възможност на изпълнителите на медицинска помощ да таксуват едни и същи услуги на НЗОК и на работодател по абонаментен договор.

3.3.7. Други функции на управлението

Взаимодействието на МЗ с другите министерства, имащи отношение към здравето на населението и системата на здравеопазването, е добро. МЗ сътрудничи също така и с други институции и организации, главно с Министерство на социалните грижи, Националния осигурителен институт, Националния статистически институт, Националното сдружение на общините, Българския лекарски съюз, Съюза на стоматолозите, синдикатите (КНСБ и Подкрепа) и др. Взаимодействие се осигурява и със съответните международни институции./Фиг. 2/

Контролът върху дейността на лечебните заведения и др. здравни заведения се осъществява от Инспекторатът на МЗ и главно от РЦЗ. Правомощията на РЦЗ и органите на МЗ са доста ограничени при отстраняване на констатираните нарушения на нормативните документи, на правата на болните, при финансови нарушения и т.н. Контрол в лечебните заведения същевременно се извършва и от органите на НЗОК.

Управленската информация в МЗ, необходима за определяне на здравната политика и оперативното ръководство на системата за здравеопазване, която се регистрира и отчита от лечебните и др. здравни заведения, рязко се влоши по отношение на пълнота и достоверност. Наблюдават се дублирания и некоректни данни. Затруднения се констатират по отношение на определяне на заболяемостта (използва се екстраполацията), потребностите от кадрови и други ресурси.

Сътрудничеството с Националния статистически институт и обменът на информация с други държавни и обществени институции може да бъде оценено като добро (виж фиг. 2 в раздел 3.3.3).

3.3.8. Медицински персонал

Броят и квалификацията на медицинските специалисти влияе съществено върху обема и качеството на медицинските дейности. В страната няма обаче работеща информационна система за броя на медицинските специалисти, реално заети с практическа медицинска дейност, за тяхното естествено и механично движение, както и за разпределението им по възраст, пол, специалности, лечебни заведения и населени места. Липсва надеждна информация и за емиграцията им, както и за работещите в чужбина. Регионални регистри има само БЛС.

Данните от НСИ и НЦЗИ за 2002 г. показват намаление след 1990 г. на всички категории медицински персонал. При лекарите намалението е с 3,5 %, а при стоматолозите е леко увеличен. За средния персонал намалението е драстично и е от 47 % при медицинските сестри до 2 пъти при акушерките и зъботехниците, 3,8 пъти при фелдшерите, до 18,6 пъти при помощник фармацевтите (Табл.3).

Табл. 3

МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ¹

	Брой					На 10 000 души от населението				
	1990	1995	1999	2000	2002	1990	1995	1999	2000	2002
Лекари	28 497	29 069	28 261	27 526	27 688	32.9	34.7	35.5	33.8	35.3
Стоматолози	6 109	5 481	4 655	6 778	6 144	7.0	6.5	5.7	8.3	7.8
Специалисти със средно образование или висше (степен "специалист")	88 387	81 763	69 778	49 840	45 604	102.0	97.5	85.2	61.2	58.1
Фелдшери	7 617	6 885	5 351	3 158	1 972	8.8	8.2	6.5	3.9	2.5
Акушерки	7544	6 652	5 494	4 131	3 433	8.7	7.9	7.1	5.1	4.4
Медицински сестри	53 810	51 035	45 252	31 479	28 508	62.1	60.9	55.2	38.6	36.3
Лаборанти (клинични и рентгенови)	7 064	7 384	6 703	5 964	5 616	8.8	8.8	8.4	7.3	7.2
Зъботехници	2 858	2 669	2 174	1 305	1 411	3.3	3.2	2.9	1.6	1.8
Помощник – фармацевти	4 089	2 319	1 135	658	220	4.7	2.8	1.8	0.8	0.3
Друг среден медицински персонал	4 865	4 819	3 669	3 145	4 444	5.6	5.7	4.8	3.9	5.7
Население										
На един лекар	304	288	290	296	283	x	x	x	x	x
На един стоматолог	1 419	1 530	1 760	1 202	1 277	x	x	x	x	x

¹ От 1995 г. вкл. медицински персонал към други ведомства.

Това намаление в най-голяма степен се дължи на напускане на медицинските професии, на външната миграция и др. неизяснени причини. Трудно е да се установи намалението им поради умирация и пенсиониране. Ако се направи аналогия със смъртността сред градското население във възрастовите групи от 25 до 65 години, от наличните лекари през 2002 г. трябва да се очаква смъртност между 12 и 15% лекари, т.е. за 1 година между 300 и 400 умрели лекари. Очевидно, че приемът на студенти по медицина през последните няколко години, който е между 250 и 290 души (при отпад 8 %) след 30 години ще осигури не повече от 8 - 9000 лекари, без да се отчита емиграцията и отклоняването от пряка медицинска дейност. Това тревожно положение се отнася още повече за другите категории медицински персонал (Табл. 4), поради което МЗ предлага съответни увеличения.

С призната специалност са 17504 от лекарите, без да може да се установи колко работят по специалността си (Табл. 5). Прави впечатление, че през 2000, 2001, 2002 г. продължава усиленият стремеж към специалност, вероятно временно, който не ще може да се поддържа при недостатъчния прием на студенти (Табл. 6). При същият темп на придобиване на специалност след 30 години, сегашният брой на специалистите би се увеличил с повече от 1/3 и прогнозата не може да се сбъдне (Табл. 7). Въпреки това още сега се установява тенденция за намаляване на специалистите по нефрология, акушерство и гинекология, УНГ, психиатрия, рентгенология, клинична лаборатория, спешна медицина и епидемиология и инфекциозни болести.

Предвид гореизложеното, в по-далечен план, е наложително да бъдат проучени със специални методики потребностите от медицински персонал и да се определят темповете за прием на студентите и за специализация на лекарите.

Таблица 4

Прием на студенти през учебната 2001/2, 2002/3, 2003/4 и предложения 2004/5 година медицински училища и медицинските колежи по образователни степени и специалности

№	ОБРАЗОВАТЕЛНО КВАЛИФИКАЦИОННИ СТЕПЕНИ И СПЕЦИАЛНОСТИ	УТВЪРДЕН ПРИЕМ НА СТУДЕНТИ ЗА УЧЕБНАТА 2001/2002 ГОДИНА		УТВЪРДЕН ПРИЕМ НА СТУДЕНТИ ЗА УЧЕБНАТА 2002/2003 ГОДИНА		УТВЪРДЕН ПРИЕМ НА СТУДЕНТИ ЗА УЧЕБНАТА 2003/2004 ГОДИНА		ПРЕДЛОЖЕНИЕ НА ВМУ ЗА ПРИЕМ ЗА 2004/2004 ГОДИНА	
		Редовно	Задочно	Редовно	Задочно	Редовно	Задочно	Редовно	Задочно
1	2	3	4	5	6	3	4	5	6
I.	МАГИСТЪР								
1.	МЕДИЦИНА								
	Мед. университет – София	118	-	130	-	130	-	130	-
	Мед. университет – Варна	50	-	50	-	50	-	70	-
	Мед. университет – Пловдив	45	-	50	-	50	-	50	-
	Висш мед. институт – Плевен	20	-	30	-	30	-	80	-
	Медицински факултет – Стара загора	20	-	30	-	30	-	50	-
	ВСИЧКО	253	-	290	-	290	-	380	-
2.	СТОМАТОЛОГИЯ								
	Мед. университет – София	80	-	60	-	80	-	80	-
	Мед. университет – Пловдив	40	-	50	-	50	-	50	-
	ВСИЧКО	120	-	110	-	130	-	130	-
3.	ФАРМАЦИЯ								
	Мед. университет – София	96	10	90	10	90	10	120	-
	Мед. университет – Пловдив	-	-	-	-	30	30	40	-
	ВСИЧКО	96	10	90	10	120	40	160	-
4.	АДМИНИСТРАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ (ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ)								
	Мед. университет – Варна	30	20	30	20	30	20	30	20
	ВСИЧКО	30	20	30	20	30	20	30	20
5.	ЗДРАВНИ ГРИЖИ								
	Висш мед. институт – Плевен	-	-	-	20	-	30	-	30
	ВСИЧКО				20	-	30	-	30

		УТВЪРДЕН ПРИЕМ НА СТУДЕНТИ ЗА УЧЕБНАТА 2001/2002 ГОДИНА		УТВЪРДЕН ПРИЕМ НА СТУДЕНТИ ЗА УЧЕБНАТА 2002/2003 ГОДИНА		УТВЪРДЕН ПРИЕМ НА СТУДЕНТИ ЗА УЧЕБНАТА 2003/2004 ГОДИНА		ПРЕДЛОЖЕНИЕ НА ВМУ ЗА ПРИЕМ ЗА 2004/2005 ГОДИНА	
		Редовно	Задочно	Редовно	Задочно	Редовно	Задочно	Редовно	Задочно
		3	4	5	6	3	4	5	6
1.	ЗДРАВНИ ГРИЖИ								
	Мед. университет – Варна	-	-	-	-	-	-	25	25
	Мед. университет – София	50	50	30	40	40	140	40	140
	Мед. университет – Пловдив	20	20	20	25	20	10	30	30
	Висш мед. институт – Плевен	-	20	10	30	10	30	20	40
	Мед. факултет – Стара Загора								
	ВСИЧКО:	70	90	60	95	70	180	140	260
2.	ФИЗИОТЕРАПИСТ								
	Мед. университет – София	-	-	-	-	-	-	-	20
	Мед. университет – Пловдив	-	-	-	-	-	-	-	20
	ВСИЧКО:	-	-	-	-	-	-	-	40
3.	АДМИНИСТРАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ (Здравен мениджмънт)								
	Мед. университет – Варна	-	-	-	-	40	20	40	20
	ВСИЧКО:	-	-	-	-	40	20	40	20
4.	СОЦИАЛНИ ДЕЙНОСТИ								
	Мед. факултет – Стара Загора	-	-	-	-	40	20	40	20
	ВСИЧКО:					40	20	40	20

Таблица 5
ЛЕКАРИ ПО СПЕЦИАЛНОСТИ И СТОМАТОЛОЗИ
НА 31.12.2002 ГОДИНА

Специалности	Общо	Отн. дял %	На 10 000 души от населението
Лекари ^{1,2}	27 688	100.0	35.3
В това число			
Вътрешни болести – общо	4 132	14.9	5.3
В това число:			
Гастроентеролози	304	1.1	0.4
Ендокринолози и болести на обмяната	277	1.0	0.4
Кардиолози	819	3.0	1.0
Нефролози	237	0.9	0.3
Хематолози	102	0.4	0.1
Пневмолози и фтизиатри	522	1.9	0.7
Педиатри	1 470	5.3	1.9
Хирурзи	1 632	5.9	2.1
Ортопедо-травматолози	583	2.1	0.7
Уролози	308	1.1	0.4
Неврохирурзи	143	0.5	0.2
Инфекционисти	220	0.8	0.3
Акушер-гинеколози	1 361	4.9	1.7
Офталмолози	606	2.2	0.8
Оториноларинголози	516	1.9	0.7
Невролози	1 062	3.8	1.4
Психиатри	625	2.3	0.8
Кожни и венерически болести	402	1.5	0.5
Анестезиолози	1 105	4.0	1.4
Паразитолози	61	0.2	0.1
Рентгенолози	776	2.8	1.0
Лабораторни лекари (клинична лаборатория)	533	1.9	0.7
Трансфузионна хематология	172	0.6	0.2
Физикална терапия и рехабилитация	405	1.5	0.5
Спешна медицина	532	1.9	0.7
Епидемиолози	223	0.8	0.3
Лекари по обща медицина	467	1.7	0.6
Социална медицина и здравен мениджмънт	170	0.6	0.2
Други специалности	10 184	36.8	13.0
в т.ч. общопрактикуващи лекари	5 293	19.1	6.7
Стоматолози	6 144	x	7.8

¹Pa₃пределението на лекарите по специалности е съгласно Номенклатурата на специалностите от 28.07.2001 година

² Лекарите онколози са включени към съответните групи според основната им специалност

Таблица 6

Лекари, придобили нова специалност

Специалности/години	2000 г.	2001 г.	2002 г.	Общо
1. Акушерство и гинекология	36	31	45	112
2. Анестезиология и инт.леч.	28	34	46	108
3. Вътрешни болести	102	127	109	338
4. Гастроентерология	23	11	14	48
5. Детски болести	63	54	55	172
6. Ендокринология	11	20	12	43
7. Епидемиология и инф. бол.	3	5	4	12
8. Кардиология	35	36	33	104
9. Клинична алергология	4	4	2	10
10. Клинична лаборатория	20	14	12	46
11. Клинична токсикология	2	5	1	8
12. Клинична хематология	4	5	2	11
13. Клинична фармак. и терап.	23	1	0	24
14. Кожни и венер. болести	26	18	20	64
15. Мед. инф. И здр. менидж.	3	10	6	19
16. Медицина на БС (катастр.)	1	8	6	15
17. Микробиология	8	7	12	27
18. Неврохирургия	12	5	4	21
19. Нервни болести	55	22	36	113
20. Нефрология	7	9	4	20
21. Образна диагностика	14	25	19	58
22. Обща Медицина	39	21	13	73
23. Онкология	30	24	29	83
24. Ортопедия и травмат.	25	28	26	79
25. Очни болести	50	15	34	99
26. Пневмология и фтизиатр.	13	17	26	56
27. Психиатрия	20	21	14	55
28. Ревматология	5	7	5	17
29. Социална мед. и здр. мен.	16	6	19	41
30. Спешна медицина	0	14	21	35
31. Трудова медицина	2	2	3	7
32. Урология	7	8	15	30
33. УНГ болести	15	12	21	48
34. Физикална и рехабил.	30	11	17	58
35. Хирургия	73	53	59	185
36. Други				
ОБЩО:				2330

Таблица 7

Лекари по специалности и опит за прогноза

N по ред	Специалности	На 31.12.2002 Бр.	Нови специалисти		
			От 2000,2001 и 2002 бр	Ср. годиш. бр.	След 30 г. Бр
	Лекари: В това число:	27688	2330	766.6	23300
1.	Вътр. болести-общо В това число:	4132	620	206.6	6867
	А) гастроентеролози	304	48	16	480
	Б) ендокринолози	277	43	14.3	429
	В) кардиолози	819	104	34.7	1041
	Г) нефролози	237	20	6.7	201
	Д) хематолози	102	11	3.7	111
	Е) пневм. и фтизиатри	522	56	18.7	561
2.	Педиатри	1470	172	57.3	1719
3.	Хирурзи	1632	185	61.6	1848
4.	Ортопедотравматолози	583	79	26.3	789
5.	Уролози	308	30	10.0	300
6.	Неврохирурзи	143	21	7.0	210
7.	Инфекционисти	220	?	?	?
8.	Акушер-гинеколози	1361	112	37.3	1119
9.	Офталмолози	606	99	33.0	990
10.	Оториноларинголози	516	48	16.0	480
11.	Невролози	1062	113	37.7	1131
12.	Психиатри	625	55	18.3	549
13.	Кожни и венер. болести	402	64	21.3	639
14.	Анестезиолози	1105	108	36.0	1080
15.	Паразитолози	61	?	?	?
16.	Рентгенолози	776	58	19.3	576
17.	Лабор. лекари (кл.лаб.)	533	46	15.3	459
18.	Трансф. хематология	172	?	?	?
19.	Физик.терапия и рехаб.	405	58	19.3	579
20.	Спешна медицина	532	35	11.7	351
21.	Епидемиолози	223	12	4.0	120
22.	Лекари по обща медиц.	467	73	24.3	729
23.	Соц.мед. и здр. менидж	170	60	20.0	600
24.	Други специалности В това число-ОПЛ	10184 5293	? ?	? ?	? 5330
25.	Стоматолози	6144	?	?	?

Забележки: Не може да се отчете смъртността
Липсват данни за т.т. 7,15,18,24 и 25
Не може да се отчете емиграцията и отклоняването от
медицинска дейност
Прогнозния брой е при същия стремеж към специалност.

ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

- Населението на страната е в процес на стабилна депопулация. Раждаемостта намалява и се задържа на ниско ниво. Очакваната средната продължителност на живота при раждане е значително по-ниска от тази в страните от ЕС.
- Водещо място в структурата на смъртността заемат болестите на органите на кръвообращението (68%) и злокачествените новообразувания при това с нарастващ интензитет; следват болестите на дихателната система и травмите и отравянията с намаляващ интензитет. Детската смъртност е 2-3 пъти по-висока от тази в страните от ЕС.
- 72–75% от регистрираните случаи на заболявания са свързани с 5 класа болести- на дихателната система, нервната система и сетивните органи, органите на кръвообращението, травмите и отравянията и болестите на кожата и подкожната тъкан.
- При инфекциозните болести по-големи проблеми са инфекциозните ентероколити, вирусен хепатит тип А, туберкулозата. Разпространението на ХИВ/СПИН е ниско, но случаите нарастват.
- Влошават се показателите за здравето на децата, подрастващите и жените. Нараства броят на лицата, признати за инвалиди.
- Състоянието на здравето на населението показва, че политиката на страната през последните десетилетия за опазването му не дава значими положителни резултати. Социално-икономическото развитие в условията на прехода и свързаните с него основни детерминанти на здравето безспорно са допринесли за съществуващото състояние. Някои от негативните процеси обаче, са свързани в определена степен и с недостатъци в реформата и дейността на здравната система.
- Необходим е преглед и оценка както на съществуващата политика за здраве, така и на по-нататъшното развитие на реформата с оглед постигане на по-добро здраве за населението на страната.
- Един от основните детерминанти на здравето, допринасящ за установеното влошено състояние на здравето, е бедността. Основните причини, генериращи бедност са: липса на работа и на сигурен източник на доход, свързан с (настояща или предишна) икономическа дейност; ниско образование; голям размер на домакинството и наличие на много деца в него; принадлежност към ромската етническа група; живеене на село.
- Бедността води до повишаване на индивидуалните и екологични фактори на риска, нарастваща заплаха от непълноценно хранене,

лоши битови условия, намаляване на достъпа до информации и знания, намаляване на възможностите за получаване на необходимата медицинска помощ.

- Включвайки се в порочен кръг, влошеното здраве от своя страна води към бедност за сметка на снижената производителност, доходи и качество на живот .
- Основните проблеми в здравеопазването, породени от бедността са свързани с:
 - влошеното здраве на бедните;
 - ограничения достъп на бедните до здравни услуги, поради наличие на финансови и организационно-административни бариери пред тях;
- Проблемите на бедността и здравето са комплексни и тяхното решаване е възможно само чрез координиране на усилията на всички институции и това е залегнало в Стратегията за борба с бедността и социалната изолация, където на здравеопазването е отредена конкретна роля за изпълнение на основни стратегически цели и задачи.
- Начинът на живот на населението е нездравословен: храненето дисбалансирано; продължава да се увеличава консумацията на тютюневи изделия- за последните 6 години делът на пушачите над 15 г. нараства, предимно за сметка на редовните пушачи; рязко нарастват пушачите сред жените, както и в детско-юношеската възраст (13-16 г.); над 60% от населението на възраст 25-64 г. е с ниска и средна физическа активност; ниската физическа активност е в чести комбинации с други фактори на риска- хипертония, повишено телесно тегло, повишен холестерол и тютюнопушене; с проблемна употреба на алкохол в страната са 280-300 хиляди души, като се разширява се кръгът на консумиращите алкохол сред подрастващите; намалява възрастовата граница на начална употреба на алкохол; ниска е средната възраст на употребяващите наркотици; всеки седми ученик на възраст 15-16 години е имал първата си среща с дрогата; най-широко употребяваното незаконно вещество е канабисът, а най-проблемен наркотик – хероинът.
- Посочените фактори на риска за здравето се срещат най-често в комбинации помежду си и с други фактори като се очаква, че натовареността с с тях ще нараства. Това изисква неотложни и широки профилактични дейности, изразяващи с в: създаване на надеждна база данни за здравето състояние на населението и детерминантите на здравето; оценка на дейността на здравните структури за опазване на здравето; оценка на финансирането на профилактиката; решаване на проблемите извън здравния сектор,

които влияят на здравето, чрез мултидисциплинарни анализи и разработката на процедури за координиране на дейността на секторите на ниво правителство.

- Факторите на физическата околна среда, които определят нивото на здраве показват, че емисиите на атмосферни замърсители значително намаляват, главно поради спад на промишленото производство.
- Положителен е фактът, че над 98% от населението на страната ползва вода за питейно-битови нужди от централизирани водоснабдителни системи.
- Влошените жилищни условия, свързани с остарели конструктивни методи и лошото поддържане, създават здравни рискове, които не са оценени в достатъчна степен.
- Условията на много работни места са извън хигиенните норми и физиологични изисквания, като широко разпространените професионални вредности (шум, вибрации, химически вещества и др.) водят до увеличаване на броя на професионалните болести.
- Въвеждането на информационната система „Околна среда и здраве“ ще осигури възможност за оценка на качеството на въздуха и риска за здравето.
- Промените в общественото здравеопазване имат еволюционен характер: създадоха се нови структури и се промениха някои функции на звената; цялостно е обновена и хармонизирана с правото на Европейския съюз нормативната база; усъвършенствана е вътрешната организация на ХЕИ и е интензифицирана нейната дейност; реализират се 22 програми, от които 12 са в областта на профилактиката; изгражда се капацитет у кадрите за добра практика по проблемите на общественото здраве; настъпи промяна във финасирането на системата-чрез бюджета на МЗ; подобрява се материално-техническата база (сгради, апаратурата, оборудване, транспорт и др.); запазиха се връзките и взаимодействието с лечебните заведения на всички нива в системата;
- При предоставянето на здравни услуги се установят следните закономерности отнасящи се до извънболничната и болничната помощ:
 - все още има нерегистрирани деца и други лица, нуждаещи се от социална здравна защита и това налага вниманието да се акцентира върху социално уязвимите контингенти – деца, социално слаби, инвалиди и т.н. като се предприемат изменения в нормативната уредба и в сключваните рамкови договори;

- не е осигурен постоянен денонощен достъп до медицински услуги, което е особено изразено в малките населени места
- отказ за извършване на прегледи извън часовете за амбулаторен прием, през нощта и в празнични дни. В тази връзка би трябвало да бъде стимулирано създаването на групови практики;
- наблюдава се неравномерност в разпределението на лекарите за ПИМП и СИМП в различните области. Решаването на проблема се нуждае от по-комплексни мерки от здравно-политическо, социално, икономическо и управленско естество. Необходимо е разработването на национална програма за подобряване на условията за предоставяне на този вид помощ в неблагоприятни райони и малки населени места, като се оптимизира системата за стимулиране;
- смесената система на финансиране на ПИМП, комбинираща заплащане за дейност със заплащане за брой регистрирани здравноосигурени лица, отразява адекватно спецификата на първичната помощ. Препоръчително е да се повиши тежестта на финансиране на дейности (профилактична и диспансерна), като се постави акцент върху качеството на оказваните медицински услуги, а съществуващите регулативни стандарти се адаптират към специфичните потребности;
- квалификацията на ОПЛ е незадоволителна, което налага въвеждането на система за непрекъснато обучение;
- наложително е създаване на медицински стандарти и правила за добра медицинска практика по всички специалности;
- налице е необходимост от оптимизиране на връзката между първичната и специализираната извънболнична помощ.
- въвеждането на клиничните пътеки има положителен ефект върху системата на болничната помощ като стандартизирано лечение на национално ниво, възможност парите да следват пациента, получаване на финансиране за извършена дейност и др. Заплащането, обаче, базирано на клинични пътеки, не винаги отговаря на реалните разходи, извършени от болницата. Това е свързано с финансов риск за лечебното заведение. Наблюдава се тенденция за увеличаване на отчетените по клинични пътеки случаи, което изкривява информацията за хоспитализираната заболеваемост.
- финансирането на болниците се осъществява от Министерството на здравеопазването по определена методика и от НЗОК. Логично би било в бъдеще да се интегрират двата финансови потока в рамките на единен договор;

- при договаряне на НРД е препоръчително да участват като партньори представители на ръководителите на болници или на тяхно обединение;
- Анализът на дейността на системата за медицинска помощ показва недостатъчна координираност между звената ѝ, което налага изграждане на цялостна интегрирана информационна система, както и по-добро съгласуване на отделните нормативни актове;
- Решаващ фактор за успешната реализация на реформата е обучението на персонала. Това е особено важно за ръководните кадри на различни равнища на здравната система.
- Обобщеният анализ на развитието на болничната помощ за периода 2001-2003 г. показва, че е постигнат определен напредък в реструктурирането на здравния сектор и решаването на част от наследените проблеми, което намира количествено изражение в следните показатели:
 - намаляване на болничните легла през 2003 г. спрямо 2001 г. с около 20%;
 - увеличаване на използваемостта на болничния капацитет при снижена продължителност на средния престой и увеличен брой на преминалите през стационарните отделения болни.
- Изградената законодателна рамка и избраният модел на финансиране и здравно осигуряване имаха за цел постигане на солидарност при ползването на финансовите ресурси, равнопоставеност и достъпност при здравното обслужване.
- Различният по време старт на реформата в доболничната и болничната помощ доведе до известни диспропорции във финансирането на системата като цяло, което създаде напрежение както сред пациентите, така и сред медицинския персонал.
- Все още съществуват диспропорции на структури, болнични легла и персонал в различни региони на страната.
- Преодоляването на посочените проблеми в областта на финансирането може да се извърши чрез:
 - увеличаване на средствата за здравеопазването, заделени от БВП;
 - рационализация на болничната мрежа чрез оптимизиране, в т.ч. редуциране на здравни структури и концентрация и специализация на лечебните заведения;
 - разработване и изпълнение на национална стратегия за реструктуриране на болниците в определена степен ще допринесе за по-нататъшните успешни действия в областта на болничната помощ;

- утвърждаване на единен подход за финансиране на болничните лечебни заведения чрез преминаване от финансиране на структури към финансиране на дейности;
- въвеждане на “кейс-микс” подхода и диагностично свързани групи (ДСГ).
- Съществува система за гарантиране на качеството на здравните услуги, базираща се на :
 - правната и нормативна уредба в областта на здравното законодателството;
 - специфичното нормиране на дейността в областта на здравеопазването на базата на национални медицински стандарти, клинични пътеки, ръководства, алгоритми, протоколи, технически фишове, инструкции указания и др.;
 - въведената система за акредитация на лечебните заведения, включваща провеждане на самооценка, външна оценка от специално подготвени експерти, присъждане на решение от специален орган – Акредитационен съвет и провеждане на междинен одит след присъждане на оценка;
 - наличието на рутинни дейности за провеждане на вътрешни и външни проверки на качеството;
 - постоянното изучаване на мнението на пациентите за качеството на здравните услуги и спазването на техните права.
- Извършваните дейности в областта на качеството следва да се усъвършенстват, като за целта е необходимо да се разработи и прилага цялостна стратегия за непрекъснато подобряване на качеството на здравните услуги.
- В своята управленска дейност МЗ осигурява добро взаимодействие с редица правителствени и неправителствени български и международни институции. За съжаление, обаче, управленската информация в МЗ, необходима за определяне на здравната политика и оперативното ръководство на системата, рязко се влоши по отношение на пълнота и достоверност.
- Провеждането на периодични анализи на постигнатото в областта на здравеопазването във всичките му аспекти определено ще подобри процеса на формиране на здравната политика и управлението на програмната дейност по реформата в здравеопазването.

ПРИЛОЖЕНИЯ
(по разделу)

Раздел 1. Тенденции в здравето на нацията

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Население към 31.12. по пол и възрастови групи
за периода 1993-2002 г.

брой

Година	Общо	Възрастови групи						
		0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Общо								
1993	8 459 763	1573277	1233094	1101282	1202717	1077172	1038391	1233830
1994	8 427 418	1528118	1231307	1110473	1183654	1103463	1018721	1251682
1995	8 384 715	1481345	1227543	1114575	1160709	1130645	997402	1272496
1996	8 340 936	1437527	1224235	1116971	1155950	1142363	984733	1279157
1997	8 283 200	1387538	1222085	1117835	1145714	1153502	962390	1294136
1998	8 230 371	1340726	1213683	1125016	1135247	1164331	946265	1305103
1999	8 190 876	1300907	1192233	1147346	1124168	1174473	926945	1324804
2000	8 149 468	1266533	1170642	1169136	1108751	1178373	924865	1331168
2001	7 891 095	1181356	1103308	1128851	1061935	1146984	933146	1335515
2002	7 845 841	1143438	1088645	1145486	1049150	1138279	944542	1336301
Мъже								
1993	4 151 638	807840	629636	555432	596213	527425	496035	539057
1994	4 129 966	784188	629122	560670	586703	539634	484173	545476
1995	4 103 368	759785	626977	563799	575556	551996	472449	552806
1996	4 077 501	737083	625661	565797	573796	557086	464874	553204
1997	4 044 965	711543	624751	567318	569081	561559	452695	558018
1998	4 014 071	687667	621725	570395	564292	566107	443915	559970
1999	3 991 161	666964	611425	581892	559473	570533	434146	566728
2000	3 967 423	649384	600463	593519	552725	572056	432423	566853
2001	3 841 163	606175	566264	574747	532326	560559	437099	563993
2002	3 816 162	587255	558527	583713	526429	556322	441787	562129
Жени								
1993	4 308 125	765437	603458	545850	606504	549747	542356	694773
1994	4 297 452	743930	602185	549803	596951	563829	534548	706206
1995	4 281 347	721560	600566	550776	585153	578649	524953	719690
1996	4 263 435	700444	598574	551174	582154	585277	519859	725953
1997	4 238 235	675995	597334	550517	576633	591943	509695	736118
1998	4 216 300	653059	591958	554621	570955	598224	502350	745133
1999	4 199 715	633943	580808	565454	564695	603940	492799	758076
2000	4 182 045	617149	570179	575617	556026	606317	492442	764315
2001	4 049 932	575181	537044	554104	529609	586425	496047	771522
2002	4 029 679	556183	530118	561773	522721	581957	502755	774172

Изг. НЦЗИ, 2004

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Смъртност по пол, възрастови групи и водещи класове болести за 1993 г., 1996 г., 2000 г., 2002 г.

на 100000 от населението

Причина за смъртта МКБ-9	Възрастови групи																			
	Общо		0-1		1-4		5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+	
	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени
1993 г.																				
Общо	1469.4	1126.6	1777.6	1312.5	99.6	83.4	44.1	31.2	119.6	48.7	193.5	79.0	452.9	148.4	1017.6	360.5	2226.7	966.3	7206.1	5588.9
в т.ч.:																				
Болести на органите на кръвообращението	871.5	753.9	50.6	44.0	5.2	3.3	2.3	3.1	14.3	7.6	38.5	18.9	159.0	43.2	464.0	147.9	1218.1	510.2	4896.9	4094.4
Новообразувания	223.0	148.0	13.8		4.6	8.2	5.4	5.4	8.3	7.1	20.2	19.4	74.0	59.9	228.3	142.4	507.8	272.1	906.2	512.4
Симптоми, признаци и недобре опр. състояния	60.6	69.8	20.7	24.4	1.5	0.5	0.7		1.6	1.5	4.1	2.2	11.4	2.8	17.1	5.6	40.5	14.0	391.2	410.5
Травми и отравяния	102.7	29.5	82.8	46.4	28.9	18.5	22.1	9.4	79.4	20.4	101.0	20.5	123.9	17.6	139.9	21.5	116.9	33.6	172.2	75.9
Болести на дихателната система	80.4	47.1	358.7	261.5	27.4	21.8	3.5	4.4	5.4	3.0	6.3	4.9	17.9	5.1	44.7	10.9	118.5	38.2	390.9	218.3
Болести на храносмилателната система	56.1	20.9	18.4	14.7	1.0	2.2	1.6	0.6	1.4	1.8	6.5	1.8	40.1	4.9	74.3	11.3	121.6	30.8	191.4	87.5
Болести на ендокр. жлези, на храненето, обмяната и разстр. на имунитета	19.0	22.5	6.9	9.8			0.2	0.4	0.8	0.7	3.4	1.5	3.4	3.1	9.9	6.4	36.9	34.8	93.9	101.9
1996 г.																				
Общо	1564.3	1249.5	1785.9	1316.1	107.6	84.1	45.3	33.3	101.7	48.1	165.1	73.5	428.2	163.9	1052.1	370.4	2326.0	1015.3	7592.1	5980.7
в т.ч.:																				
Болести на органите на кръвообращението	946.1	858.4	43.0	45.8	4.9	5.1	4.7	3.9	10.4	8.2	33.6	17.2	138.0	47.9	475.5	148.5	1253.0	542.8	5243.6	4468.5
Новообразувания	232.9	158.7	8.1	5.7	7.9	7.1	6.5	4.1	8.8	6.5	14.1	16.1	67.3	62.4	228.7	142.0	544.0	278.0	925.9	545.9
Симптоми, признаци и недобре опр. състояния	56.1	65.0	18.8	8.6	1.8	1.3		1.2	3.7	1.2	6.0	2.0	12.4	4.1	23.3	8.2	37.4	16.0	333.3	356.2
Травми и отравяния	100.7	29.3	88.6	48.6	28.1	16.0	18.3	9.8	63.9	18.9	82.4	22.3	124.3	21.0	138.6	23.9	134.9	32.9	172.1	67.1
Болести на дихателната система	83.1	50.0	381.4	323.3	26.3	25.0	5.0	4.3	5.9	4.5	6.4	3.3	19.9	7.9	46.9	12.1	99.4	35.6	409.6	222.1
Болести на храносмилателната система	60.4	23.4	45.7	14.3	2.4	2.6	0.6	0.4	1.4	1.3	8.3	2.9	35.2	5.7	76.8	12.0	135.1	34.8	203.2	93.5
Болести на ендокр. жлези, на храненето, обмяната и разстр. на имунитета	25.0	28.5	2.7		0.6	1.9		0.8	0.5	0.7	2.1	2.4	4.2	3.8	14.0	8.5	46.5	39.0	123.5	126.3

Смъртност по пол, възрастови групи и водещи класове болести за 1993 г., 1996 г., 2000 г., 2002 г. (продължение)

Причина за смъртта МКБ-9	Възрастови групи																			
	Общо		0-1		1-4		5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+	
	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени
2000 г.																				
Общо	1550.6	1280.9	1455.7	1200.7	70.3	62.3	36.5	22.0	94.8	47.2	147.1	66.9	368.7	164.0	998.7	373.9	2208.7	976.6	7401.4	5797.7
В т.ч.:																				
Болести на органите на кръвообращението	977.0	897.6	79.4	75.2	7.2	6.1	4.2	2.4	11.2	8.6	31.7	15.8	129.5	49.5	473.7	145.6	1264.3	545.4	5213.5	4383.8
Новообразувания	221.7	156.6	5.3		4.3	3.8	4.4	3.1	6.2	5.4	13.8	16.9	59.2	62.8	218.0	144.1	465.7	253.0	892.5	514.4
Симптоми, признаци и недобре опр. състояния	65.5	69.9	42.3	47.4	2.2	1.5	1.1	0.9	6.8	1.8	7.1	3.3	13.6	5.8	32.7	11.4	63.8	28.2	344.4	344.5
Травми и отравяния	87.4	28.3	29.1	52.9	13.6	11.4	15.8	8.6	57.5	18.8	70.9	17.2	103.7	19.2	116.8	25.4	113.5	28.4	152.8	65.9
Болести на дихателната система	69.1	42.1	275.3	211.7	20.1	16.7	3.0	2.2	4.7	2.6	5.7	3.0	15.2	5.2	31.1	10.6	87.6	27.2	333.6	182.3
Болести на храносмилателната система	53.0	20.9	29.1	19.5		2.3	1.3	0.7	1.0	1.2	5.9	1.4	21.9	6.8	74.3	10.9	111.2	29.4	179.2	78.0
Болести на ендокр. жлези, на храненето, обмяната и разстр. на имунитета	23.3	28.9	5.3	5.6		0.8	0.2		0.2	1.6	1.9	2.8	3.8	2.9	12.8	7.1	34.5	31.7	117.7	126.5
2002 г.																				
Общо	1570.7	1307.2	1434.9	1224.9	74.2	57.8	32.2	21.2	84.5	37.7	142.5	60.5	362.1	157.8	990.8	385.6	2140.9	889.7	7299.4	5689.0
В т.ч.:																				
Болести на органите на кръвообращението	1007.5	942.6	113.1	103.1	7.4	5.5	5.0	3.8	12.5	8.1	29.5	10.9	134.3	49.5	475.8	155.0	1198.1	489.9	5245.9	4417.8
Новообразувания	241.5	164.3	2.9	6.2	7.4	3.9	3.8	4.3	7.5	4.9	14.6	17.1	61.9	62.4	230.3	149.2	512.2	249.8	923.8	520.0
Симптоми, признаци и недобре опр. състояния	60.7	59.3	121.7	65.6	4.5	4.7	1.0	0.5	4.8	0.8	5.8	3.6	15.2	6.3	34.5	11.0	55.0	25.5	300.3	272.9
Травми и отравяния	83.9	25.8	46.4	46.9	21.5	9.4	15.5	7.6	50.3	17.2	74.0	16.0	89.1	18.7	109.1	23.4	99.1	27.2	153.9	55.8
Болести на дихателната система	54.2	31.3	260.9	225.0	10.4	13.3	1.7	1.8	2.1	1.5	4.5	2.1	12.5	4.4	31.1	9.8	65.6	19.1	247.1	125.3
Болести на храносмилателната система	50.5	23.3	17.4	37.5	0.7	3.1	0.2	0.5	1.3	0.8	4.5	1.4	22.2	3.6	61.1	12.9	112.0	27.1	166.0	87.7
Болести на ендокр. жлези, на храненето, обмяната и разстр. на имунитета	24.0	27.9	11.6	9.4	1.5		0.2	0.3	0.5	0.6	1.4	2.0	3.2	2.3	13.3	6.9	37.8	29.4	113.5	117.2

Изт. НЦЗИ, 2004

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**Смъртност от болести на органите на кръвообращението по пол и възрастови групи
за 1993 г., 1996 г., 2000 г., 2002 г.**

на 100000 от населението

Причина за смъртта МКБ-9	Възрастови групи															
	Общо		0-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+	
	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени
1993 г.																
Болести на органите на кръвообращението (390-459)	871.5	753.9	5.6	5.4	14.3	7.6	38.5	18.9	159.0	43.2	464.0	147.9	1218.1	510.2	4896.9	4094.4
в т.ч.:																
Хипертонична болест (401-405)	27.1	28.5		0.1		0.5	0.2	0.5	5.9	1.3	18.0	8.2	47.6	29.1	141.0	145.4
Ишемична болест на сърцето (410-414)	313.1	232.3			4.3	0.8	15.3	4.4	66.6	10.2	205.0	36.7	484.8	153.6	1670.1	1278.1
Мозъчно-съдова болест (430-438)	295.5	273.4	3.0	2.1	4.8	3.3	10.4	6.2	47.1	14.7	134.0	58.8	421.9	209.1	1683.7	1462.6
1996 г.																
Болести на органите на кръвообращението (390-459)	946.1	858.4	6.6	6.3	10.4	8.2	33.6	17.2	138.0	47.9	475.5	148.5	1253.0	542.8	5243.6	4468.5
в т.ч.:																
Хипертонична болест (401-405)	55.9	58.1			0.3	0.3	1.4	1.1	9.2	3.1	34.3	11.4	82.8	52.3	296.8	291.1
Ишемична болест на сърцето (410-414)	304.4	233.9			1.1	1.0	13.3	2.2	53.0	8.4	179.7	35.2	455.2	148.7	1610.6	1229.8
Мозъчно-съдова болест (430-438)	266.2	261.0	1.6	1.3	1.9	2.5	5.8	4.7	29.1	14.1	116.0	49.7	345.0	176.2	1514.8	1348.3

Изт. НЦЗИ, 2004

**Смъртност от болести на органите на кръвообращението по пол и възрастови групи
за 1993 г., 1996 г., 2000 г., 2002 г.**

на 100000 от населението (продължение)

Причина за смъртта МКБ-9	Възрастови групи															
	Общо		0-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+	
	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени
2000 г.																
Болести на органите на кръвообращението (390-459)	977.0	897.6	9.2	7.5	11.2	8.6	31.7	15.8	129.5	49.5	473.7	145.6	1264.3	545.4	5213.5	4383.8
в т.ч.:																
Хипертонична болест (401-405)	53.2	54.9			0.3		1.5	0.5	6.9	3.6	35.3	13.2	84.9	47.1	263.2	256.3
Ишемична болест на сърцето (410-414)	274.6	214.8			1.2	0.9	8.9	1.7	43.6	12.8	164.0	30.5	410.2	130.0	1390.1	1056.2
Мозъчно-съдова болест (430-438)	264.7	268.1	1.7	1.3	3.0	1.8	6.7	3.8	25.9	11.7	105.4	44.0	335.6	166.7	1452.8	1310.6
2002 г.																
Болести на органите на кръвообращението (390-459)	1007.5	942.6	11.9	9.9	12.5	8.1	29.5	10.9	134.3	49.5	475.8	155.0	1198.1	489.9	5245.9	4417.8
в т.ч.:																
Хипертонична болест (401-405)	59.2	65.1			0.2		1.7	0.5	6.6	2.3	34.3	12.5	86.2	40.8	291.7	301.0
Ишемична болест на сърцето (410-414)	292.4	235.3			2.0	1.7	8.9	1.2	50.5	11.1	170.0	37.5	381.6	130.7	1458.4	1102.3
Мозъчно-съдова болест (430-438)	274.8	281.9	2.4	1.1	1.4	1.9	3.9	2.7	29.3	13.2	98.5	44.3	306.5	146.4	1491.7	1325.8

Изт. НЦЗИ, 2004

Смъртност от злокачествени новообразувания по пол и възрастови групи
за 1993 г., 1996 г., 2000 г., 2002 г.

на 100000 от населението

Причина за смъртта МКБ-9	Възрастови групи															
	Общо		0-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+	
	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени
1993 г.																
Злокачествени новообразувания (140-208)	222.3	147.4	5.7	5.6	8.1	7.1	20.0	19.2	73.8	59.4	227.3	141.7	506.4	271.6	903.2	510.4
в т.ч.:																
Зл. новообр. на трахея, бронхи и бял дроб (162)	64.6	12.1	0.1	0.1	0.3	0.5	2.3	1.3	21.3	3.0	84.6	11.1	182.0	22.9	220.6	44.0
Зл. новообразувания на стомаха (151)	29.3	19.0	0.4	0.1	0.2	0.3	2.2	1.6	8.7	4.1	19.9	10.2	59.7	26.9	138.6	83.5
Зл. новообр. на дебелото черво (153)	10.3	9.2			0.3		0.5	0.5	2.2	2.1	7.4	4.9	20.8	14.2	49.7	39.6
Зл. новообразувания на женската гърда (174)		24.5				0.3		1.6		15.7		32.4		54.9		68.1
1996 г.																
Злокачествени новообразувания (140-208)	231.8	158.3	6.8	4.9	8.8	6.5	14.1	16.1	66.9	61.8	227.3	141.6	542.7	277.0	920.8	544.9
в т.ч.:																
Зл. новообр. на трахея, бронхи и бял дроб (162)	65.1	12.8		0.1	0.5		1.4	0.5	22.5	4.8	83.6	10.6	190.8	23.3	210.0	45.5
Зл. новообразувания на стомаха (151)	28.0	17.1	0.1		0.2	0.2	1.2	1.3	5.4	3.1	18.8	8.9	60.0	23.1	129.6	72.9
Зл. новообр. на дебелото черво (153)	11.5	9.7				0.2	0.5	0.7	2.6	2.4	6.5	5.6	26.2	15.8	52.8	38.6
Зл. новообразувания на женската гърда (174)		27.9						1.6		14.4		40.5		56.2		78.2

Изт. НЦЗИ, 2004

**Смъртност от злокачествени новообразувания по пол и възрастови групи
за 1993 г., 1996 г., 2000 г., 2002 г.**

на 100000 от населението (продължение)

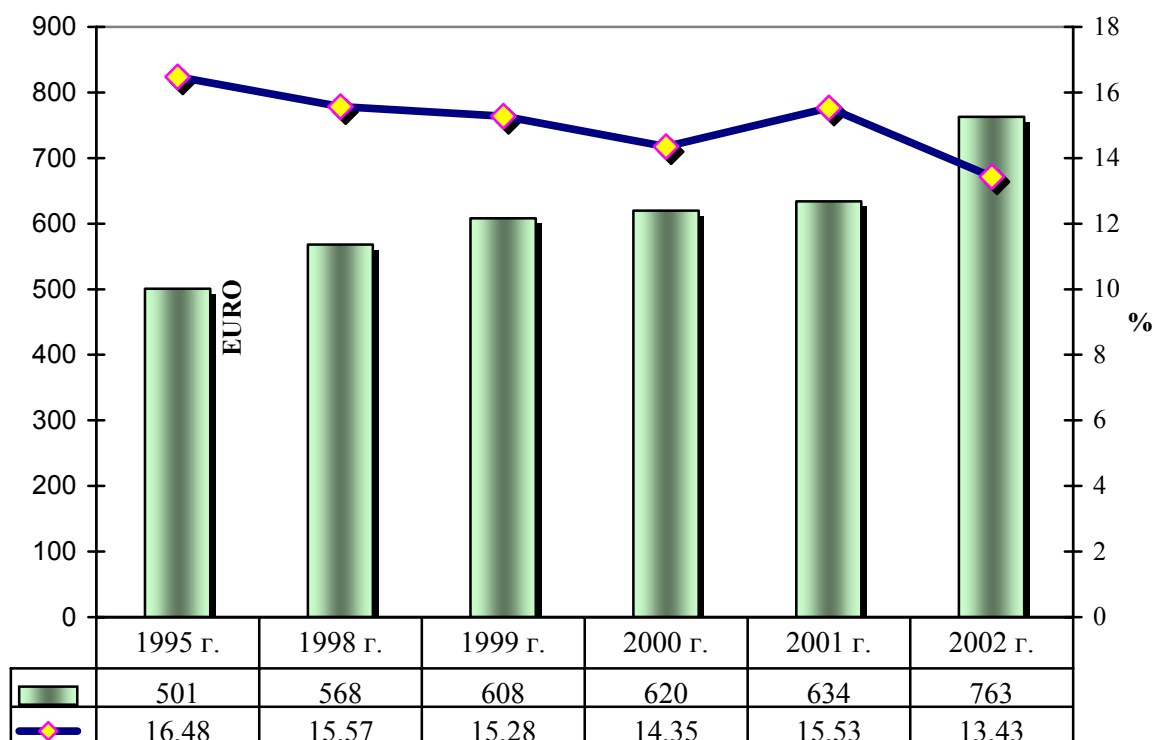
Причина за смъртта МКБ-9	Възрастови групи															
	Общо		0-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+	
	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени
2000 г.																
Злокачествени новообразувания (140-208)	220.9	155.9	4.2	3.1	6.0	5.4	13.6	16.5	59.2	62.4	216.9	143.5	464.6	252.4	889.6	512.4
В т.ч.:																
Зл. новообр. на трахея, бронхи и бял дроб (162)	60.1	12.6	0.5		0.5		0.7	0.5	14.8	3.8	76.4	11.4	155.9	23.4	208.2	41.6
Зл. новообразувания на стомаха (151)	25.0	15.5	0.2		0.3	0.2	1.0	1.2	4.7	2.2	18.9	8.7	48.8	18.9	112.7	63.3
Зл. новообр. на дебелото черво (153)	11.9	11.3				0.2	0.3	0.7	3.1	2.0	6.6	4.1	18.3	14.0	59.5	47.5
Зл. новообразувания на женската гърда (174)		27.6						2.1		17.1		36.8		52.8		73.9
2002 г.																
Злокачествени новообразувания (140-208)	240.8	163.7	4.6	4.3	7.3	4.7	14.2	16.7	61.9	62.0	229.2	148.5	511.6	248.4	921.1	518.6
В т.ч.:																
Зл. новообр. на трахея, бронхи и бял дроб (162)	65.2	12.8	0.3		0.4		1.5	0.4	16.9	2.7	80.9	12.4	175.0	22.5	207.2	40.7
Зл. новообразувания на стомаха (151)	26.1	16.8			0.4	0.4	1.0	1.2	4.0	4.2	18.2	8.2	50.3	20.9	114.7	63.7
Зл. новообр. на дебелото черво (153)	17.2	13.6			0.4			0.5	2.5	3.4	10.8	6.9	30.8	18.5	79.5	50.9
Зл. новообразувания на женската гърда (174)		27.0				0.2		2.1		13.0		37.1		45.2		72.7

Изт. НЦЗИ, 2004

Раздел 2. Главни детерминанти на здравето

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Средногодишен праг на бедност на еквивалентна единица и обхват на бедността (1995-2002 година)



Източник: НСИ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

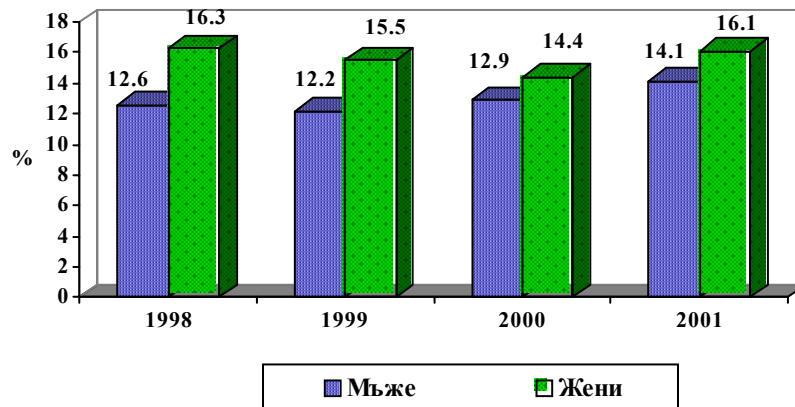
Равнище на бедност според икономическия статус (в процент от лицата в съответната група)

Година	Заети лица	Наети лица	Самонаети лица	Безработни лица	Икономически неактивни лица	Пенсионери
1998	6,31	6,24	7,25	29,94	18,65	20,77
1999	5,64	5,82	3,64	32,32	17,72	18,33
2000	5,47	5,45	5,73	30,82	15,14	12,87
2001	6,64	6,59	7,20	33,16	15,64	13,59

Източник: НСИ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Равнище на бедност според пола (в процент от лицата в съответната група)



Източник: НСИ

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Равнище на бедност според размера и структурата на домакинството (в процент от лицата в съответната група)

Година	Едночленно домакинство	2 възрастни (под 65 г.), без зависими деца	Други домакинства без зависими деца	Самотен родител с 1 или повече зависими деца	2 възрастни, 2 зависими деца	Други домакинства със зависими деца
1998	39,06	9,11	4,49	27,60	11,50	12,11
1999	35,99	5,74	6,41	31,20	8,53	14,10
2000	28,19	6,08	5,84	22,14	13,49	15,85
2001	29,51	5,89	9,88	23,03	16,25	14,61

Източник: НСИ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Равнище на бедност според броя на децата в домакинството (в процент от лицата в съответната група)- други цифри

Година	2 възрастни (под 65 г.), без зависими деца	2 възрастни, 1 зависимо дете	2 възрастни, 3 или повече зависими деца
1998	9,11	11,11	35,45
1999	5,74	9,43	46,33
2000	6,08	8,00	51,28
2001	5,89	10,81	59,60

Източник: НСИ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

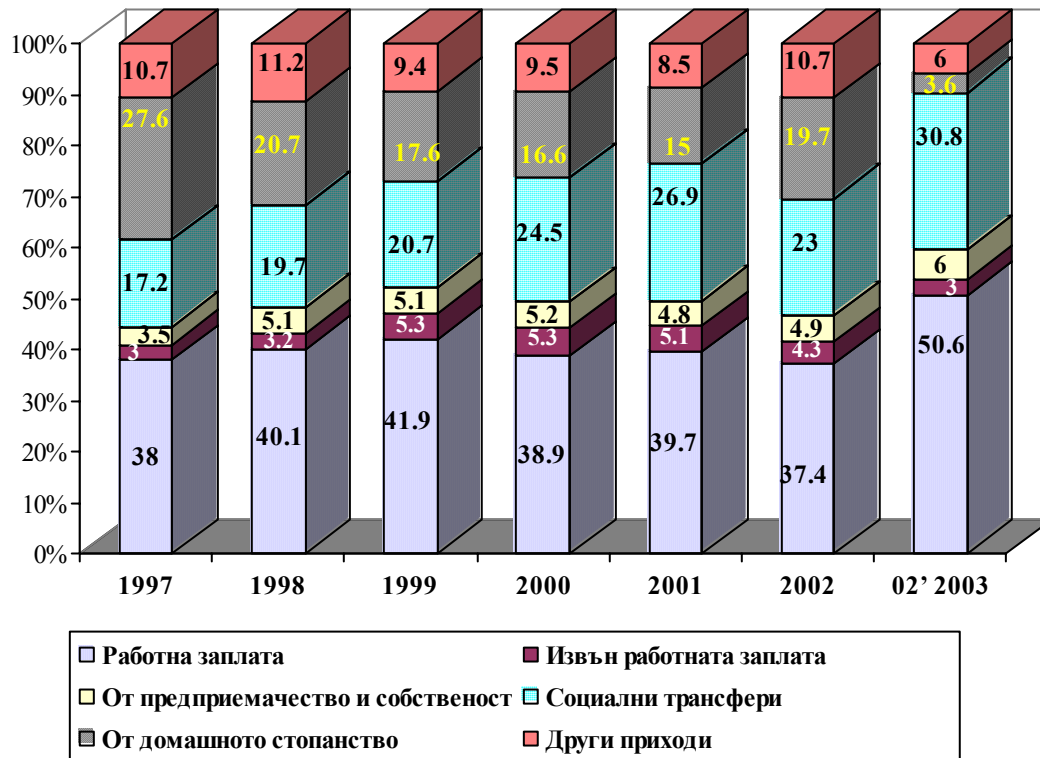
Развитие на доходите на населението (1995-2003 година)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
I. Номинални						
доходи (лв.)*						
1. Минимална месечна работна заплата (към края на годината)	45500	53500	67	79	100	100
2. Средна месечна работна заплата	125163	183250	201	224	240	272
3. Социална пенсия	22053	31675	35825	40	42,33	45,54
4. Средна месечна пенсия за осигурителен стаж и възраст	38759	64898	69,78	89,51	95,33	105,51
5. Средна пенсия за инвалидност поради общо заболяване	27340	46100	50,00	61,36	68,49	78,31
6. Средна пенсия за инвалидност поради трудова злополука и професионална болест	39962	68277	73,24	80,37	88,59	97,94
7. Гарантиран минимален доход – ГМД (към края на годината)	27000	32400	37,30	37,30	40	40
8. Средногодишен общ доход на лице от домакинство	900285	1 432 320	1 502	1 574	1 589	1985
II. Индекси на реалните доходи (1995=100)						
1. Минимална месечна работна заплата	64,22	63,63	77,69	83,04	97,90	92,53
2. Средна месечна работна заплата	67,28	83,01	88,75	89,87	89,49	95,80
3. Социална пенсия	54,82	66,35	73,16	78,68	72,99	74,22
4. Средна пенсия (за осигурителен стаж и възраст)	60,37	85,18	89,29	100,35	102,99	107,73
5. Средна пенсия за инвалидност поради общо заболяване	53,78	76,42	80,81	89,89	93,46	100,99
6. Средна пенсия за инвалидност поради трудова злополука и професионална болест	151,29	217,82	227,79	226,59	232,64	243,07
7. Гарантиран минимален доход – ГМД	65,74	66,47	74,61	67,63	67,55	63,84
8. Среден доход на лице от домакинство	59,9	80,3	82,1	78,0	73,3	86,6

Източник: по данни на МТСП и НСИ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Структура на доходите средно на лице от домакинството



Източник: НСИ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Основни показатели за безработицата според НРС на НСИ и брой на съкратените от работа лица поради производствени затруднения, според АЗ

	Мерна единица	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Средногодишно ниво на безработица	%	14.1	15.6	16.9	19.7	17.8	15.6*
Средногодишен коефициент на икономическа активност на населението	%	51.0	49.6	48.8	49.6	49.4	48.0*
Обезкуражени за намиране на работа лица	хил. души	263.6	323.7	419.5	367.0	401.2	475.9*
Средногодишен дял на дълготрайно безработните лица според НРС	%	58.2	55.6	58.1	61.8	65.7	51.6**
Съкратени от работа поради производствени затруднения и регистрирани в бюрата по труда (АЗ)	хил. души	183.6	234.7	280.4	226.4	176.7	62.3*

Източник: НСИ, АЗ * - за първото тримесечие на 2003

** - за първите четири месеца на 2003

Раздел 3. Здравна политика и реформа на здравната система

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Изпълнение на бюджета на Министерство на здравеопазването за периода 2000 – 2003 г.

Показатели	Отчет към 31.12.2001 г.	Отчет към 31.12.2002 г.	Отчет към 31.12.2003 г.	отчет 2003 г. спрямо отчет 2001 г. /%/	отчет 2003г. спрямо отчет 2002г. /%/	Относителен дял на разходите по отчет 2001	Относителен дял на разходите по отчет 2002	Относителен дял на разходите по отчет 2003
1. Приходи	15 387 466	16 448 316	20 156 945	131%	123%			
2. Общо разходи	494 078 972	581 735 053	607 668 401	123%	104%	100%	100%	100%
2.1 Текущи разходи	441 399 289	534 797 012	567 689 608	129%	106%	89%	92%	93%
в т.ч. :								
2.1.1. Бюджетни организации	86 857 746	103 605 391	112 980 513	130%	109%	20%	19%	20%
в т.ч. :								
- заплати, др.възнаграждения и осигур.вноски	64 342 868	73 195 858	81 544 600	127%	111%			
- издръжка	22 514 878	30 409 533	31 435 913	140%	103%			

2.1.2. Централни доставки и нац.програми	64 862 748	99 024 550	105 325 983	162%	106%	15%	19%	19%
в т.ч. :								
- лекарствени продукти и ваксини	38 740 221	53 176 199	61 112 562	158%	115%			
- национални програми	7 506 357	18 598 144	19 782 701	264%	106%			
- др. централни доставки	18 616 170	27 250 207	24 430 720	131%	90%			
2.1.3. Лечебни заведения за болнична помощ	274 533 855	310 255 311	335 235 550	122%	108%	62%	58%	59%
2.1.4. Заеми	7 212 944	13 204 399	4 903 804	68%	37%	2%	2%	1%
2.2. Капиталови разходи	52 679 683	46 938 041	39 978 793	76%	85%	11%	8%	7%
в т.ч. :								
- Заеми	28 942 164	26 292 068	4 317 643	0%	16%	55%	56%	11%
3. Численост на персонала - общо	58 923	54 592	53 853	91%	99%			
в т.ч. :								
3.1. Бюджетни организации	18 294	17 215	17 211	94%	100%			
3.2. Лечебни заведения за болнична помощ	40 629	37 377	36 642	90%	98%			
4. Брой преминали болни	703 430	750 231	787 859	112%	105%			
5. Приходи от НЗОК	8 011 033	52 367 663	132 883 365	1659%	254%			

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ПИМШ данните в динамика за периода 2000-2003г.

Брой общопрактикуващи лекари

ОПШ ПО ОБЛАСТИ				
ОБЛАСТ	2000	2001	2002	2003
Общо	5146	5206	5276	5330
Благоевград	213	218	221	223
Бургас	256	255	258	264
Варна	324	319	319	325
В.Търново	183	186	195	192
Видин	85	85	91	91
Враца	140	139	129	125
Габрово	89	94	95	95
Добрич	149	145	150	151
Кърджали	73	90	90	89
Кюстендил	102	111	116	116
Ловеч	113	117	118	119
Монтана	113	117	117	120
Пазарджик	170	175	185	189
Перник	91	98	104	102
Плевен	244	241	254	260
Пловдив	485	488	494	505
Разград	61	65	68	68
Русе	135	141	142	142
Силистра	69	69	70	71
Сливен	137	139	143	143
Смолян	85	91	92	92
София град	945	933	919	938
София област	174	171	163	168
Стара Загора	260	257	266	274
Търговище	62	64	70	69
Хасково	152	165	173	173
Шумен	134	134	133	129
Ямбол	102	99	101	98

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Среден брой пациенти, обслужвани от един общопрактикуващ лекар

ОБЛАСТ	среден брой обслужвано население на 1 ОПЛ-2000	среден брой обслужвано население на 1 ОПЛ-2001	среден брой обслужвано население на 1 ОПЛ-2002	среден брой обслужвано население на 1 ОПЛ-2003
ОБЩО	1395	1430	1458	1472
Благоевград	1516	1534	1545	1570
Бургас	1411	1501	1557	1544
Варна	1274	1361	1408	1416
Велико Търново	1447	1484	1478	1498
Видин	1453	1495	1453	1437
Враца	1651	1662	1730	1799
Габрово	1536	1507	1528	1523
Добрич	1340	1430	1381	1423
Кърджали	1870	1709	1737	1958
Кюстендил	1499	1431	1399	1406
Ловеч	1395	1348	1410	1412
Монтана	1531	1453	1476	1486
Пазарджик	1665	1670	1677	1627
Перник	1545	1463	1442	1460
Плевен	1147	1216	1239	1223
Пловдив	1317	1357	1429	1404
Разград	2196	2177	2168	2175
Русе	1729	1709	1785	1795
Силистра	1873	1966	1971	1941
Сливен	1459	1591	1572	1559
Смолян	1552	1516	1494	1519
София	1123	1196	1215	1242
Софийска област	1483	1572	1601	1589
Стара Загора	1329	1334	1368	1341
Търговище	2082	1983	2082	2081
Хасково	1410	1444	1442	1483
Шумен	1367	1383	1488	1555
Ямбол	1398	1517	1528	1575

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Брой на оборудвани практики по области

	Доставено по ICB 001 1725	Доставено по ICB 014 600
ОБЛАСТ	ОБОРУДВАНИ ПРАКТИКИ	
Благоевград	74	15
Бургас	106	10
Варна	148	27
Велико Търново	48	20
Видин	31	9
Враца	51	10
Габрово	31	22
Добрич	29	15
Кърджали	18	20
Кюстендил	36	15
Ловеч	34	7
Монтана	35	22
Пазарджик	48	25
Перник	33	13
Плевен	108	15
Пловдив	158	50
Разград	27	6
Русе	68	3
Силистра	25	7
Сливен	31	37
Смолян	31	12
София	281	145
Софийска област	67	16
Стара Загора	65	31
Търговище	12	13
Хасково	48	5
Шумен	38	20
Ямбол	44	10
ОБЩО	<i>1725</i>	<i>600</i>

Незаети практики по области

Незаети практики от общопрактикуващи лекари	
ПЕРИОД	БРОЙ НЕЗАЕТИ ПРАКТИКИ ОПЛ
31.07.2000 г.	593
31.12.2000 г.	424
31.12.2001 г.	363
31.12.2002 г.	331
31.12.2003 г.	312

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

СИМП – данните в динамика за периода 2000-2003г.

Брой на групови практики, МЦ, ДКЦ

Сключени договори с МЦ и ДКЦ по години								
РЗОК	2000 година		2001 година		2002 година		2003 година	
	МЦ	ДКЦ	МЦ в т.ч. МСЦ	ДКЦ	МЦ в т.ч. МСЦ	ДКЦ	МЦ в т.ч. МСЦ	ДКЦ
Всичко:	169	92	210	98	261	99	360	101
Благоевград	6	2	8	2	9	2	15	0
Бургас	13	3	12	5	13	5	16	5
Варна	14	8	11	8	19	8	26	9
В.Търново	9	2	13	2	14	2	18	2
Видин	5	1	6	1	7	1	10	1
Враца	2	1	4	1	7	1	10	1
Габрово	5	1	6	1	7	2	8	2
Добрич	3	2	4	2	5	2	6	2
Кърджали	2	1	2	1	3	1	4	1
Кюстендил	1	2	5	2	6	2	9	2
Ловеч	2	1	1	1	3	0	4	0
Монтана	3	2	3	2	4	2	4	2
Пазарджик	3	6	3	8	3	8	8	7
Перник	5	1	5	1	6	1	7	1
Плевен	6	4	6	4	8	5	12	6
Пловдив	15	8	16	9	17	9	20	10
Разград	4	1	4	1	3	1	4	1
Русе	1	3	3	4	4	3	6	3
Силистра	1	1	2	1	2	1	1	1
Сливен	7	3	10	3	11	4	11	4
Смолян	5	0	5	0	4	0	4	0
София град	21	28	34	28	49	28	83	30
София област	12	2	14	2	15	1	19	1
Стара Загора	9	2	11	3	15	4	22	4
Търговище	4	2	5	2	6	2	8	2
Хасково	6	1	6	2	8	2	9	2
Шумен	3	1	7	1	10	1	13	1
Ямбол	2	3	4	1	3	1	3	1

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Брой специалисти работещи СИМП и брой на видовете специалности

	БРОЙ СПЕЦИАЛИСТИ	БРОЙ СПЕЦИАЛНОСТИ
2000 г.	4 752	26
2001г.	6 060	27
2002 г.	7 204	25
2003 г.	7 161	30

**Съответствие на специалистите с Национална здравна карта
по области**

	<i>по здр. карта</i>	<i>реално заети</i>	<i>по здр. карта</i>	<i>реално заети</i>	<i>по здр. карта</i>	<i>реално заети</i>	<i>по здр. карта</i>	<i>реално заети</i>
Благоевград	134	127	134	155	134	252	179	220
Бургас	191	223	191	254	191	345	239	345
Варна	229	322	229	287	229	325	299	319
Велико Търново	146	221	146	233	146	321	172	438
Видин	83	122	83	130	83	187	95	152
Враца	96	111	96	139	96	218	125	208
Габрово	84	92	84	119	84	174	97	170
Добрич	96	103	96	114	96	144	126	178
Кърджали	79	64	79	78	79	89	96	115
Кюстендил	88	71	88	100	88	133	105	147
Ловеч	91	99	91	108	91	133	112	157
Монтана	85	85	85	99	85	127	106	138
Пазарджик	113	268	113	216	113	189	159	230
Перник	80	69	80	76	80	93	99	97
Плевен	146	189	146	262	146	338	224	391
Пловдив	314	372	314	380	314	396	416	482
Разград	81	69	81	67	81	75	98	78
Русе	122	103	122	116	122	120	153	156
Силистра	75	62	75	66	75	75	91	79
Сливен	106	178	106	196	106	204	131	204
Смолян	82	78	82	92	82	101	92	82
София	754	936	754	1027	754	1 485	896	1 570
Софийска област	138	172	138	190	138	198	168	248
Стара Загора	197	179	197	291	197	337	251	372
Търговище	85	92	85	103	85	96	91	132
Хасково	118	96	118	121	118	196	147	208
Шумен	102	95	102	106	102	125	125	147
Ямбол	81	71	81	80	81	98	95	99
ОБЩО	3996	4669	3996	5202	3996	6574	4987	7 161

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Лечебни заведения към 31.12.

Заведения	2000		2001		2002	
	брой	легла	брой	легла	брой	легла
Лечебни заведения за болнична помощ						
Болници	238	53129	233	49637	251	46929
Многопрофилни болници	143	40289	140	38279	140	33512
Специализирани болници	91	12492	91	11238	98	10527
Специализирани болници за активно лечение	46	4798	47	4909	51	4494
Специализирани болници за долекуване и продължително лечение	12	1035	12	1017	10	670
Специализирани болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация	8	1186	7	701	9	731
Специализирани болници за рехабилитация	25	5473	25	4611	28	4632
Психиатрични болници	11	3075	11	3075	11	2780
Други болнични заведения	4	348	2	120	2	110
Диспансери	50	4348	49	4272	49	4101
За белодробни болести	14	827	13	822	13	792
Кожно-венерологични	12	316	12	305	12	223
Онкологични	12	1601	12	1541	12	1512
Психиатрични	12	1604	12	1604	12	1574
Лечебни заведения за извънболнична помощ						
Диагностично-консултативни центрове	101	36	104	103	106	142
Медицински центрове	292	105	328	116	418	212
Стоматологични центрове	82	-	70	-	70	2
Медико-стоматологични центрове	33	16	26	13	46	25
Медико-диагностични и медико-технически лаборатории	467	-	592	-	783	-
Други лечебни заведения						
Центрове за спешна медицинска помощ	28	-	28	-	28	-
Центрове за трансфузионна хематология	4	-	5	-	5	-
Хосписи	23	-	32	-	43	169
Домове за медико-социални грижи за деца	32	4726	32	4720	32	4037

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Легла в многопрофилните болници към 31.12. по видове

<i>Видове легла</i>	<i>Многопрофилни болници за активно лечение</i>			<i>Многопрофилни болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация</i>		
	<i>2000 г.</i>	<i>2001 г.</i>	<i>2002 г.</i>	<i>2000 г.</i>	<i>2001 г.</i>	<i>2002 г.</i>
<i>Общо</i>	37349	35812	30632	25	275	275
Терапевтични	5578	5019	3987	15	60	90
Ендокринологични	634	618	522			
Ревматологични	192	172	145			
Кардиологични	1157	1206	1228			
Нефрологични	506	473	435			
Хематологични	217	215	230			
Гастроентерологични	780	778	748			
Пневмофтизиатрични	806	741	593			
Хирургични	5092	5045	4354		25	25
Ортопедотравматологични	1652	1585	1390			45
Неврохирургични	485	465	439			
Урологични	1021	1022	895			
Гинекологични	1771	1648	1216	5	10	10
Родилни	1548	1477	1359			
Патологична бременност	687	622	537			
Неонатологични	892	870	726			
Педиатрични	2782	2640	2170	5	15	15
Микрopedиатрични	452	438	445			
За хипотрофични, увредени и недоносени деца	162	126	140			
Онкологични	252	238	262			
Инфекциозни	1384	1334	1041			
Офталмологични	885	860	668			
Оториноларингологични	875	831	697			
Дерматовенерологични	505	448	321			
Неврологични	3009	2840	2399		15	60
Психиатрични	911	895	755			
За долекуване и продължително лечение	258		158			
Физиотерапевтични и рехабилитационни	556	798	460		145	25
Анестезиология, реанимация и интензивно лечение	1775	1825	1826			
Други специализирани	138	165	148			
Домашен стационар		9	9			
Дневен стационар	387	409	329		5	5

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Легла в специализираните болници към 31.12. по видове

Видове легла	Специализирани болници за активно лечение			Специализирани болници за долекуване и продължително лечение			Специализирани болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация			Специализирани болници за рехабилитация		
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Общо	4492	4666	3954	1035	1017	670	1186	701	731	5473	4611	4132
Терапевтични	86	110	113	123	200	120	60	120	60	120		
Ендокринологични	67	77	77									
Ревматологични												
Кардиологични	142	194	138									
Нефрологични	26	26	26									
Хематологични												
Гастроентерологични												
Пневмофтизиатрични	938	940	773	715	730	460	535	240	240			
Хирургични	285	266	251									
Ортопедотравматологични	202	192	143				20	80	75	20	20	
Неврохирургични							75					
Урологични												
Гинекологични	367	365	271									
Родилни	291	288	267									
Патологична бременност	310	305	227									
Неонатологични	265	275	260									
Педиатрични	117	179	128	10								
Микропедиатрични	93	93	42									
За хипотрофични, увредени и недоносени деца												
Онкологични	270	260	260									
Инфекциозни	310	310	310									
Офталмологични	50	50	40									
Оториноларингологични												
Дерматовенерологични												
Неврологични	105	139	129	33	17	35		92	92			
Психиатрични	110	110	110									
За долекуване и продължително лечение				84		20	320		110	341		
Физиотерапевтични и рехабилитационни	195	195	137	64	70	35	90	169	154	4992	4591	4132
Анестезиология, реанимация и интензивно лечение	207	226	186	6								
Други специализирани	10	10	10									
Домашен стационар		26										
Дневен стационар	46	30	56				86					

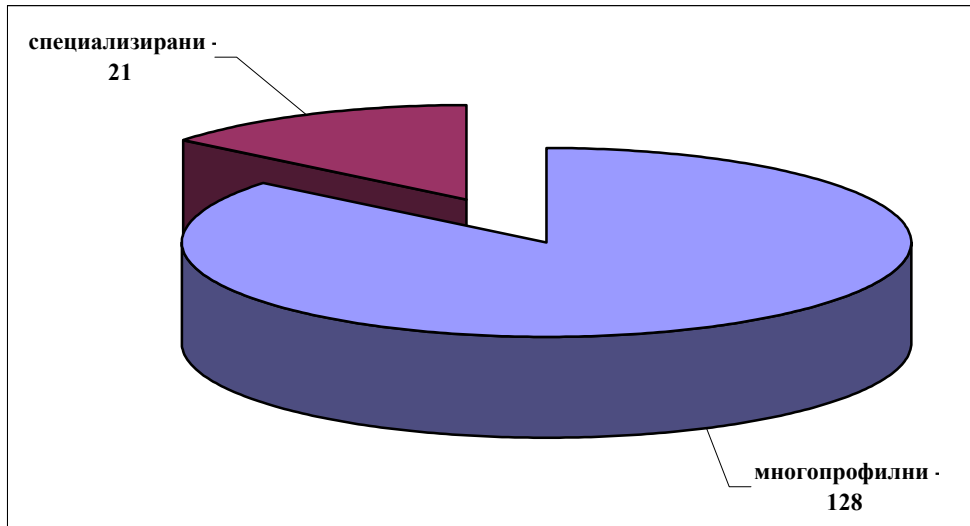
ПРИЛОЖЕНИЕ 10

**Показатели за стационарната дейност на лечебните заведения
за периода 2000-2002 г. по видове**

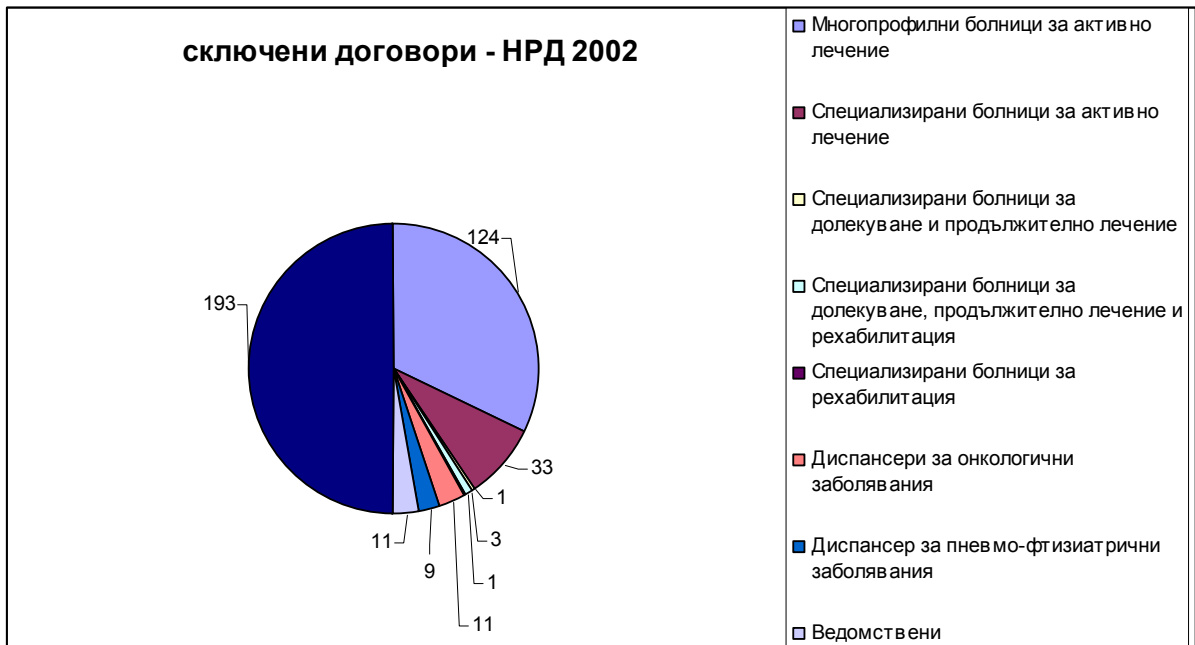
Видове легла	Преминали (брой)			Пролежани от всички леглодни (брой)			Използваемост на леглата (в дни)			Среден престой на лекуван болен (в дни)		
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Многопрофилни болници	951368	934025	1006107	9632254	8652181	8295784	251	241	270	10.1	9.3	8.3
За активно лечение	948818	929107	1000728	9599641	8574004	8229246	251	241	270	10.1	9.2	8.2
За долекуване и продължително лечение	1821	-	-	23707	-	-	237	-	-	13.0	-	-
За долекуване, продължително лечение и рехабилитация	729	4918	5379	8906	78177	66538	356	291	272	12.2	15.9	12.4
Специализирани болници	195993	186590	192786	2474691	2282993	2140924	210	210	223	12.6	12.2	11.1
За активно лечение	99600	96366	105737	1038782	965518	958772	239	214	238	10.4	10.0	9.1
За долекуване и продължително лечение	13121	12025	11426	256036	224353	191522	245	222	259	19.5	18.7	16.8
За долекуване, продължително лечение и рехабилитация	10235	7986	9410	226183	160623	168188	204	195	232	22.1	20.1	17.9
За рехабилитация	73037	70213	66213	953690	932499	822442	180	206	201	13.1	13.3	12.4
Психиатрични болници	11839	11653	12172	860225	826873	818387	280	269	294	72.7	71.0	67.2
Частни заведения за болнична помощ	7825	6023	7784	21958	19199	22445	72	55	50	2.8	3.2	2.9
Диспансери	59633	64561	73971	1176996	1174579	1115091	277	284	278	19.7	18.2	15.1
За белодробни болести	8098	8785	10431	220459	227057	223117	267	276	281	27.2	25.9	21.4
За кожно-венерологични болести	4005	4250	4695	58226	58606	56622	185	224	254	14.5	13.8	12.1
За онкологични заболявания	32461	36919	43126	430385	437557	400626	282	293	278	13.3	11.9	9.3
За психични заболявания	15069	14607	15719	467926	451359	434726	297	288	281	31.1	30.9	27.7

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Брой лечебни заведения, сключили договор с НЗОК по НРД 2001



Брой лечебни заведения, сключили договор с НЗОК по НРД 2002



ПРИЛОЖЕНИЕ 12

Брой лечебни заведения, сключили договор с НЗОК по НРД 2003

