

**ГОДИШЕН ДОКЛАД  
НА  
МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ ПРЕЗ 2010**

**Г.**

**И ИЗПЪЛНЕНИЕ**

**НА**

**НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ**

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

**ПРЕДСЕДАТЕЛ: Д-Р ИВАЙЛО ВАКЛИНОВ – ДИРЕКТОР НА НЦОЗА**

**СЕКРЕТАР: ИРЕНА ДРАГОМАНОВА – МЗ**

**ЧЛЕНОВЕ:**

**ПРОФ. Д-Р ТАТЯНА ИВАНОВА, ДМ – ЗАМ.ДИРЕКТОР НЦОЗА**

**ДОЦ. ХРИСТИЯН ГРИВА, ДИ - ЗАМ.ДИРЕКТОР НЦОЗА**

**ДОЦ. Д-Р ЖАНА ГОЛЕМАНОВА, ДМ – НЦОЗА**

**ПРОФ. Д-Р ХРИСТО ТАСКОВ, ДМН – ДИРЕКТОР НА НЦЗПБ**

**ПРОФ. РАДОСТИНА ГЕОРГИЕВА, ДМН – ДИРЕКТОР НА НЦРРЗ**

**Д-Р ЦВЕТА РАЙЧЕВА – ДИРЕКТОР НА НЦН**

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

**Д-Р МАРИАНА КЕХАЙОВА – И.Д.ГЛАВЕН СЕКРЕТАР – НЗОК  
ФАНИ МИХАЙЛОВА –МЗ**

**Д-Р ИВЕЛИНА ГЕОРГИЕВА – МЗ**

**Д-Р ЕЛВИРА ФОТЕВА – МЗ**

**МАРИН ВАСИЛЕВ – МЗ**

**РУМЯНА ЗАМФИРОВА – МЗ**

**Д-Р ИРИНА ВАСИЛЕВА – МЗ**

**МИЛЕНА ГРИГОРОВА – МЗ**

**Д-Р ИРЕНА БИЛДИРЕВА – МЗ**

**ЕКАТЕРИНА ТРЕНКОВА – МЗ**

**РАБОТНА ГРУПА ОТ НЦОЗА, СЪГЛАСНО ЗАПОВЕД № РД-76 от 08.08.2011 г.  
Г. НА ДИРЕКТОРА НА НЦОЗА**

**ПРЕДСЕДАТЕЛ: ПРОФ. Д-Р ТАТЯНА ИВАНОВА, ДМ**

**СЕКРЕТАР: ДОЦ. Д-Р НАТАШКА ДАНОВА, ДМ**

**ЧЛЕНОВЕ:**

**ДОЦ. ХРИСТИЯН ГРИВА, ДИ**

**ДОЦ. Д-Р ЖАНА ГОЛЕМАНОВА, ДМ**

**ГЛ. АС. МИЛКА ГАНОВА, ДМ**

**ДОЦ. Д-Р ПЛАМЕН ДИМИТРОВ, ДМ**

**ДОЦ. Д-Р ГАЛЯ ЦОЛОВА, ДМ**

**ДОЦ. Д-Р ГАЛИНА ГОПИНА, ДМ**

**ДОЦ. Д-Р РОСИЦА ЕНИКОВА, ДМ**

**КРАСИМИРА ДИКОВА**

**ГЛ. АС. РЕНИ ПЕТКОВА**

**ГЛ. ЕКСП. ТАНЯ КАРАНЕШЕВА**

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

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

**СЕКРЕТАР: АНТОНИЯ КОЗАРЕВА – МЗ**

**ЧЛЕНОВЕ:**

**ВЕНДА ЗИДАРОВА – МЗ**

**ПЕПА ВАСИЛЕВА – МЗ**

**Д-Р ИРИНА КОВАЧЕВА – МЗ**

**ВЛАДИМИРА ДОБРЕВА – МЗ**

**ДИМИТРИНА КОЛЕВА – МЗ**

**Д-Р ИВО АТАНАСОВ – МЗ**

**СТЕФКА ПЕТРОВА – МЗ**

**ЕВЕЛИНА НИКОЛОВА – МЗ**

**ДАНИЕЛА ВЕЛИНОВА - МЗ**

## БЛАГОДАРНОСТ

Министърът на здравеопазването изказва благодарност на сътрудниците на Министерството на здравеопазването, НЦОЗА, НЦЗПБ, НЦРРЗ, НЦН, НСИ, НЗОК за техния принос при подготовката на доклада.

## СЪДЪРЖАНИЕ

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <b>СЪКРАЩЕНИЯ</b> .....   | 7                                   |
| <b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....  | 9                                   |
| <b>ПЪРВИ РАЗДЕЛ: ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА ГРАЖДАНИТЕ НА Р БЪЛГАРИЯ И ЗДРАВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ</b> .....                       | 11                                  |
| 1. ДИНАМИКА НА ОСНОВНИТЕ ЗДРАВНО - ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ .....   | 11                                  |
| 1.1. Население, раждаемост, смъртност .....   | 11                                  |
| 1.2. Заболеваемост и болестност .....   | 16                                  |
| 1.3. Трайна неработоспособност .....  | 23                                  |
| 2. ОСНОВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО .....   | 25                                  |
| 2.1. Социални детерминанти на здравето .....  | 26                                  |
| 2.2. Начин на живот и здраве - рискови фактори.....   | 30                                  |
| <b>ВТОРИ РАЗДЕЛ: ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА</b> .....   | 34                                  |
| 1. ОБЩЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ – ЗАЩИТА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО, ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ ..... | 35                                  |
| 1.1. Здравен контрол върху продукти стоки и дейности, имащи значение за здравето на населението.....                  | 35                                  |
| ✓ Атмосферен въздух .....   | 35                                  |
| ✓ Питейни води .....  | 36                                  |
| ✓ Шум .....   | 39                                  |
| ✓ Нейонизиращи лъчения.....   | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| ✓ Безопасност на храните.....   | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| ✓ Йонизиращи лъчения .....  | 43                                  |
| ✓ Козметични продукти.....  | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| ✓ Трудова среда и здраве на работещото население.....   | 46                                  |
| ✓ Надзор на заразните заболявания – Международни здравни правила .....  | 49                                  |
| 1.2. Промоция на здравето и профилактика на болестите .....   | 50                                  |
| 2. ИНДИВИДУАЛНИ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ .....   | 58                                  |
| 2.1. Извънболнична медицинска и дентална помощ (първична и специализирана).....                                       | 58                                  |
| 2.1.1. Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) .....   | 58                                  |
| 2.1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) .....   | 60                                  |
| 2.1.3. Извънболнична помощ по дентална медицина (ИПДМ) .....  | 62                                  |
| 2.1.4. Медико-диагностични, специализирани и високоспециализирани дейности .....                                      | 63                                  |
| 2.2. Болнична медицинска помощ.....   | 63                                  |
| 2.3. Спешна медицинска помощ .....  | 69                                  |
| 2.5. Финансиране на здравната система.....  | 74                                  |
| 2.6. Човешки ресурси, медицинско образование .....  | 78                                  |

## СЪКРАЩЕНИЯ

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

|        |  |
|--------|--|
| РИОСВ  | Регионални инспекции по околната среда и водите  |
| РЗОК   | Районна здравноосигурителна каса   |
| РС     | Регулативни стандарти  |
| РФ     | Рискови фактори  |
| СБАЛ   | Специализирана болница за активно лечение  |
| СЗО    | Световна здравна организация   |
| СИМП   | Специализирана извънболнична медицинска помощ  |
| СИНДИ  | Национална интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести |
| СМП    | Спешна медицинска помощ  |
| СО     | Спешно отделение   |
| СПО    | Спешно приемно отделение   |
| ССЗ    | Сърдечносъдови заболявания   |
| СТМ    | Служби по трудова медицина   |
| ТЕЛК   | Трудово експертна лекарска комисия   |
| ТЗ     | Трудови злоупотреки  |
| ТМО    | Трудово медицинско обслужване  |
| ТП     | Териториални подразделения   |
| УТ     | Условия на труд  |
| ФСМП   | Филиал за спешна медицинска помощ  |
| ЦСМП   | Центрове за спешна медицинска помощ  |
| EFSA   | Европейски орган по безопасност на храните   |
| ESPAD  | European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs  |
| РИОКОЗ | Районна инспекция за опазване и контрол на общественото здраве                                     |
| НЦООЗ  | Национален център по опазване на общественото здраве   |



## ВЪВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

*Третата част* е посветена на задълбочения анализ на изпълнението на Националната здравна стратегия. За изработването на оценката по постигнатото изпълнение продължава използването на метода на експертизата (Делфи). Анализирани са и постигнатите през 2010 г. резултати по изпълнението на стратегическите цели и заложените задачи в Плана за действие към стратегията.

Всяка от частите представя в синтезиран вид основните установени факти, проблемите и възможностите за тяхното решаване.

Общите констатации са, че състоянието на общественото здраве не е на необходимото ниво, както в сравнение с данните от предходни години, така и в сравнение с данните за другите страни.

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

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

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

### 1. ДИНАМИКА НА ОСНОВНИТЕ ЗДРАВНО - ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ

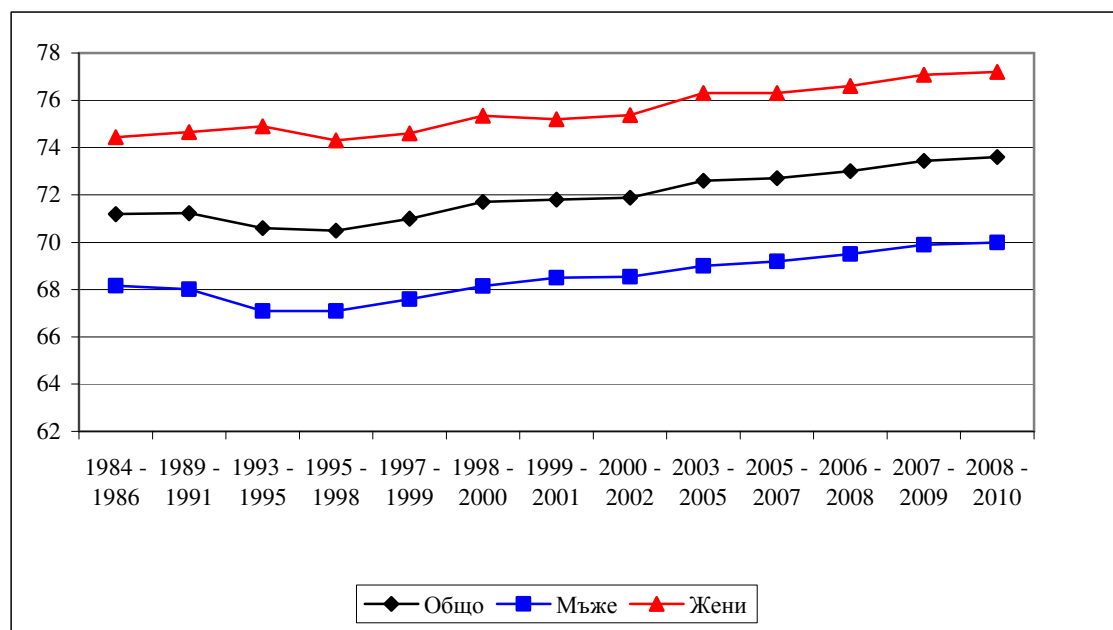
#### 1.1. Население, раждаемост, смъртност

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

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

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

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



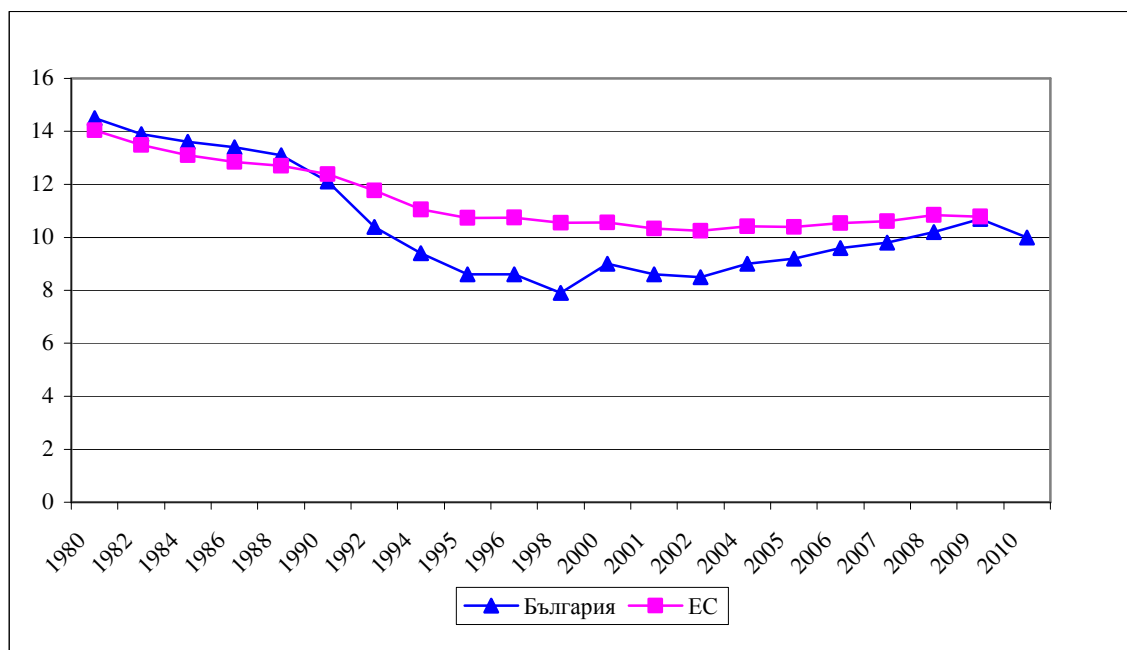
Източник: НСИ

*Раждаемостта* през последните години бележи незначителна тенденция към нарастване (Фиг. 2). Броят на ражданията в страната остава на сравнително високо ниво и през 2010 г. коефициентът на общата раждаемост е 10.0‰ (ЕС – 10.78, 2009 г.). Раждаемостта в градовете през 2010 г. е 10.6‰, а в селата – 8.6‰. Нарастването на раждаемостта през последните години се дължи предимно на повишаването на плодовитостта на родилните контингенти, измерена чрез тоталния коефициент на

<sup>1</sup> НСИ, Health For All Data Base, WHO/EURO

плодовитост. Докато през 2005 г. средният брой живородени деца от една жена е бил 1.31, през 2008 г. той достига 1.48, през 2009 г. – 1.57 и през 2010 – 1.49 деца. Тоталният коефициент на плодовитост общо за Европейския съюз по данни за 2009 г. е 1.6 деца.

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



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

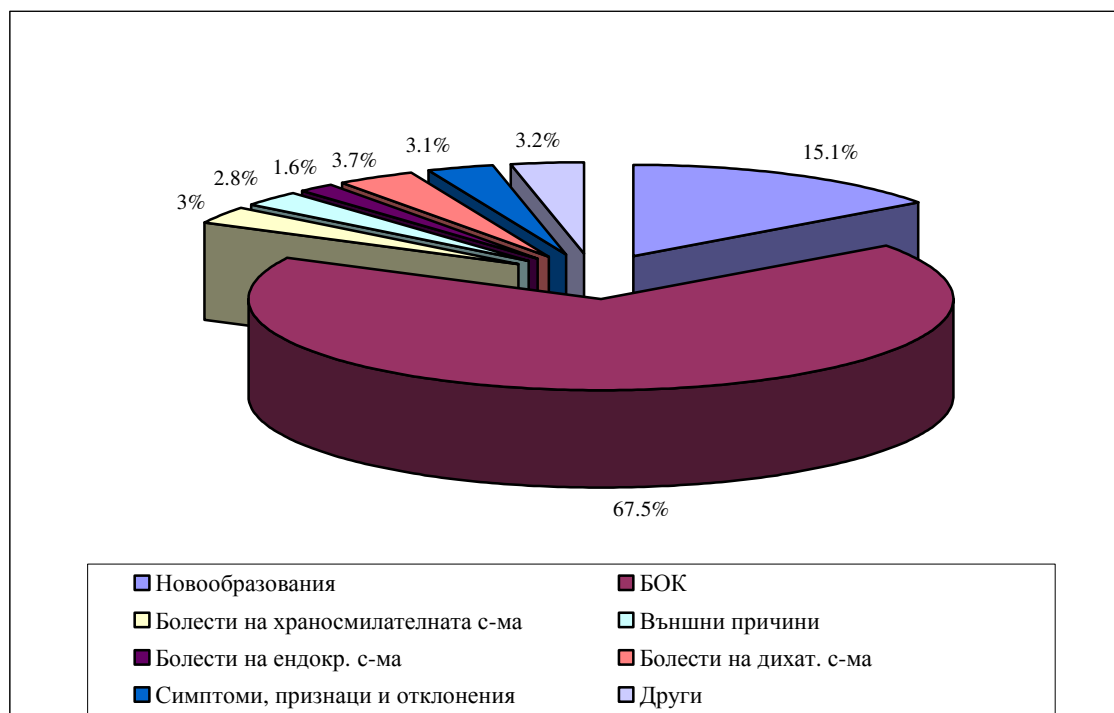
Раждаемостта в България е по-ниска от средната в ЕС-10.78‰ (Фиг.2), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

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

Следва да се отбележи, че България е с един от най-високите стандартизирани показатели за смъртност (995.39 ‰‰‰, 2008 г.) сред страните от ЕС. В повечето европейски страни стандартизираният показател за смъртност е по-нисък от средния за ЕС, който е 625.1‰‰‰ за 2008 г. и 618.4‰‰‰ за 2009 г.

В смъртността по причини, водещи са болестите на органите на кръвообращението (67.5%) и новообразуванията (15.1%) (Фиг. 4).

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

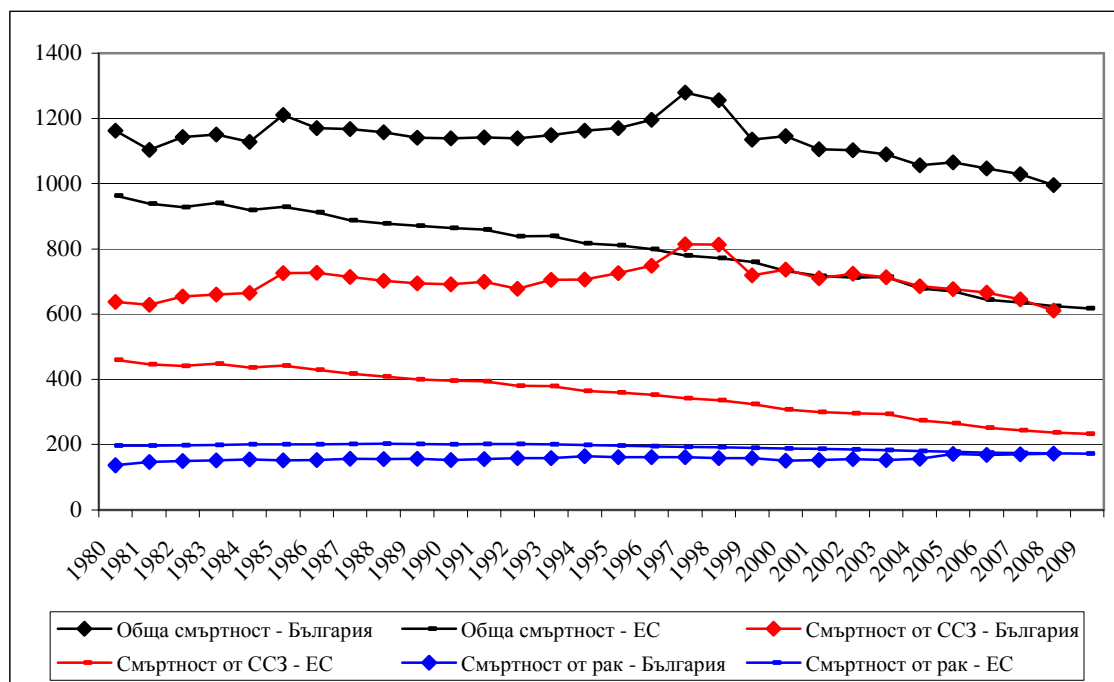


Източник: НЦОЗА, 2011

През последните години се наблюдава тенденция към намаляване на смъртността от болести на органите на кръвообращението (БОК), но стандартизираният показател за България (611.28‰, 2008 г.) остава изключително висок в сравнение с този за ЕС – 236.29‰ за 2008 г. и 232.77‰ за 2009 г. (Фиг.3). В структурата на този клас болести с най-висок дял са представени мозъчносъдовата и исхемична болест на сърцето (съответно 29.5% и 17.9% за 2010 г.).

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

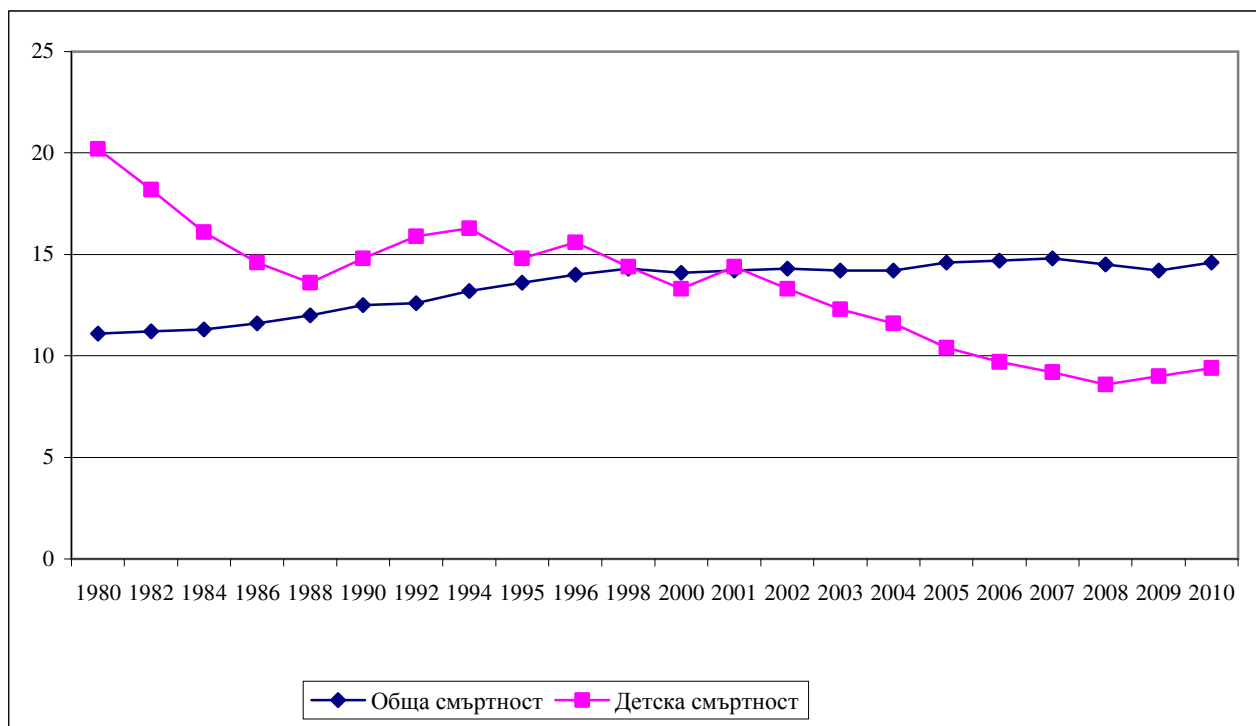
**Фиг. 4. Стандартизирани показатели за обща смъртност и смъртност от някои заболявания в България и ЕС (на 100 000 население)**



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

Положителна тенденция към снижаване се наблюдава по отношение нивото на *детската смъртност*. През 2010 г. в страната са умрели 708 деца на възраст до 1 г., като коефициентът на детската смъртност е 9.4‰, който е с 0.4‰ по-висок от този през 2009 (9.0‰). Достигнатото равнище на детската смъртност през последните 4 години е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (Фиг. 5), но все още е доста по-високо отколкото в ЕС – 4.27‰ (2009 г.). В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 13.4‰ и 8.1‰). Детската смъртност е индикатор, отразяващ качеството на медицинската помощ, но преди всичко е свързан с жизнения стандарт и здравната култура на населението. Вероятно, наблюдаваната благоприятна динамика в България през последното десетилетие е израз на позитивна промяна в посочените по-горе фактори, но е трудно да се прогнозира бъдещата динамика на показателя, предвид настоящата икономическа криза и установеното леко покачване след 2009 г.

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



Източник: НЦОЗА

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

Неблагоприятни са данните и за *мъртвораждаемостта* - 7.78‰ за 2010 г. при 4.06‰ за ЕС. Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст поради факта, че не се откриват своевременно патологични състояния, причиняващи вътреутробна смърт на плода.

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

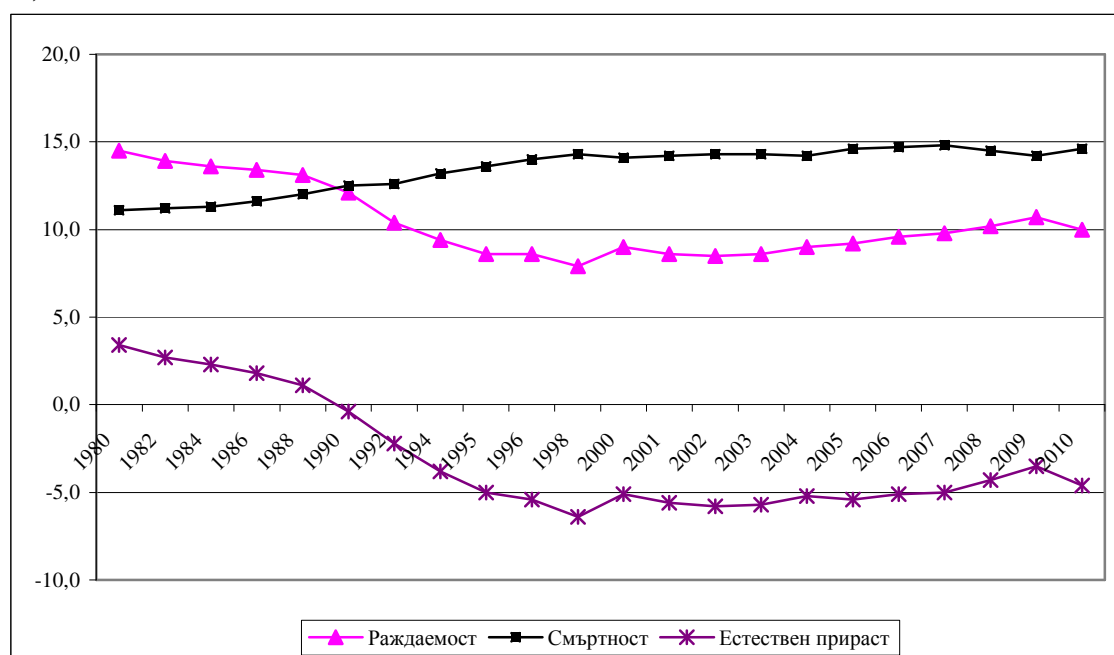
*Недоносеността* се намира в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ, освен това е фактор със съществен принос в перинаталната смъртност. През 2010 г. дялът на живородените недоносени е 8.4% и е по-висок спрямо предходната година (7.9%). Ражданията на недоносени деца са значително по-чести сред социално слабите слоеве на населението и при млади майки (под 20 и особено под 15 години).

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

Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят *отрицателния естествен прираст* на населението през последния десетгодишен период (Фиг. 6). През 2010 г. коефициентът на естествен прираст е -4.6 ‰, като в селата той е значително по-висок от този в градовете (съответно -12.1‰ и -1.6‰). В Европа (освен нашата страна) с отрицателен естествен прираст на населението са Естония, Румъния, Германия, Унгария,

Литва, Латвия и др. Останалите страни имат положителен естествен прираст, като най-висок е в Ирландия - 10.2‰.

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



Източник: НСИ

### 1.2. Заболеваемост и болестност

Един от основните проблеми, породени от застаряването на населението у нас, е нарастването на патологията, свързана с напредналата възраст. Официалните статистически данни за хоспитализираната заболеваемост за периода 2005-2009г.<sup>2</sup> показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰<sub>000</sub>) до 1 958 897 (25 825.5‰<sub>000</sub>) общо, както и по възрастови групи, а през 2010 г. той намалява незначително и е 1 917 199 (25 446.3‰<sub>000</sub>). Сред причините за хоспитализация водещи са болестите на органите на кръвообращението (14.9%), факторите, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните заведения (13.9%) и болестите на дихателната система (12.3%), които обуславят общо 41.1% от хоспитализациите. Тъй като въведените клинични пътеки оказват определено влияние върху нивото и структурата на хоспитализираната заболеваемост, о някои от показателите следва да се разглеждат условно.

По данни на НЦОЗА, през 2010 г. нараства болестността от злокачествени новообразувания, докато заболеваемостта намалява. Показателите са съответно – 3 469,2‰<sub>000</sub> и 425,6‰<sub>000</sub>. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1 191.2‰<sub>000</sub>) и рак на женските полови органи (1 029.4‰<sub>000</sub>), а на заболеваемостта - от рак на храносмилателните органи (99.6‰<sub>000</sub>), рак на млечната жлеза при жените (92.3‰<sub>000</sub>) и рак на женските полови органи (82.1‰<sub>000</sub>).

Броят на психично болните под наблюдение на психиатричните заведения намалява (2 075.2‰<sub>000</sub>) и това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения, рецидивиращо депресивно разстройство, биполарно афективно разстройство, депресивен епизод (по данни на НЦОЗА).

Редица заразни болести са ликвидирани или сведени до единични случаи: дифтерия, полиомиелит, малария, кореман тиф и др. Намалява болестността и

<sup>2</sup> НЦОЗА



заболеваемостта от туберкулоза (съответно 90.5 и 30.3‰). Незначително намалява заболеваемостта от сифилис от 5.9‰ (2009 г.) на 5.7‰ (2010 г.), както и заболеваемостта от гонорея и микроспория, докато заболеваемостта от трихофития нараства.

През 2010 г. в България са регистрирани общо 69 028 случая на остри заразни болести (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 5 365 повече в сравнение с 2009 г., когато са регистрирани 63 474 случая (919.78‰ през 2010 г., и 834.46‰ през 2009 г.) – (Табл. 1). Основна причина за по-високата обща заболеваемост е почти десетократното увеличение на болелите от морбили, които от 2 249 случая през 2009 г. нарастват до 22 004 през 2010 г. Заболеваемостта от морбили заема най-висок относителен дял (31.88%) в структурата на инфекциозната заболяемост през 2010 г., следвана от тази от варицела (28.57%) и ентероколити (24.75%) – *таблица 9 на приложението.*

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

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

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

През 2010 г. се наблюдава увеличение и на броя на регистрираните смъртни случаи (110 случая), смъртността (1,45‰) и леталитета (0,16%) в сравнение с 2009 г. (97 случая, смъртност 1,28‰, леталитет 0,15%), което е свързано с по-големия брой на починалите от морбили. Основна причина за летален изход и през 2010 г. са невроинфекциите – 43.64% (48) от всички смъртни случаи от остри заразни болести са по причина на менингит и менингоенцефалит (таблица 2).

Епидемията от морбили, започнала през април 2009 г., продължи и през 2010 г. (Фиг. 1). Към 31.12.2010 г. броят на регистрираните болели от морбили е 22 004 – (290.92‰), като заболеваемостта е десетократно по-висока от тази през 2009 г. (29.57‰) и триста пъти по-висока от предходните седем години (2002-2008 г.). Регистрирани са 17 смъртни случая, вследствие на настъпили усложнения. Смъртността е 0,22‰, а леталитетът 0.08% (таблица 2). От всички 22 004 случая с морбили, 15.1% (3 322) са лабораторно потвърдени (серологично – IgM и/или PCR). При 19 от изследваните 20 проби в Регионалната референтна лаборатория „Морбили и рубеола” в Берлин е доказана 100% идентичност с *вариант D4-Hamburg*, генотип на вируса циркулиращ в страните от Западна Европа, вкл. и в Германия. Данните от епидемиологичните проучвания сочат, че 89.5% от всички болели от началото на епидемията до 31.12.2010 г. са от ромски произход. Засегнати са всички 28 области на страната, а най-висока заболеваемост е регистрирана в областите Монтана, Хасково, Ямбол, Пазарджик, София област, Сливен, Стара Загора, Пловдив, Враца, Видин, Кърджали и Варна.

Независимо от задоволителния имунизационен обхват с ваксина срещу морбили на национално ниво през периода 2005-2010 г. (с първа доза между 95.7% и 96.5% от подлежащите и с втора доза между 92.4% и 95.7%), в общините с концентрирано ромско население имунизационното покритие продължава да бъде недостатъчно, доказателство за което е разпространението на епидемията от морбили, както и данните за имунизационния статус на заболелите през 2010 г., представен на Таблица 3.

**Табл. 3. Имунизационен статус на лицата, заболели от морбили през 2010 г.**

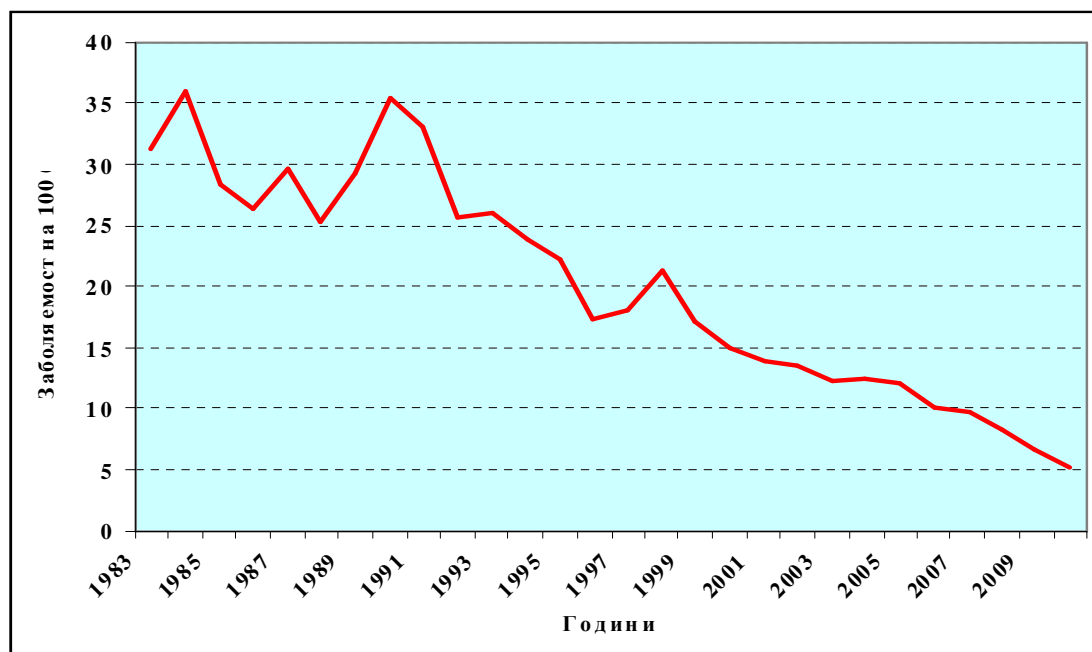
| <b>Имунизационен статус<br/>(брой дози ваксина срещу<br/>морбили)</b> | <b>Брой заболели</b> | <b>Относителен дял<br/>(%)</b> |
|---|----------------------|--------------------------------|
| Неизвестен статус (няма данни)  | 10 766               | 48,9                           |
| Неимунизирани (0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

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

През 2010 г. в България е регистриран най-ниският брой случаи на остър вирусен хепатит тип В от въвеждането на задължителна регистрация на хепатит В през 1983 г. (Фиг 2). Заболели са само 387 души (5.12‰), от които над 95% са родени преди 1992 г. и поради това не са обхванати от имунизационната програма срещу хепатит В. Случаите при деца до 14 г. и младежи до 18 г. са сведени до минимум в резултат на високия имунизационен обхват на новородените с ваксина против хепатит В в продължение на 19 години (Фигура 3).

**Фиг. 1.**

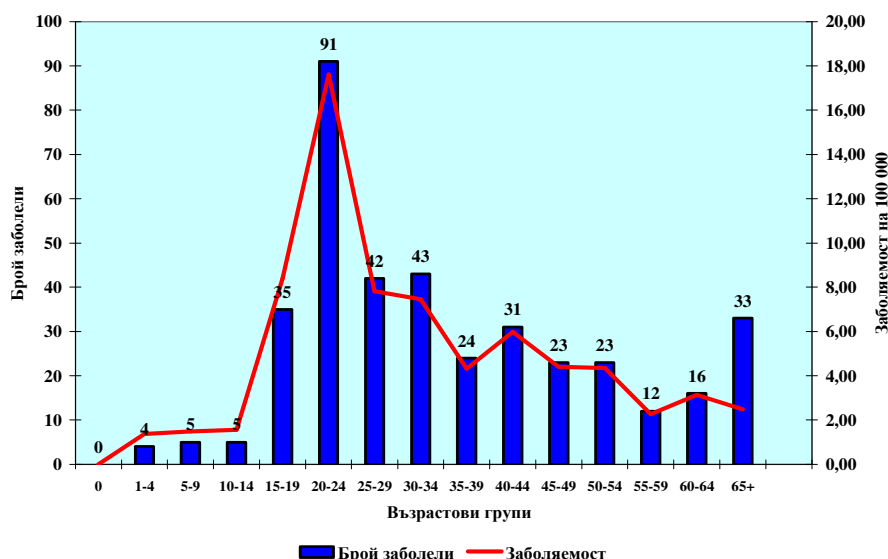
**Динамика на заболяемостта от остър вирусен хепатит тип В  
в България, 1983-2010 г.**



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост 2010 г.

**Фиг. 2.**

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



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост 2010 г.

Анализът на заболеваемостта от грип и ОРЗ през 2010 г. е направен на основата на данните от Информационната система за **сентинелен** епидемиологичен надзор на грип и ОРЗ и резултатите от лабораторния надзор върху циркулацията на грипните вируси в посочения период. През 2010 г. в **сентинелната извадка** са участвали 352 лечебни

заведения за извънболнична помощ, обслужващи общо 380 749 души. Във връзка с изискванията на Европейската система за надзор на заразните болести (TESSy) и Системата за надзор на грипа на СЗО, през 2010 г. са въведени следните нови 5 възрастови групи: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64 и над 65 г. Средногодишният брой на наблюдаваното население, броят заболели от грип и ОРЗ и заболяемостта по възрастови групи са показани в таблица 4.

**Табл. 4. Заболеваемост от грип и ОРЗ по възрастови групи през 2010 г.**

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

*Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост 2010 г.*

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

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

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

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

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

През отчетния период са регистрирани ХИВ–позитивни лица в много широки възрастови граници от 15 до 68 години, като от няколко години се наблюдава тревожно понижаване на долната възрастова граница. Повече от половината от случаите са сред млади хора във възрастовата граница 15-29 г. (52%). По път на инфектиране през 2010 г. се очертават следните уязвими групи: 36% от новорегистрираните са лица инжекционно употребяващи наркотици, а 19% са мъже, които са съобщили, че са имали сексуални контакти с мъже. При 44% основният път на предаване е при хетеросексуални контакти и 2% са деца, родени от майки, заразени с ХИВ.

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

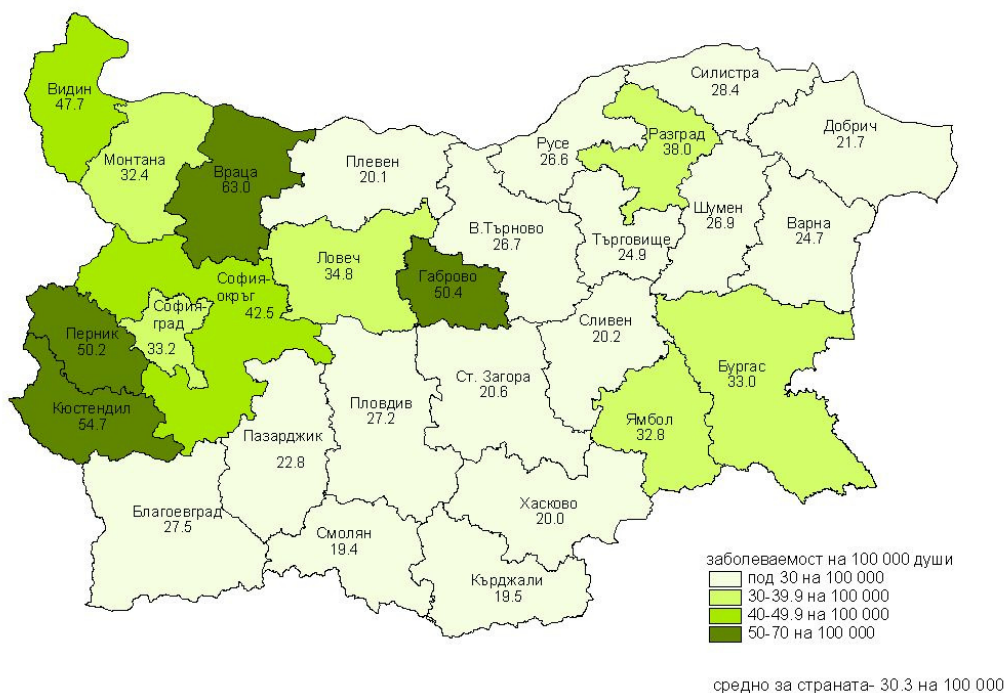
Заболеваемостта от туберкулоза у нас (новооткритите случаи) през последните 2 години е под 40 на 100 000 души от населението, като се наблюдава трайна тенденция на снижаване. В сравнение обаче, с тази в страните от ЕС (средно 13.2 на 100 000 население през 2009 г.), тя е почти 2.5 пъти по-висока. Регистрираната годишна заболеваемост от туберкулоза за 2010 г. е 30.3 на 100 000 население.

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

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

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

**Фигура.... Заболеваемост от туберкулоза по области, България, 2010 г.**



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

Относителният дял на новите болни, регистрирани през 2010 г. (2 300) е 87% от всички случаи е с 11% по-нисък в сравнение с 2009 г. Относителният дял на рецидивите (136 случая или 5.1%) намалява, а делът на случаите на повторно лечение (213 случая или 87%) се увеличава. Това доказва необходимостта от изпълнението на специфични дейности за подобряване на прякото наблюдавано лечение в продължителната фаза в

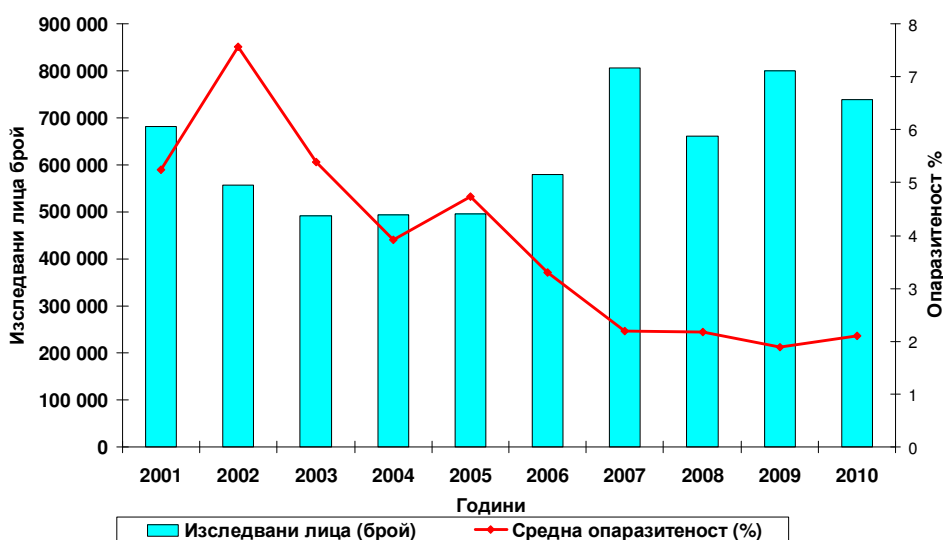
амбулаторни условия. През 2010 г. регистрираните нови болни с белодробна туберкулоза са общо 1 553 случая, от тях с положителен резултат от микроскопско и/или културелно изследване са общо 993 случая или 64%.

Регистрираните случаи с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза през 2010 г., са общо 56 (5.7%) в сравнение с 43 случая през 2009 г. От тях новите случаи без предшестващо лечение за туберкулоза са 16 (1.9%) и случаи с предшестващо лечение за туберкулоза - 40 (24.2 %). Наблюдава се увеличаване на броя на случаите с MDR-TB в сравнение с 2009 г. в резултат на подобряване на качеството на микробиологичната диагностика на туберкулозата и повишаване на относителния дял на случаите на културелно потвърдената белодробна туберкулоза, на които се предоставя изследване за лекарствена чувствителност. Тя е сериозен здравен и социален проблем, защото води до по-дълго инвалидизиране на пациентите и е съпроводена с повишена смъртност, изисква сериозни финансови средства и продължително лечение с повече лекарства, които дават повече нежелани реакции.

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

През 2010 г. паразитозите запазват медико-социалното си значение, поради тенденция към нарастване или задържане на високи стойности на заболяемостта, значително превишаваща показателите за другите европейски страни. От общо изследвани 737 999 лица, през 2010 г. паразитози са диагностицирани при 15 501 (2.1%) – фигура 5.

**Фиг. 5. Брой лица, изследвани за паразитози и обща средна опаразитеност на населението (2001-2010 г.)**

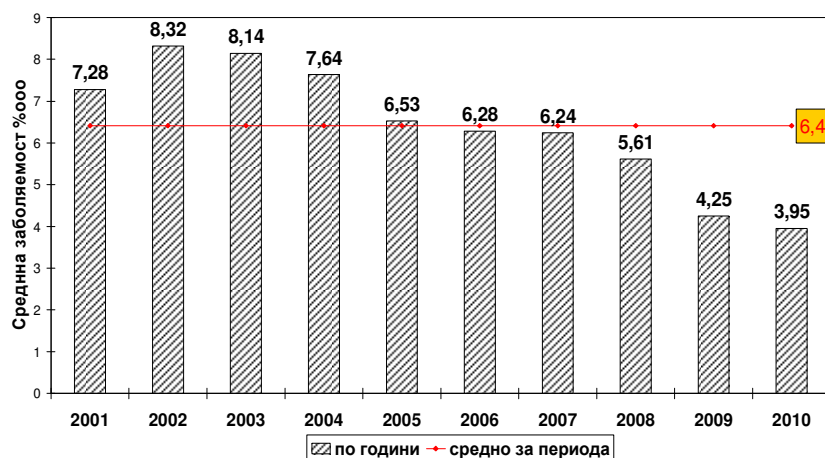


Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2010 г.

Заболеваемостта от ехинококоза продължава да бъде сериозен проблем за България, макар че през 2010 г. е по-ниска в сравнение с предходните години (фигура 6). Регистрирани са общо 325 лица с ехинококоза, от които 291 са с първично заболяване. Средното ниво България (3.95‰) значително надвишава средната стойност за страните от ЕС (0.2‰). Тревожен е фактът, че 16.49% от всички регистрирани случаи

са при деца и юноши (0-19 години). Най-висока средна годишна заболяемост е регистрирана в Сливенски регион – 13.18‰.

**Фиг. 6. Заболяемост от ехинококоза сред населението в България (2000 – 2010 г.)**



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2010 г

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

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

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

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

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

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

### 1.3. Трайна неработоспособност

По данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦОЗА<sup>3</sup>, базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК броят на лицата над 16-годишна възраст, първично инвалидизирани през 2010 г. е 64 447 души и е значително по-нисък от този през 2009 г. (69 078 души) или намалението е с 0.7 пункта (от 10.7‰ на

<sup>3</sup> НЦОЗА. Инвалидност в Р.България през периода 2001-2009 г., София, 2010

10.0%), което е основно за сметка на лицата, на които се признава 3 годишен срок на инвалидност, които намаляват от 14 017 през 2009 г. на 11 492 през 2010 г. Съгласно промяна в Закона за здравето, влязла в сила от началото на 2005 г., трайно намалената работоспособност на лица, навършили 65 години, се определя пожизнено. По тази причина в динамика се наблюдава увеличаване на броя на пожизнените инвалиди и то основно за сметка на тези със срок на инвалидност три години. В същото време следва да се отчете, че броят на освидетелстваните и преосвидетелствани инвалиди е значителен – достига през 2010 г. 179 881 души, поравно разпределени между мъже и жени . Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (40.5%), следвани от възрастта 60 и повече години (31.0%).

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

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

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

### ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Демографските процеси в страната се характеризират с трайна тенденция за намаляване на броя на населението и неговото застаряване. Отчита се и неблагоприятна тенденция по отношение на *работната сила* - абсолютният брой намалява при значително увеличаване на относителния дял на застаряващите работещи.

- През периода 2006 - 2010 г. се отбелязва леко нарастване на *средната продължителност на живота*, но тя остава с 6 години по-ниска от тази в ЕС.

- *Раждаемостта* бележи лека тенденция към увеличаване и се изравнява със средната в ЕС. Продължава установената след 1992 г. тенденция за повишаване стойността на *тоталния коефициент на плодовитост*, който вече е много близък до този в ЕС.

- Нарастващото през последните две десетилетия ниво на *смъртност* бележи слабо понижение през 2008 г. и 2009 г. През 2010 г. показателят за смъртност отново се покачва, поради което България продължава да е страната с един от най-високите показатели за смъртност в ЕС и *най-нисък естествен прираст* (-4.6‰).

- В структурата на смъртността по причини водещи са болестите на органите на кръвообращението, като сред тях с най-висок дял са представени мозъчно-съдовата и исхемичната болест на сърцето (съответно 29.5% и 17.9%) и новообразуванията. Сравнението с другите европейски страни показва, че въпреки намаленото ниво на смъртността от болести на органите на кръвообращението, стандартизираният показател остава значително по-висок от този в ЕС, а при злокачествените новообразувания се отчита и неговото увеличаване.

- През 2010 г. се отчита повишаване на нивото на *детската смъртност*, като нейните показатели продължават да са по-високи от средния за ЕС (4.27‰).



- Неблагоприятни в сравнение с ЕС са данните и за *мъртворождаемостта* - 7.78%. Висок е относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст.
- През 2010 г. делът на живородените недоносени е 8.4% и е по-висок спрямо предходната година (7.9%). Ражданията на недоносени деца са значително по-чести при млади майки (под 20 и особено под 15 години).
- Официалната статистика в страната предоставя информация за регистрираните заболявания: заразни, психични, предавани по полов път, туберкулоза, злокачествени новообразувания, както и водещите до временна, трайна неработоспособност и хоспитализации. От 2000 г. не се публикуват данни за регистрираната заболеваемост по обращаемост поради промяната в първичната регистрационна документация и начина на отчитане след въвеждането на системата на НЗОК. Отсъствието на такава информация значително затруднява провеждането на анализ за нивото, структурата и тенденциите в разпространението на социално-значимите заболявания.
- По отношение на онкологичните заболявания може да се отчете, че през 2010 г. нараства болестността от злокачествени новообразувания, докато заболеваемостта намалява (съответно 3 469.2 и 425.6‰). Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1 191.2‰) и рак на женските полови органи (1 029.4‰), а на заболеваемостта - от рак на храносмилателните органи (99.6‰), рак на млечната жлеза при жените (92.3‰) и рак на женските полови органи (82.1‰).
- Положителен факт е продължаващото намаляване на нивото на болестността и заболеваемостта от туберкулоза (достигащо през 2010 г. съответно 90.5 и 30.3‰).
- В резултат на устойчиво високия имунизационен обхват на новородените с ваксина против хепатит В (наред с другите последователно провеждани комплексни превантивни мерки) е постигнато рязко снижаване на заболеваемостта от вирусен хепатит В при децата до 14 години, което е определен успех.
- Сред причините за хоспитализация водещи са два класа болести: на органите на кръвообращението и болести на дихателната система. Те обуславят общо 1/3 от хоспитализациите. Тази структура се запазва традиционно през последните години.
- Броят на освидетелстваните и преосвидетелствани инвалиди е значителен – 179 881 души (2010 г.), поравно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (40.5%), следвани от възрастта 60 и повече години (31.0%).
- Най-честата причина за инвалидизиране са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 38.3% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица, следвани от новообразуванията (18.0%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (8.6%). Тази структура, с много малки колебания, се запазва през последните 10 години.
- През 2010 г. се увеличава честотата на инвалидизираните деца до 16-годишна възраст (от 3.3‰ за 2009 г. до 3.5‰). Тенденцията за най-честите причини за инвалидизиране при децата (болестите на дихателната система - 22.19%, вродените аномалии – 16.75%, болестите на нервната система -17.19% и психичните и поведенческите разстройства -16.96% се запазва в годините.

## **2. ОСНОВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО**

Детерминантите на здравето представляват широка гама от личностни, социални, икономически фактори и фактори на околната среда, които определят здравето на индивида и популацията. Част от тях са вътрешно присъщи на индивида, а останалите са външни, свързани с обществените нагласи. Факторите оказват комбинирано влияние и се намират в непрекъснато взаимодействие. В този смисъл те могат да спомогнат в укрепване на здравето (позитивни фактори) или в неговото влошаване (негативни). Сред

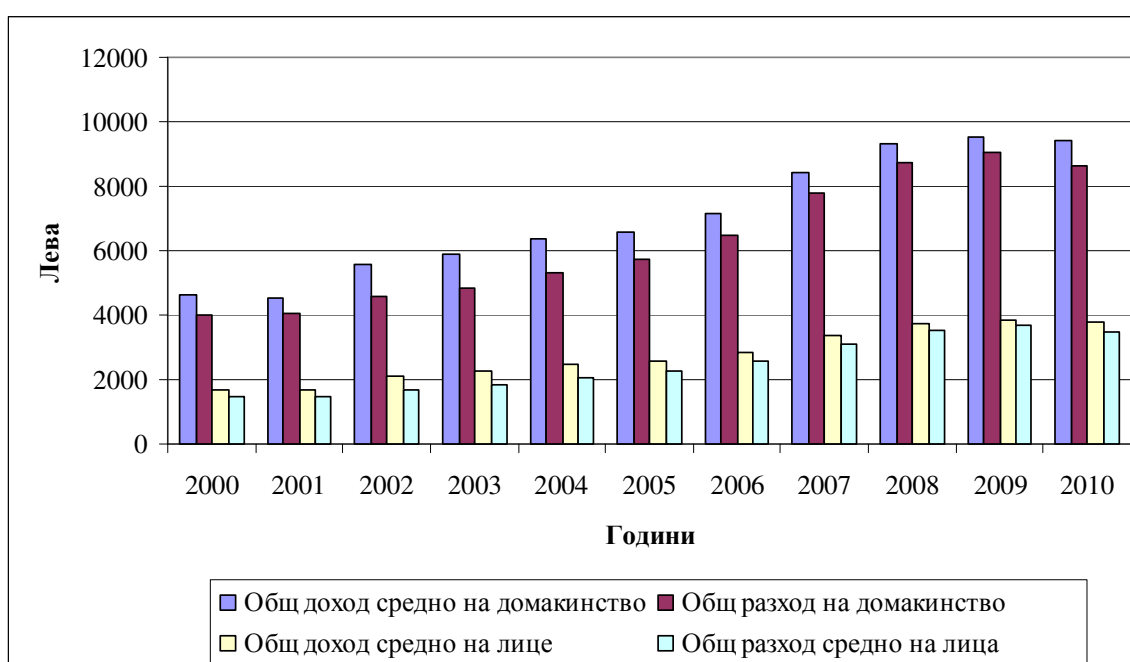
най-важните детерминанти на здравето са: начин на живот, наследственост, външна среда, включително социално-икономически условия, здравна помощ и др.

## 2.1. Социални детерминанти на здравето

Социално-икономическите, културните условия, условията на околната среда, както и социалната и обществена среда имат съществено въздействие върху индивидуалния начин на живот и съответно върху индивидуалните рискови фактори .

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

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



По данни на НСИ<sup>4</sup>

Доходите на домакинствата от предприемачество и собственост в България остават традиционно ниски. За 2010 г. те са едва 5.6% от доходите на домакинствата. Според структурата на доходите е видно, че населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст<sup>5</sup>.

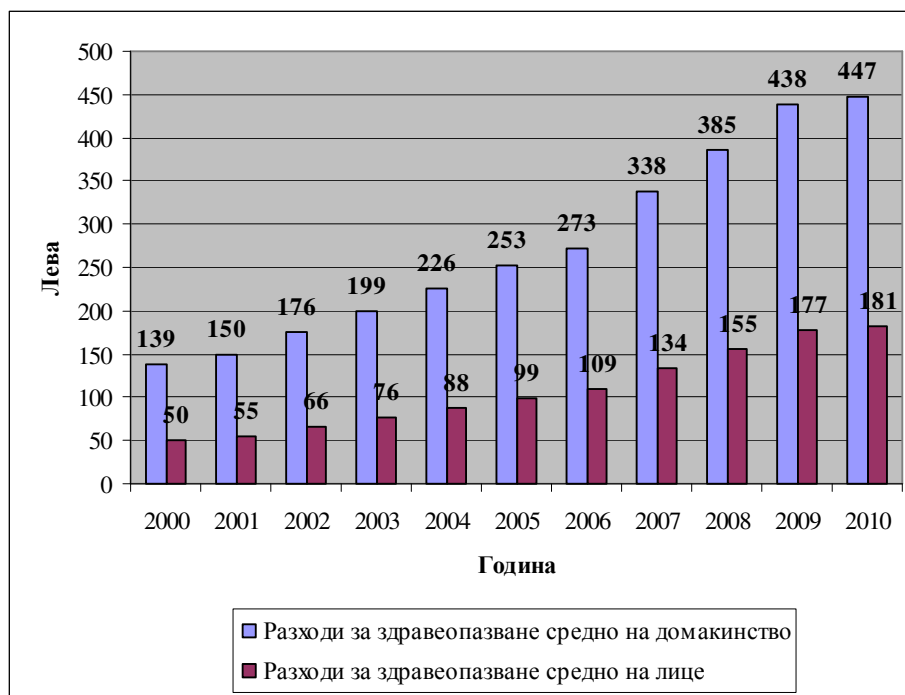
По данни на НСИ се отбелязва стабилна позитивна тенденция в структурата на разходите на домакинствата. Например продължава да намалява дялът на разходите за храна – от 44.9% през 2001 г. на 37.2% за 2011 г. Въпреки това, обаче, той се запазва относително висок в сравнение с повечето европейски страни.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

<sup>4</sup> По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

<sup>5</sup> По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

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

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



По данни на НСИ<sup>6</sup>

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

**Безработицата** е един от най-важните фактори, пораждащи бедност. Имайки предвид структурата на приходите на българските домакинства, при които основният доход идва от трудови възнаграждения, нивото на трудовата заетост в страната оказва съществено влияние върху приходите на домакинствата, а от там и на здравните показатели. Трудовата заетост се свързва с постоянен доход, създава чувство на социална идентичност, спомага за структуриране на деня и намаляване на стреса поради несигурност. От своя страна безработицата води до материални лишения и бедност, до

<sup>6</sup> По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

намаляване на доходите, до лишаване от предимствата, които преди това са били предоставени от работодателя, както и до рисково за здравето поведение. Липсата на работа е свързана с редица физически и психични проблеми.

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

Линията на бедност е монетарен показател и трябва да гарантира задоволяването на т. нар. "минимални жизнени потребности" - паричната равностойност на фактически реализиран разход за потребление на хранителни стоки, които обезпечават препоръчителните норми за дневен калориен прием от 2700 килокалории. Взема се предвид и съотношението между равнището на разходите за нехранителни и хранителни стоки и услуги, което трябва да съответства на средното съотношение за 20% от домакинствата с най-ниски доходи. С Постановление № 257 от 30.10.2009 г. Правителството е определило 211 лв. за линията на бедност, като тя е по-висока със 17 лв. от предходната година. За 2010 г. Gini коефициентът<sup>7</sup> е 0.280 и е почти равен по стойност на този за 2009 г., което е индикатор все още за отсъствието на подходящо обусловено социално разслояване по време на икономическата криза.

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

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

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

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

---

<sup>7</sup> Gini коефициентът се изчислява с индивидуалните данни за нетен еквивалентен общ доход на домакинствата и отчита неравенството в доходите им.

Поради неблагоприятните условия на пазара на труда, коефициентът на младежката безработица е висок и за 2010 г. достига 23.2%. Продължително безработните лица (безработни за повече от 1 година) за същата година са 161 700 души (46.5% от всички безработни), като коефициентът е 4.8% (5.1% за мъжете и 4.4% за жените). Броят на обезкуражените лица (лицата извън работната сила, които желаят да работят, но не търсят активно работа, защото не вярват, че ще намерят) на възраст 15-64 навършени години през 2010 г. възлиза на 222 300 хиляди души и бележи ръст с 38 100 в сравнение с предходната година.

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

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

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

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

### **ОСНОВНИ ИЗВОДИ:**

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

намаляване на безработицата и повишаване на доходите, широкодостъпното здравно образование, подпомагащо развитието на протективни здравни фактори у индивида и общността като цяло са малка част от предизвикателствата, пред които е изправено съвременното общество. Основните приоритети за подобряване здравето на нацията трябва да бъдат насочени към повлияване на всички детерминантите на здравето, в това число и социалните.

## 2.2. Начин на живот и здраве - рискови фактори

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

**Тютюнопушенето** е един от основните рискови фактори и е причина за 6% от всички смъртни случаи при жените и 12% от всички смъртни случаи при мъжете<sup>8</sup>. Около 6 милиона лица умират всяка година по причина тютюнопушене и експозиция на тютюнев дим. Към 2020 г. се очаква броят на смъртните случаи в резултат на тютюнопушенето да достигне 7.5 милиона или 10% от всички смъртни случаи за годината. Тютюнопушенето е причина за 71% от всички смъртни случаи от рак на белия дроб, 42% от хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) и 10% от ССЗ.

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

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

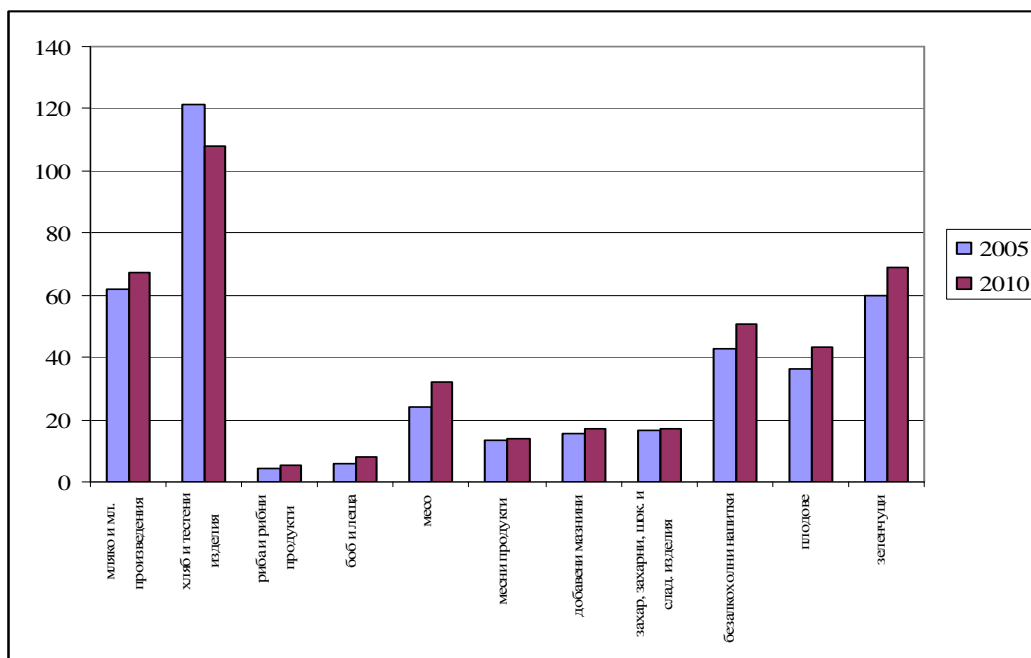
Анализът на хранителния модел на базата на бюджетите на домакинствата<sup>9</sup> с представяне на данните средно на лице за година за периода 2005-2010 г. показва тенденциите в хранителната консумация на населението в България. За посочения период се наблюдава тенденция за повишаване консумацията на *мляко и млечни продукти*, среднодневно на лице – от 170 г през 2005 г. на 184 г през 2010 г., за сметка на увеличение на консумацията на кисело мляко и сирене, като потреблението на мляко и млечни продукти все още не достига препоръчаните нива за здравословно хранене. Запазва се ниско потреблението на *риба и рибни продукти*, като наблюдаваната тенденция за повишаване консумацията на риба се запазва и от 11.5 г среднодневно на лице през 2005 г., тя се променя на 14.5 г през 2010 г., но е значително по-ниска от препоръчаната консумация на риба от 30-40 г средно дневно. Наблюдава се леко повишаване в консумацията на бобови храни като потреблението на *боб и леща*, средно на лице през 2005 г. е 5.9 кг (15.8 г средно на ден/лице) а през 2010 г. – 7.5 кг. (20.5 г средно на ден/лице). Наблюдава се тенденция за повишаване потреблението на *месо* като през 2005 г. средната консумация на месо е 24.2 кг на лице за година, а през 2010 г. - 32.0 кг, като повишението е за сметка на свинско месо и кайма. Потреблението на месни продукти се запазва в същите нива – 13.4 кг през 2005 год. и 13.8 г. средно на лице през 2010 год. Потреблението на *добавени мазнини* за периода 2005-2010 г. се повишава – 15.6-16.9 кг средно годишно на лице, за сметка на увеличаване консумацията на олио. Запазва се наблюдаваната в предишни години тенденция за увеличение в потреблението на *захар, захарни, шоколадови и сладкарски изделия* – от 16.7 кг средно на лице през

<sup>8</sup> Глобалния доклад на СЗО за състоянието на незаразните заболявания

<sup>9</sup> НСИ, 2010

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

**Фиг. 7. Потребление на основни хранителни продукти от домакинствата в България (кг/средно на лице) за 2005 г. и 2010 г.**



**Ниската физическа активност** е причина за 3.2 милиона смъртни случаи в света и 32.1 милиона изгубени години живот в добро здраве поради ранна заболяемост, инвалидност и преждевременна смъртност по DALY (Disability Adjusted Life Years), което е около 2.1% от глобалния коефициент на DALY<sup>1</sup>. Лицата с ниска физическа активност са с 20-30% повишен риск за смъртност по отношение на всички причини.

По данни на СЗО<sup>10</sup> 24.6% от мъжете и 31.8% от жените у нас са с ниска физическа активност, което определя съответно 27-мото място при мъжете и 23-тото място при жените сред 36 страни от Европейския регион на СЗО.

Изследване на Евробарометър показва, че 82% от населението в България не практикува спортни занимания или го прави един път месечно, като този дял е най-висок за страните в Европейския съюз. Регулярно практикуват спортни занимания (5 и повече пъти седмично) едва 3% от населението.

За повечето страни в света, включително и за България, болестите на органите на кръвообращението са огромен социално-медицински проблем. Една от водещите нозологични форми в структурата на умираанията от тези болести е **хипертонията**. По

<sup>10</sup> Глобален доклад на СЗО за състоянието на незаразните заболявания

данни на СЗО<sup>5</sup> хипертоници в България през 2008 г. са 41.8% (съответно 44.3% от мъжете и 39.5% от жените).

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

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

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

През последните години в България се наблюдава определено развитие в основните показатели, свързани с **употребата на наркотици**, което като процес съответства на общите тенденции в Европейския съюз. По данни от Националния фокусен център за наркотици и наркомании от 2008 г. около 430 000-475 000 български граждани от 15 до 64 години имат минимум една употреба на наркотик през живота си<sup>11</sup>. Наблюдават се следните тенденции, свързани с наркотичните вещества:

- Употребата на наркотични вещества сред младите хора и най-вече сред учениците остава един от основните проблеми на обществото. Младите хора на възраст между 15 и 34 г. представляват около 70-85% от всички лица във възрастовия диапазон 15-64 г., които поне веднъж в живота си са употребили някакъв наркотик. 35.2 % от студентите и всеки трети български ученик от 9-ти до 12-ти клас поне веднъж в живота си е пробвал наркотични вещества<sup>12</sup>.

- Проблемната употреба на наркотици в България се свързва най-вече с хероин. По-голямата част от проблемно употребяващите хероин използват инжекционната форма на прием. Броят на проблемно употребяващите хероин в България е между 20 000 и 30 000 лица<sup>13</sup>, като през последните години остава сравнително постоянен, дори с тенденция към намаляване. За сметка на това се наблюдава тенденция на нарастване броя на проблемно употребяващите синтетични стимуланти. При употребата на кокаин се наблюдава тенденция на леко увеличение. Продължава да нараства интензивната форма на употреба на марихуана.

- Според данни от мониторинговата система за търсене на лечение във връзка с употребата на наркотици в България през всяка от последните 10 години между 92 % и 98 % от всички потърсили лечение във връзка с наркоманен проблем в специализираните центрове са употребявали хероин и/или други опиати. Съотношението мъже / жени е почти постоянно и приблизително 4:1. Средната възраст на потърсилите лечение се е

<sup>11</sup> „Нагласи и поведение на населението между 15 и 64 години в България по отношение на употребата на медикаменти, алкохол, тютюн и други психоактивни вещества”, национално представително проучване в съответствие със стандартите на EMCDDA, Национален фокусен център за наркотици и наркомании и Институт за маркетинг и социални изследвания MBMD, финансирано през Националната стратегия за борба с наркотиците, декември 2008 г. – януари 2009 г., обхванати 5139 лица на възраст между 15 и 64 г. от всички 28 области в страната.

<sup>12</sup> “Университетските студенти и психоактивните вещества’06”, национално представително проучване сред студентите в България, Национален Фокусен център за наркотици и наркомании и Агенция Факт Маркетинг, май - юни 2006 г., анкетирани 3220 студенти от 24 университети в 7 български града.

<sup>13</sup> Тази оценка се базира на използването на метода Множител с използване данни от лечението (Multiplier Method Using Treatment Data).

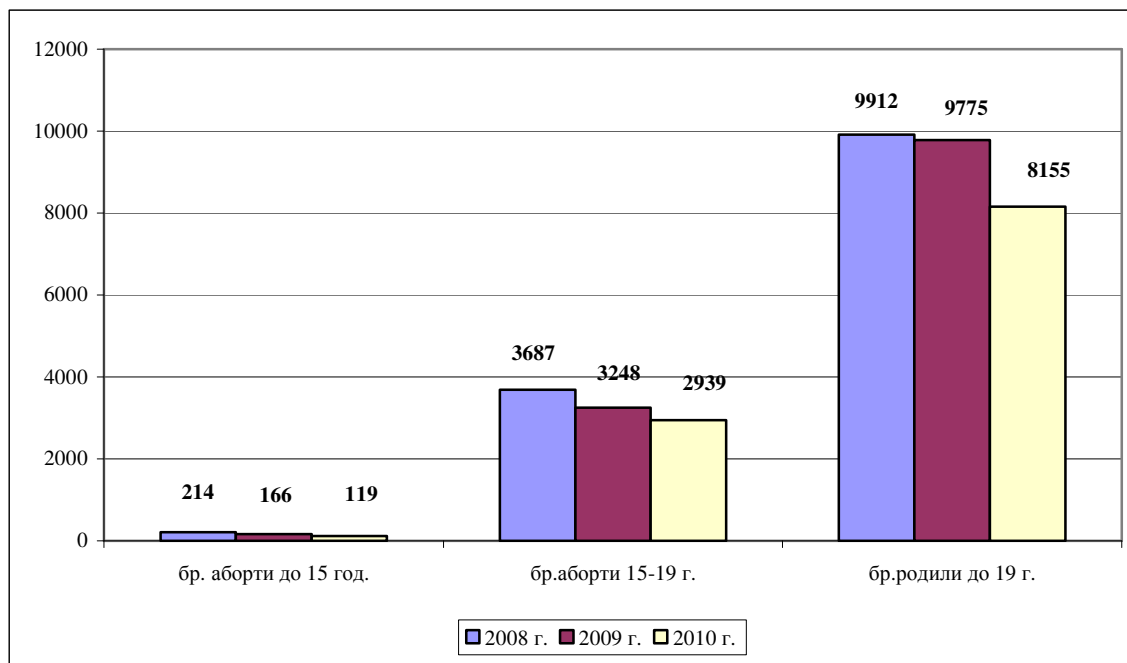


повишила от 23 на 25 години. Средната възраст на първата употреба на основното проблемно вещество е под 20 г., като над половината декларират, че са започнали употребата на възраст до 19 г. включително. Между една четвърт и една трета са използвали поне веднъж в живота си употребявани игли и/или спринцовки. Увеличава се делът на пациентите със стаж в употребата на основното проблемно вещество повече от 5 години<sup>14</sup>.

- Може да се каже, че се очаква увеличение на употребата на метамфетамини и най-вече на т.нар. „легални наркотични вещества“ през следващите години в България, както е и в Европа като цяло.

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

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



Източник: НЦОЗА

Едновременно с това положителните промени, които се установяват през последните години (нарастване употребата на презервативи при първи полов акт, както и при полов акт със случаен партньор; намаляване делът на лицата, които са правили секс на възраст под 15 години, както и делът на тези, които през последната година са правили секс с повече от един сексуален партньор и др.)<sup>16</sup> доказват, че дейностите по

<sup>14</sup> Мониторингова информационна система за търсенето на лечение във връзка с употреба на наркотици, Национален фокусен център за наркотици и наркомании

<sup>15</sup> НЦОЗА

<sup>16</sup> „Нагласи и поведение на населението между 15 и 64 години в България по отношение на употребата на медикаменти, алкохол, тютюн и други психоактивни вещества“, национално представително проучване в съответствие със стандартите на EMCDDA, Национален фокусен център за наркотици и наркомании и Институт за маркетинг и

Националната програма по СПИН и сексуално-предавани инфекции и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” дават резултати. Продължава обаче да стои нерешен въпроса за ангажирането и на другите национални институции в решаването на този сериозен проблем.

### ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

- Информацията, с която практиката разполага към момента у нас по отношение на разпространението на рискови фактори, не е достатъчно актуална и пълна. Това затруднява както реалната оценка за разпространението им, така и планирането на профилактични дейности за техния контрол.
- Последните данни за разпространението на рискови фактори у нас показват, че те са широко разпространени сред населението, което в значителна степен обуславя високата заболяемост, смъртност и инвалидност в нашата страна.
- Основните предотвратими рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене и ниска физическа активност) са причина за почти 60% от общото бреме на болестите<sup>17</sup>.
- Въпреки появилите се през 2010 год. някои положителни аспекти в потреблението на храни, моделът на хранене на българското население все още запазва някои неблагоприятни тенденции и характеристики.
- Употребата и злоупотребата с наркотични вещества в България остава проблем свързан най-вече с младите хора. Нараства броят на хората с опит в употребата на наркотични вещества (които поне веднъж в живота си са употребили някакво наркотично вещество), най-вече за сметка на употребилите канабис. Най-масово употребяваното наркотично вещество остава канабисът, и по-конкретно – марихуаната. Хероинът е веществото, което остава най-тясно свързано с проблемната употреба на наркотици. Като цяло нараства употребата на синтетичните стимуланти - амфетамини и вещества от типа на екстази, както и в по-малка степен - на кокаин. Все още със слаби темпове, но постепенно навлиза употребата на метамфетамини.
- Ограничаването на въздействието на тези рискови фактори може да се постигне чрез развитие на дейности за промоция на здравето и профилактика на болестите в рамките на програми, с участието на всички обществени структури и организации и най-вече на населението, като водеща е ролята на системата на здравеопазване.
- Изграждането на система за мониторинг и оценка на разпространението на рисковите фактори би допринесло за повишаване на ефективността на мерките, насочени към превенцията и контрола на тези фактори.

### ВТОРИ РАЗДЕЛ: ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

---

социални изследвания MBMD, финансирано през Националната стратегия за борба с наркотиците, декември 2008 г. – януари 2009 г., обхванати 5139 лица на възраст между 15 и 64 г. от всички 28 области в страната.

<sup>16</sup> Националното представително социологическо проучване “Употреба на алкохол и други наркотици в българските училища (9-12 клас)”, екип от НЦН и НЦООЗ по методиката на ESPAD, м. май 2007 г., общ брой анкетиращи - 6367 ученици от над 320 паралелки в общообразователни и специализирани училища в 159 населени места в България.

<sup>17</sup> Национално представително изследване на знания, нагласи и поведение на младите хора по отношение на сексуалното и репродуктивно здраве, Програма «Превенция и контрол на СПИН, МЗ 2009

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

## **1.1. Здравен контрол върху фактори на околната среда, продукти, стоки и дейности, имащи значение за здравето на населението**

### **✓ Атмосферен въздух**

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

В съответствие с тази политика регионалните здравни инспекции провеждат периодичен мониторинг на качеството на атмосферния въздух в някои райони на страната, в които независимо от предприетите конкретни екологични мерки, чистотата на въздуха продължава да е проблем. Анализът на данните от провеждания от РЗИ мониторинг през 2010 г. идентифицира като приоритетни за качеството на атмосферния въздух следните атмосферни замърсители<sup>18</sup>:

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

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

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

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

Информацията от мониторинга на качеството на атмосферния въздух намира приложение основно при оценката на здравния риск за експонираното население. Отклоненията в качеството на атмосферния въздух генерират от лек дискомфорт до ясно изразени здравни проблеми, което се доказва в рамките на конкретно епидемиологично проучване.

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

Паралелно с постоянния контрол на КАВ, включен към Национална автоматизирана система за екологичен мониторинг, някои от регионалните структури на МЗ извършват периодичен контрол на определени атмосферни замърсители, което допълва базата данни за качеството на въздуха за съответния район.

През 2010 година на територията на 14 населени места РЗИ поддържат функционирането на 23 стационарни пункта за мониторинг, в които качеството на атмосферния въздух се контролира по показателите: общ суспендиран прах, фини прахови частици, аерозоли на тежки метали, сярна киселина, серен диоксид, сероводород, азотен диоксид, фенол, хлороводород<sup>19</sup>. Изследвани са общо 5064 проби за аерозоли на прах (3631) и тежки метали (1433) и съответно 60293 - за газове. Пробите с отклонения, превишаващи регламентираните съгласно нормативните документи

<sup>18</sup> МЗ, Информация за дейността на РЗИ относно КАВ през 2010г.

<sup>19</sup> МЗ, Информация за дейността на РЗИ относно КАВ през 2010г.

допустими концентрации за всеки конкретен атмосферен замърсител, са съответно: 347 (9,6%) за праховите аерозоли и 1088 (1.8%) за газообразните замърсители.

#### ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

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

- Пунктовете за мониторинг, поддържани от РЗИ, са с периодичен режим на работа, ограничаващ диапазона и времевата представителност на извършвания контрол, поради което получените данни имат само индикативен характер при оценка качеството на въздуха.

#### ✓ *Питейни води*

По данни на МЗ<sup>20,21</sup>, през 2010 г. в страната са били в експлоатация 6 315 питейни водоизточници, от които 335 повърхностни (5,30 %) и 5 980 подземни (94,70 %). Само за около 1/3 от повърхностните (112 броя или 33,43 %) се прилага необходимото пречистване на водата<sup>22</sup>. Контролът на питейните води се осъществява по органолептични, микробиологични, химични и радиологични показатели за качество<sup>23</sup>.

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

**Таблица.....Изследвани проби питейни води и нестандартност по микробиологични показатели за качество (%)**

| РИОКОЗ    | Брой изследвания по микробиологични показатели |       |      | % неотговарящи на Наредба № 9/2001 |       |       | Критичен праг по СЗО   |
|-----------|--|-------|------|------------------------------------|-------|-------|--|
|           | 2008   | 2009  | 2010 | 2008                               | 2009  | 2010  |  |
| БУРГАС    | 3 108  | 2 396 | 2058 | 5.98                               | 8.14  | 8.50  | Не повече от 5% несъответствие по микробиологични показатели за качество от годишния брой изследвани проби |
| ВРАЦА     | 1 642  | 1 816 | 1750 | 10.72                              | 7.16  | 4.46  |  |
| ДОБРИЧ    | 1 480  | 1 368 | 1436 | 4.05                               | 5.26  | 5.85  |  |
| КЪРДЖАЛИ  | 2 393  | 1 565 | 1843 | 5.22                               | 6.33  | 9.6   |  |
| КЮСТЕНДИЛ | 1 484  | 1 531 | 1529 | 1.62                               | 6.99  | 8.57  |  |
| МОНТАНА   | 2 598  | 2 602 | 1937 | 7.81                               | 8.88  | 13.58 |  |
| ПАЗАРДЖИК | 876  | 1 120 | 1069 | 11.87                              | 11.34 | 10.20 |  |
| ПЕРНИК    | 1 193  | 1 207 | 1686 | 5.87                               | 8.86  | 8.24  |  |

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

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

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

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

|           |       |       |      |       |      |       |
|-----------|-------|-------|------|-------|------|-------|
| ПЛОВДИВ   | 2 598 | 1 341 | 1358 | 7.81  | 6.94 | 4.93  |
| СИЛИСТРА  | 538   | 1 728 | 484  | 6.88  | 5.27 | 5.37  |
| СЛИВЕН    | 1 677 | 1 341 | 1305 | 5.07  | 6.94 | 5.13  |
| ТЪРГОВИЩЕ | 1 880 | 1 525 | 1228 | 7.29  | 7.61 | 7.82  |
| ХАСКОВО   | 3 062 | 6 325 | 2698 | 7.81  | 0.21 | 5.37  |
| ЯМБОЛ     | 570   | 780   | 644  | 11.58 | 9.23 | 10.31 |

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

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

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

Най-масово са регистрирани наднормени количества нитрати (>50 мг/л). **Нитратите** са многогодишен проблем за питейното водоснабдяване в районите с интензивно земеделие. Проблемът се регистрира в около 20 области, като най-засегнати по брой експонирано население и засегнати водоизточници са: Хасково, Търговище, Пловдив, Стара Загора, Плевен, Шумен, Варна, Велико Търново, Разград, Русе, Ямбол, Бургас. През 2010 г. в областите София, Видин, Перник, Кърджали и Кюстендил няма регистрирани изследвани проби води с повишено съдържание на нитрати. Налице е обща тенденция на много бавно понижение на броя на експонираното население през последните три десетилетия, но прогнозата е, че не може да се очакват резки промени през следващите години. Към 2007 г. от проблема са били засегнати общо 298 населени места с 218 013 души експонирани (2,75% от населението на страната). Преобладава експозицията на селското население в съотношение на селско към градско 3:1. Масово представените стойности са в границите 50-100 мг/л. В диапазона 100-150 мг/л експонираните са 10,89% и само 2,59 % от жителите консумират вода в екстремно високия диапазон 150-350 мг/л нитрати. Хронологично, тенденцията показва бавно понижение на относителният дял експонирано население или 2,2 пъти по-малко експонирани в сравнение с 1979 г. Подобряването на ситуацията се дължи главно на включване на повърхностни водоизточници на водоснабдяване (предимно язовири) и изоставяне на подземните водоизточници с високи стойности на нитрати.

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

<sup>24</sup> НЦОЗА, РЗИ.

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

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

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

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

През 2010г. в РЗИ извършените анализи са общо 409 567, от които 316 049 (77,17 %) в рамките на ДЗК, а останалите 93 518 (22,83 %) са извършени по искане на физически и юридически лица. Възложителите са предимно водоснабдителни фирми, които не притежават лабораторен капацитет за много от мониторираните показатели, поради което ежегодно и броят на заявките плавно нараства. От общия брой анализи на питейни води, извършвани от РЗИ по ДЗК, съответствие с нормите има при 98,67 % от тях.

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

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

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

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

Най-висок процент на несъответствие на анализирани проби през 2010г. по показател нитрати е регистриран в областите Велико Търново (14,81 %), Русе (11,61 %), Ямбол (11,57 %), Разград (11,14 %), Търговище (7,79 %), Добрич (7,68 %), Пловдив (7,63 %), Хасково (6,75 %), Плевен (6,39 %), Шумен (6,31 %). Запазва се картината от

предишните години – преобладават отклонения в ниския диапазон 50-100 мг/л в около 85 % от случаите. Високи стойности над 150 мг/л се срещат само в отделни малки водоснабдителни системи и честотата им не надвишава 2-3 % от случаите

### ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

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

### ✓ Шум

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

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

От 2006 г. функционира Националната система за мониторинг на шума в околната среда, провеждан от РЗИ (през 2010 г. РИОКОЗ). РЗИ представят данни от проведените през 2010 г. Контролни измервания на градския шум в общо 696 пункта. Данните отразяват шумовите нива, създавани главно от транспорта в 35 града на страната. (Таблица 6).

**Таблица 6. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р. България в периода 2006-2010 г.**

| Година | Общ брой пунктове | Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони, в брой |             |             |             |             |             |              |
|--------|-------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
|        |                   | под 58 dB(A)   | 58-62 dB(A) | 63-67 dB(A) | 68-72 dB(A) | 73-77 dB(A) | 78-82 dB(A) | над 82 dB(A) |
| 2006   | 527               | 74   | 95          | 172         | 144         | 39          | 3           | 0            |
| 2007   | 710               | 128  | 116         | 189         | 216         | 59          | 2           | 0            |
| 2008   | 726               | 130  | 130         | 207         | 189         | 65          | 5           | 0            |

|      |     |     |     |     |     |    |   |   |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|----|---|---|
| 2009 | 727 | 140 | 118 | 227 | 191 | 51 | 0 | 0 |
| 2010 | 696 | 145 | 108 | 223 | 170 | 50 | 0 | 0 |

Източник: РЗИ

**Таблица 7 Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р. България в периода 2006-2010 г. (%)**

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

Източник: РЗИ

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

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

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

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

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

#### ОСНОВНИ ИЗВОДИ

- Данните понастоящем не позволяват да се направи оценка на шума в пунктове в „тихи зони”, особено подлежащи на шумова защита (към детски, здравни и учебни заведения, жилища, места за отдих и рекреация).
- Необходима е периодична актуализация на пунктовете за измерване на шума с оглед динамичните промени в архитектурно и инфраструктурно отношение.
- Необходими са съвместни действия с Инспекциите по труда в страна по отношение на данните и риска свързан с шума в работна среда, който не е предмет на контрол от страна РЗИ.
- Има необходимост от арбитражно/реферетно звено за разработване и въвеждане на методи, провеждане на обучение и проверка за компетентност на лица с права да измерват.



- НЦОЗА разработва на национално ниво методите за прилагане на европейското законодателство в тази област.
- Периодично обучение и проверка за компетентност по отношение на прилагането на методите за мониторинг в НЦОЗА на лицата от РЗИ, извършващи измервания на шум.
- НЦОЗА трябва да има основна роля при оценка на шумовото въздействие върху населението и работещите, като поддържа национален регистър на шумовите нива в околната и в работната среда, при арбитражни измервания (като референтно звено)..

### ✓ **Нейонизиращи лъчения**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Основни изводи и препоръки:**

- необходимо е хармонизиране на националното законодателство за нейонизиращи лъчения с изискванията на ЕС и СЗО: граничните стойности на ICNIRP, Препоръка 1999/519/ЕС и Директива 2004/40/ЕС, като минимални изисквания с прилагане на предупредителния подход. Политиката за хармонизация предполага създаване на Закон за защита на човека от нейонизиращи лъчения и/или включване на изискванията на ЕС в Закона за здравето с последващи промени в законодателството, регламентиращи въвеждането и експлоатацията на обекти и стоки, излъчващи ЕМП;

- необходимо е да се оторизира една институция (НЦОЗА) като референтен методологичен и обучителен център, както и да се подберат единични РЗИ, които да разполагат с необходимата апаратура, специалисти и компетентност, за осигуряване на контрола на нейонизиращи лъчения в страната;

- за създаване на национален регистър е необходимо централизиране на въвеждането на данни за източниците на ЕМП;

- необходимо е да се въведе изцяло политиката на ЕС за контрол на източниците на нейонизиращи лъчения;

- да продължава прилагането на разработената и действаща Комуникационна програма за защита на населението от нейонизиращите лъчения.

#### **✓ Безопасност на храните**

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

#### **Химични замърсители и микотоксини в храни**

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

Таблица 10. Мониторинг на химични замърсители и микотоксини в храни за 2010 г.\*

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

Източник: МЗ

Констатации:

- Концентрации над пределно допустимите нормативни изисквания за хранителни добавки се доказва при 5.47 % от анализираниите проби.
- Най-често срещаните отклонения са при категориите хранителни добавки: подсладители (захарин, аспартам, ацесулфам), консерванти (бензоена и сорбинова киселина), неразрешени оцветители в зеленчукови консерви и безалкохолни напитки.
- Отклонения в съдържанието на микотоксини се установява в 0,42 % от анализираниите проби.
- Регистрираните отклонения при анализите за микотоксини са по отношение на фумонизин, охратоксин, афлатоксин В<sub>1</sub> и общо съдържание на афлатоксини.
- Не са установени отклонения от нормативните изисквания в съдържанието на тежки метали, нитрати и пестицидни остатъци на анализираниите проби.

#### Генетично модифицирани организми в храни

Министерство на здравеопазването чрез 28-те РЗИ контролира продукти в търговската мрежа, производствата и внос от митницата като компетентен орган по Регламент ЕО 1829/2003<sup>25</sup> отнасящ се до генетично модифицираните храни. Честотата на проверките се определя от годишния план за ДЗК на министерството. Броят и видът на пробите се уточняват след консултиране с оторизираниите за системата на МЗ аналитични лаборатории за анализ на генетично модифицирани храни - изпълняващата функция на Национална референтна лаборатория (НЦОЗА) и тази на СРЗИ.

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

#### *Констатации:*

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

#### *✓ Йонизиращи лъчения*

Основното облъчване на населението е от естествения радиационен фон и България е една от страните със средни показатели. Годишната ефективна доза от естествената радиоактивност на атмосферния въздух, почви, питейни води и храни е 2,33 mSv/a. Тя е близка до приетата от НКДАР/ООН средна стойност за света: 2,42 mSv/a.

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

<sup>26</sup> РЕШЕНИЕ НА КОМИСИЯТА 2008/289/ЕО от 3 април 2008 година относно спешни мерки по отношение на неразрешен генетично модифициран организъм „Bt 63“ в продукти от ориз (нотифицирано под номер C(2008) 1208)

Голям дял от облъчването на населението се дължи на медицинското облъчване. Важен проблем е състоянието на радиологичната апаратура. Около 72 % от най-масовата рентгенова апаратура у нас е на възраст над 20 години, а 24 % от уредбите са произведени преди повече от 30 години. Липсват важни функции за осигуряване на качествени образи и за гарантиране безопасността на пациентите и персонала.

Държавният здравен радиационен контрол през 2010 г. обхваща: контрол за радиационно замърсяване на води, почви, въздух, растителност (Наредба №9 от 2001 г.; Директива 98/83/ на ЕС); безопасност и качество на храните (Наредба №10 от 2002 г.); безопасност на суровини, продукти и стоки с повишено съдържание на радионуклиди (Наредба №25 от 2005 г); диворастящи гъби (Регламент №1635/2006 на Комисията); медицинско облъчване (Наредба №30 от 2005 г). Той се осъществява на цялата територия на Република България от НЦРРЗ и отделите по Радиационен контрол към РЗИ Бургас, Варна, Враца, Пловдив и Русе. През 2010 г. продължи извършването на лабораторни анализи на различни обекти от жизнената (хранителни продукти, питейни води, строителни материали и др.) и околната среда с цел оценка на облъчване на населението. Анализирани са общо 463 проби. Направени са 856 радиохимични, 416 гама-спектрометрични анализи и 903 радиометрични определяния. В различни среди са определяни съдържанието на цезий-137, стронций-90, радий-226, радон-222, естествен уран, обща бета и обща алфа активност, а чрез гамаспектрометричен анализ - съдържанието на гама излъчващи нуклиди с техногенен и/или естествен произход.

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

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

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

В изпълнение на заповед № РД15-2688/2008 г на министъра на здравеопазването за *специализиран радиационен контрол върху фактори на жизнената среда в района на АЕЦ Козлодуй* е извършван контрол в наблюдаваната зона и зоната на факела, както и оценка на допълнителното надфоново облъчване на критични групи от населението. За оценка на въздействието на газ аерозолните изхвърляния се контролират обекти от сухоземната екосистема и екосистемата на вътрешните реки. Въздействието на течните отпадъци се оценява по резултатите от контрола на р. Дунав. Взети са и анализирани проби води, дънни утайки, почви, растителност, атмосферни отлагания и риба от пунктове, разположени в областите Монтана, Враца и Плевен (118 проби, 388 анализа).

Двукратен радиационен контрол е извършен и върху факторите на жизнената среда в района на „ПХРАО – Нови хан” към ДП „РАО” – анализирани са проби води,

дънни утайки, почви, растителност от пунктове, разположени в с. Нови хан, с. Крушовица и с. Габра (17 проби, 63 анализа) както и на района на *Ядрената научно-експериментална база към ИЯИЯЕ – БАН* (6 проби, 12 анализа).

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

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

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

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

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

Таблица .... Проверки в обекти с източници на йонизиращи лъчения

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

Източник: НЦРРЗ

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

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

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

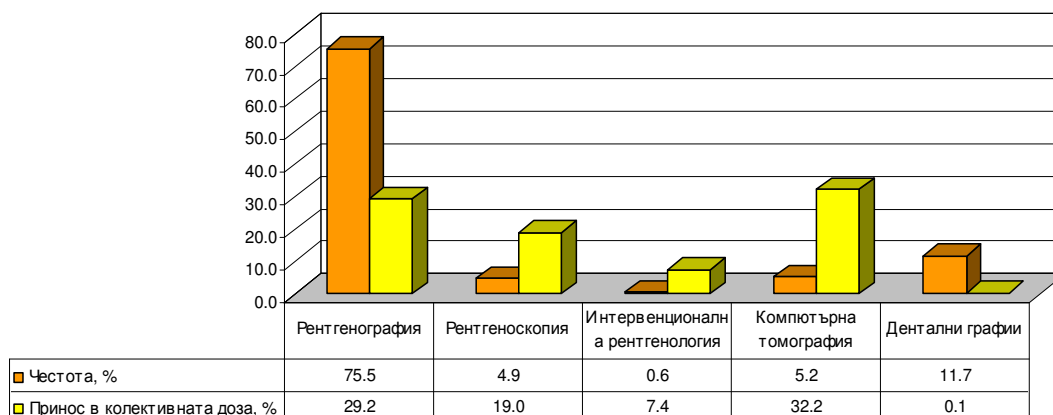
Извършени са и проверки на седем търговски вериги в София. Не са установени етикетирани облъчени храни.

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

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

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

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



Източник: НЦРРЗ

### ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

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

✓ *Трудова среда и здраве на работещото население*

Условията на труд у нас се различават от тези в страните от ЕС<sup>27</sup> по характеристики, които в значителна степен обуславят нивото на най-важните индикатори за здравето на работещите: по-висока заетост на работещите в рисковите сектори, по-висок дял изложени на рискове за здравето и безопасността на работното място; по-висок дял на работещи в условия на стрес при работа; по-ниска информираност на работещите за рисковете за здравето и безопасността при работа.

През 2010 г. са регистрирани общо 3 025 трудови злополуки (ТЗ), от които 94 със смъртен изход, а 22 - с изход инвалидизация. Загубените календарни дни са 158 324<sup>28</sup>.

Разпределението на общ брой, смъртни и с изход инвалидизация ТЗ показва, че и през 2010 г. най-висок брой ТЗ са регистрирани в строителството.- общия брой на ТЗ в строителството е 270 случая, следват добивна промишленост (194) и сухопътен транспорт - 150 броя. Най-висок брой ТЗ със смъртен изход са регистрирани в строителството - 24, следвани в сектор селско и горско стопанство - 8 и по 7 в добивната промишленост и сухопътния транспорт.

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

Сравнителният анализ показва, че след въвеждането на превантивните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа (ЗЗБУТ /1997 г.), общият брой на ТЗ и броят изгубени календарни дни намаляват (Фиг. 1 и Фиг. 3). До 2008 г. вкл. се наблюдава тенденция за увеличаване на броя на смъртните ТЗ (Фиг. 2). За първи път през 2009 г. броя на смъртните ТЗ намалява рязко, което е в съответствие с тенденцията в страните от ЕС за намаляване на общия брой на ТЗ, на тези със смъртен изход и трайна неработоспособност в резултат от превантивните дейности на работното място. През 2010 г. се наблюдава леко повишение на общия брой ТЗ (1,02 и на ТЗ със смъртен изход (1,03%) в сравнение с 2009 г., но в дългосрочен план тенденцията за понижаване броя на ТЗ и ТЗ със смъртен изход се запазва.

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

### **Фиг. 1. Динамика на ТЗ (общ брой) за периода 2000-2010 г.<sup>29</sup>**

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

<sup>28</sup> Информационна система за трудовите злополуки на Националния осигурителен институт, [www.noi.bg](http://www.noi.bg)

<sup>29</sup> Информационна система за трудовите злополуки на Националния осигурителен институт, [www.noi.bg](http://www.noi.bg)

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



Източник: НОИ

Фиг. 2. Динамика на ТЗ със смъртен изход за периода 2000-2010 г.<sup>30</sup>



Източник: НОИ

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

<sup>30</sup> Изт.: НОИ-Информационна система за Трудовите злополуки

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



Фиг. 3. Общ брой на загубените календарни дни за периода 2000 – 2010 г.



Източник: НОИ

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

Резултатите от контролната дейност по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд<sup>31</sup> в редица случаи показват *частично или формално изпълнение* на ЗЗБУТ от страна на работодателите и службите по трудова медицина, недостатъчни знания на специалистите от СТМ и от контролните органи по съвременните подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа, недостатъчна превантивна култура у работещите, недостатъчна информираност и обучение по здраве и безопасност при работа.

#### ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

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

#### ✓ *Надзор на заразните заболявания – Международни здравни правила*

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

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

Страната разработи и изпълнява Наредба за условията и реда за провеждане на граничен здравен контрол на Р. България, която превежда в нашата нормативна уредба в значителна степен изискванията на МЗП.<sup>32</sup> Разработена е и Национална програма за укрепване капацитета на Р. България за опазването ѝ от внос на заразни болести и реагиране при събития, представляващи заплаха за общественото здраве, 2008-2010 г., приета с Постановление на МС 11/06.03.2008г. В рамките на тежки бюджетни ограничения, бяха изпълнени част от предвидените в програмата мерки.

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

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

## **1.2. Промоция на здравето и профилактика на болестите**

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

Основни изпълнители по програмите са РЗИ и Националният център по общественото здраве и анализи НЦОЗА

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

Програмата се реализира на национално ниво от всички РЗИ в страната. През 2010 г. са реализирани следните здравнообразователни дейности: проведени са 14 семинара и 10 курса; изнесени са 233 лекции; извършени са 41 проучвания; реализирани са 45 масови прояви и 819 медийни изяви (147 участия в TV предавания, 234 участия в радиопредавания, излъчени са видеопокази, публикувани са материали в пресата и в интернет, организирани и проведени са 9 пресконференции). Издадени са 15 заглавия в тираж 65050 бр., разпространени са 12266 бр. информационни материали.

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

През 2010 г. са реализирани дейности и от НЦРРЗ: определяне съдържанието на естествени радионуклиди (уран, радий, торий и разпадните им продукти) от обекти около бившия уранодобив; проучване на здравословното състояние на персонала от АЕЦ Козлодуй с оглед установяване влиянието на радиационния фактор; биомониторинг на

<sup>32</sup> Наредбата е приета с Постановление на МС 274/ 09.10.2006г., публ. ДВ бр. 85/20.10.06г. и изменена и допълнена с Постановление на МС 68/ 28.03.2008г., публ. ДВ бр. 37/2008г.

рискови групи население, живеещо около обекти на ядрената енергетика, с оглед ранното откриване на индивиди с повишен риск за злокачествени заболявания и провеждане на необходимите профилактични действия; постоянно наблюдение на параметрите на околната среда в района на АЕЦ Козлодуй с цел оценка на дозовото натоварване на населението; проследено е съдържанието на техногенни радионуклиди в организма при деца, живеещи в района на АЕЦ Козлодуй.

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

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

Програмата се реализира в 9 демонстрационни зони: В. Търново, Видин, Габрово, Добрич, Кърджали, Ловеч, Русе, Ст. Загора и Ямбол. Всички дейности по програмата през 2010 г. са осъществени от екипите и партньори на програмата с активното участие на специалисти от РИОКОЗ. Реализирани са редица съвместни дейности със структури на здравната мрежа (МБАЛ, МЦ, ДКЦ, ОПЛ, СМП, МУ, БЧК, диспансери). Проведени са множество инициативи: кампании, световни и международни дни, насочени към профилактиката и лечението на сърдечносъдовите и психичните заболявания, хроничната обструктивна белодробна болест, диабета, онкологичните заболявания, популяризирането на здравословното хранене. В рамките на тези мероприятия са извършени безплатни прегледи за рак на гърдата, измервания на артериалното налягане, теглото и ръста, кръвната захар, костната плътност, както и обучение на високорискови групи от населението – лица прекарвали инфаркт на миокарда и мозъчен инсулт, хипертоници, диабетици и др.

За изграждането на капацитет за работа у медицинските специалисти и партньорите по програмата през 2010 г. са проведени над 300 курсове и семинари. Броят на здравнообразователните мероприятия на популационно ниво е значителен: реализирани са 543 ТВ предавания, 648 радиопредавания; излъчени са 25 аудио и 95 видеоклипове; 248 видеопокази и видеолектории; публикувани са 476 материала в местни и централни ежедневници; организирани са 40 пресконференции с журналисти; изнесени са 533 лекции и 275 беседи; проведени са 93 семинари, 184 дискусии, 22 тренинги, над 2000 индивидуални и 136 групови обучения и консултации, включително и групи за самопомощ. Тиражирани и разпространени са 10 здравнообразователни материала (информационни бюлетени, методични помагала, дипляни, плакати, стикери и календари). В зоните са проведени 75 кампании, посветени на контрола на хроничните неинфекциозни болести и факторите на риска за тях, свързани с начина на живот на населението; отбелязани са 61 тематични, световни и международни дни и празници; организирани са походи, шествия, концерти, изложби и други инициативи, насочени към промяна в поведението на населението за здраве.

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

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

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

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

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

За повишаване на ефективността на контрола по спазване на забраните и ограниченията на тютюнопушенето са закупени за всички РЗИ газдетектори за измерване на въглеродния монооксид в затворено помещение, чрез което се повишават възможностите за формиране на законодателна култура у гражданите за опазване на тяхното здраве. През 2010 г. РЗИ са издали общо 764 броя предписания, разпоредени са 103 720 наказателни постановления на физически и юридически лица. Общо са проверени 200 468 обекта в страната, като от тях 5 815 са транспортни средства. РИОКОЗ са провели множество дейности по ограничаване на употребата на тютюневите изделия сред населението чрез информиране за вредите от тютюнопушенето и последствията му върху качеството на живот: 99 семинари; 40 курсове; 623 лекции и беседи; 1 114 видеопокази; реализирани са 99 масови прояви; проведени са 9 социологически проучвания; издадени са 29 броя заглавия в 41 860 тираж; разпространени са 39 473 материали; реализирани са 844 медийни изяви в ТВ и радио предавания, публикации в пресата и интернет. Към РИОКОЗ продължават ефективно да работят Консултативни кабинети за отказ от тютюнопушене. В тях консултанти, получили обучение от лектори от Европейската мрежа на линиите за отказ от тютюнопушене са консултирали през годината 2 470 български граждани от страната как да откажат употребата на тютюневите изделия.

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

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

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

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

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

Извършена е тематична проверка от РИОКОЗ в ученическите столове във връзка с установяване спазването на изискванията на Наредба №37 на МЗ от 2009 г. за

здравословно хранене на учениците (обн., ДВ. бр. 63 от 2009 г.). Издадени са 199 предписания, съставени са 23 акта и са издадени 17 наказателни постановления.

Изготвен е Проект на Наредба за здравословно хранене на деца на възраст 3–7 години в детски заведения. От НЦООЗ са разработени различни подходи и практики за утвърждаване на модел на здравословно хранене в семействата и в училищата, чрез организиране на дейности, свързани с гарантиране на здравето на децата чрез ранна превенция на рисковите фактори. Разпространени сред различни възрастови групи от населението са: Препоръки за здравословно хранене на кърмачета, Препоръки за здравословно хранене за деца на 3-6 години в България, Препоръки за здравословно хранене за ученици на 7-19 години в България, Препоръки за здравословно хранене на населението в България на 18-65 години. През 2010 г. по БНТ и БТВ е излъчван клип с участие на деца за промоция на здравословно хранене в рамките на Националната седмица за борба със затлъстяването. Клипът е предоставен на 28-те РИОКОЗ за излъчване в регионалните телевизии.

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

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

Проведено е Национално проучване на хранителния статус на учениците в България, което има за цел да установи тенденциите в хранителния статус (поднормено тегло, свръхтегло и затлъстяване) при деца в училищна възраст, оценка на основните рискови фактори, свързани с проблеми в хранителния статус – хранене и физическа активност, оценка на хранителното поведение, свързано с риск за хранителни разстройства при деца над 14 годишна възраст.

- ***Профилактика на йоддефицитните заболявания***

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

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

През 2010 г. успешно продължават кампаниите в страната за определяне на личния риск от остеопороза, чрез попълване на „Едноминутен тест за оценка на риска от остеопороза” на Международната фондация по остеопороза и измерване на костната плътност. От РИОКОЗ са организирани скринингови изследвания за костна плътност (остеодензитометрия), които обхващат общо 5 576 жени и мъже. Проведени са скринингови кампании в Благоевград, съвместно с Асоциацията на пациентите с остеопороза и остеоартроза в България. От Центъра по остеопороза в Благоевград са

проведени скринингови кампании в 6 населени места, с 312 изследвани лица. През 2010 г. 28-те РИОКОЗ са провели 31 семинара и 20 курса; изнесени са 241 лекции и беседи; проведени са 43 масови прояви; разпространени са 24 436 здравно информационни материали; публикувани са 134 материали в пресата и 94 в интернет.

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

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

Със заповед РД 09-164/10.3.03.2010 е определен нов състав на Националния съвет по психично здраве, като орган координиращ дейностите по Политиката за психично здраве 2006-2012 г. и Националния план към нея.

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

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

През 2010 г. са осъществени значителен брой дейности, насочени към лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства. Извършени са акушеро-гинекологични прегледи и консултации в кабинети (включително и мобилни), действащи в близост до райони с компактно ромско население. Проведени са беседи с подрастващи и млади хора, и с техните родители за начините за предпазване от нежелана и ранна бременност; за опасностите, които крият ранната бременност за майката и бебето; за родствените и ранни бракове. Проведени са разговори, прожектирани са филми сред ученици от 5-8 клас и младежи, отпаднали от училище, за спецификата на пубертетния период и полово предаваните болести. Извършени са скринингови изследвания на място в кварталите, населени предимно с ромско население за профилактика, ранно откриване и своевременно лечение на туберкулозата, рака на млечната жлеза и шийката на матката, сърдечно съдови и други характерни за населеното място заболявания.

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

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

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

Съгласно утвърдения работен план по програмата за 2010 г., са реализирани следните по-важни дейности: подготвено и проведено е Национално епидемиологично проучване за състоянието на оралния статус на деца от три възрастови групи. Целта на проучването е да се установи разпространението на - заболяванията на пародонта,

зъбната флуороза, зъбночелюстните деформации, разпространението и честотата на зъбния кариес. В проучването са участвали всички 28 РИОКОЗ.

Разработени, издадени и разпространени са обучителни материали за профилактика на кариеса..

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

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

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

През 2010 г. Международният Y-PEER PETRI Център–София е провел 5 обучения в сферата на сексуално и репродуктивно здраве по следните теми: „Театрални техники за обучение на връстници от връстници”, „Обучение за напреднали обучители на обучители на връстници”, „Обучение за разработване и управление на проекти”, „Обучение по застъпничество” и „Обучение за мобилизация на ресурсите и фондонабиране”. Сертифицирани са 153 млади хора от 21 страни в Региона.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Финансово са подкрепени дейностите на 3 кабинета за психо-социална подкрепа за хората, живеещи с ХИВ/СПИН, техните близки и партньори – два центъра в София и един - във Варна.

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

В изпълнение на Националната програма са постигнати следните основни резултати:

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

### Програми за профилактика и надзор на инфекциозните болести

Данните за националния имунизационен обхват с включените в Имунизационния календар ваксини сочат много добро изпълнение на имунизационната програма през 2010 г. (Таблица 5).

**Табл. 5. Изпълнение на имунизационната програма на Р БЪЛГАРИЯ през 2010 г. (брой и % на децата със завършена първична имунизация)**

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

|                |  |  |  |
|----------------|--|--|--|
| (на 13 месеца) |  |  |  |
|----------------|--|--|--|

Източник: *НЦЗПБ*

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

## **2. ИНДИВИДУАЛНИ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ**

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

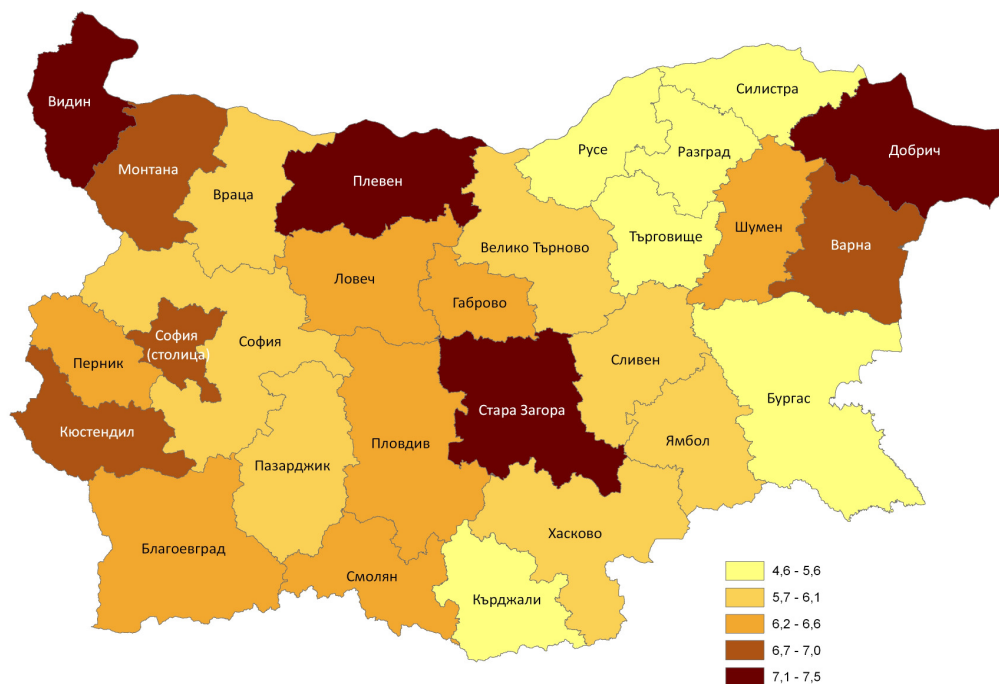
### **2.1. Извънболнична медицинска и дентална помощ (първична и специализирана)**

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

#### **2.1.1. Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)**

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

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



Източник: НСИ

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

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

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

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

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

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

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

Източник: НЗОК

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

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

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

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

### **2.1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)**

През 2010 г. средният брой на лечебните заведения за СИМП е 2 922 със средно по 2.9 лекари специалисти (през 2009 г. е 2 971 със средно по 2.8 лекари специалисти в едно лечебно заведение). През 2009 г. средномесечно по договор с НЗОК са работили 8340 специалисти, а през 2010 г. – 8325 специалисти. На 10 000 ЗЗОЛ се падат по 12.6 специалисти за 2010 г.при 12.5 за 2010 г. Най-голям брой специалисти на лечебно

заведение през 2010 г. има в РЗОК Пазарджик (6.3) и РЗОК София град (4.8), най-малък е в РЗОК Благоевград (1.4) и РЗОК Ловеч (1.5 специалисти).

За 2010 г. , според НСИ<sup>33</sup>, общият брой на ЛЗ за специализирана извънболнична помощ (ДКЦ, МЦ, ДЦ, МДЦ, МДЛ и МТЛ) е 1613, което е със 102 по-малко от предходната година (1 715). Най-многобройни са самостоятелните МДЛ и МТЛ (902), МЦ (520) и ДКЦ (113), като съществено намаление бележат самостоятелните МДЛ и МТЛ и МЦ.

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

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

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

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

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

С въвеждането през 2007 г. от НЗОК на по-строг контрол върху отчитането на *диспансерната дейност* се регистрира спад в средномесечния брой на тези прегледи. За 2007, 2008 и 2009 г. данните са, както следва: 106 674, 105 103 и 88 600 брой диспансерни прегледи. Средномесечният брой прегледи на диспансеризирани лица през 2010 г. е 83.3 хил. Средномесечният им брой на 1 000 ЗЗОЛ е 13 прегледа. Този показател е най-висок в РЗОК Ловеч (28), а най-нисък в РЗОК Бургас (6).

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

<sup>33</sup> По данни на НСИ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22>

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

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

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

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

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

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

### **2.1.3. Извънболнична помощ по дентална медицина (ИПДМ)**

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

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

*Дентална помощ на лица от 2 до 18 г.* Традиционно тревожни са данните за профилактичната дейност на ЗЗОЛ в детска възраст. За 2010 г. на 100 подлежащи на профилактика ЗЗОЛ само 29.8% са използвали правото си на преглед. Този показател е най-висок в РЗОК Смолян (44.7%) и най-нисък - в РЗОК Сливен (22.5%).

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

<sup>34</sup> Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2009 г.  
[http://pris.government.bg/prin/document\\_view.aspx?DocumentID=HP0sj/Yh2n5Zjf4zUcEzqw==](http://pris.government.bg/prin/document_view.aspx?DocumentID=HP0sj/Yh2n5Zjf4zUcEzqw==)

#### **2.1.4. Медико-диагностични, специализирани и високоспециализирани дейности**

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

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

#### **ИЗВОДИ:**

И през 2010 остават редица нерешени проблеми в извънболничната помощ:

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

#### **2.2. Болнична медицинска помощ**

През 2010 г. броят на лечебните заведения за болнична помощ е 312 (306 през 2009 г.), като болниците с частна форма на собственост са 88 при 93 за 2009 г. . По данни на НЦОЗА<sup>35</sup> през 2000 г. болниците са били 299 (в т. ч. центрове и лечебни заведения към други ведомства), а през 2010 г. достигат 346 с общо 48934 легла (50041 за 2009) в т.ч с частна форма на собственост с 5420 легла (5291 за 2009 г.) (Таблица ... в Приложението). От 2000 г. до 2006 г се наблюдава намаляване на болничния леглови фонд, като от 60 552 през 2000 г. леглата са редуцирани до 47 719 през 2006 г., след което отново започва да нараства. През 2009 г. на 100 хил. души има разкрити 661.6 легла, през 2010 г. показателят е 652.0.

Макар и все още слаба, наблюдава се тенденцията за увеличаване на легловия фонд за краткосрочно лечение и наблюдение в извънболничната помощ - за 2010 г. са 938, при 856 за предходната година<sup>1</sup>, което показва увеличение с 82 легла.

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

През последните четири години броят на *диспансерите с легла*, общо и по видове, както и броят легла, се променят незначително. През 2009 г. в страната има: диспансери за пневмо-фтизиатрични заболявания - 12 с 762 легла, за кожно-венерически заболявания - 10 с 218 легла, за онкологични заболявания - 12 с 1625 и за психични заболявания - 12 с 1530 легла. През 2010 г., в съответствие с измененията в ЗЛЗ (ДВ, бр.59 от 31.07.2010 г.), диспансерите в страната са преобразувани в центрове или

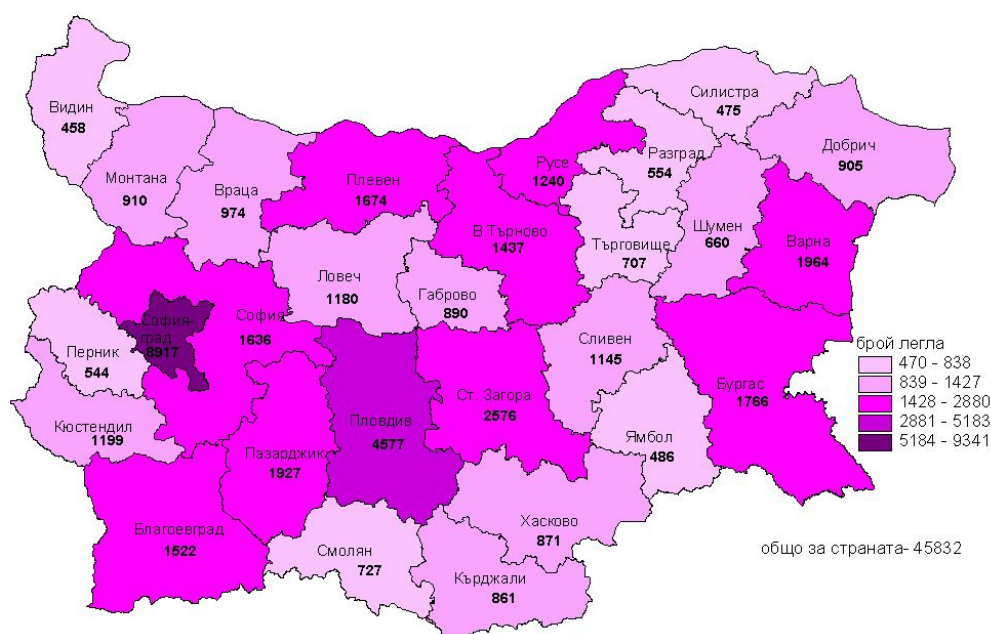
<sup>35</sup> Леглови фонд и дейност на стационарните на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите, НЦОЗА, София, 2010 г.

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

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

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

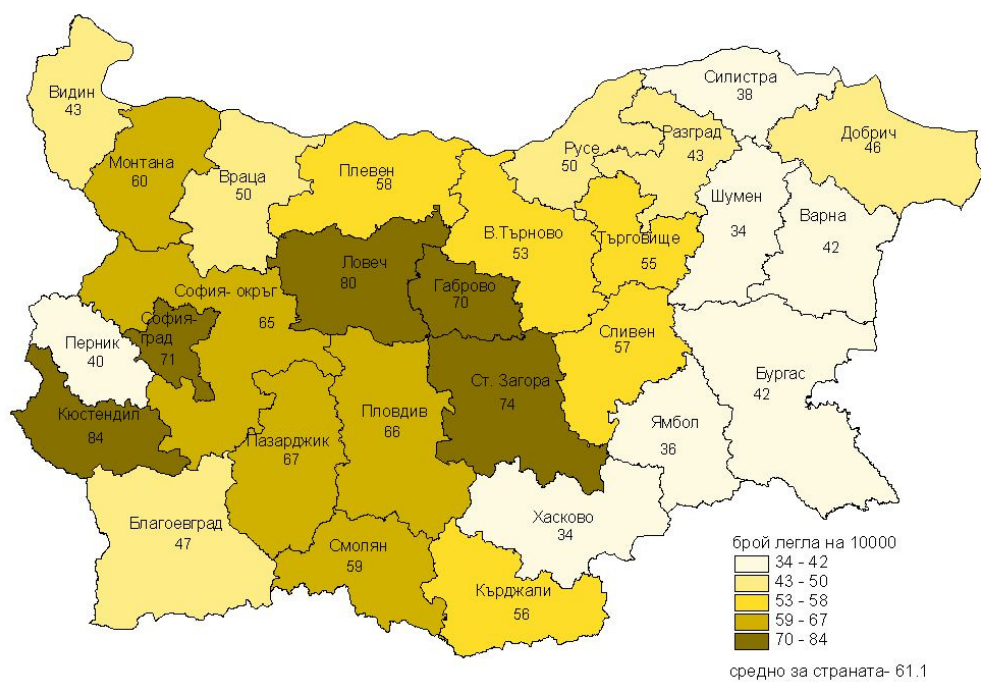
**Фиг. .... Легла в лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите към 31.12.2010 г. по области.**



Източник: НЦОЗА

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

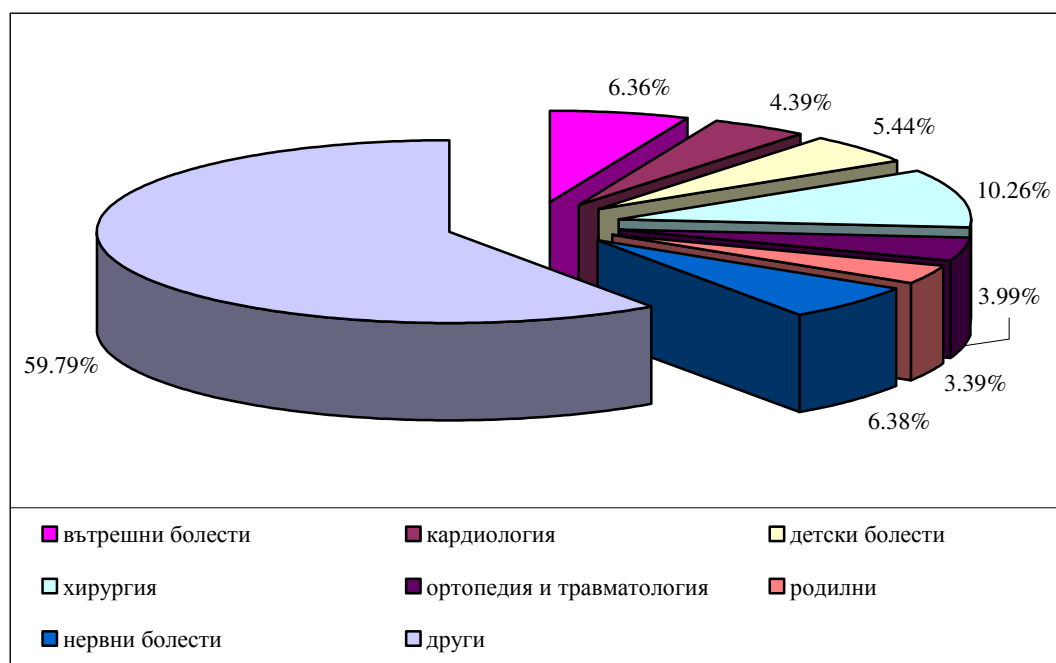




Източник: НЦОЗА

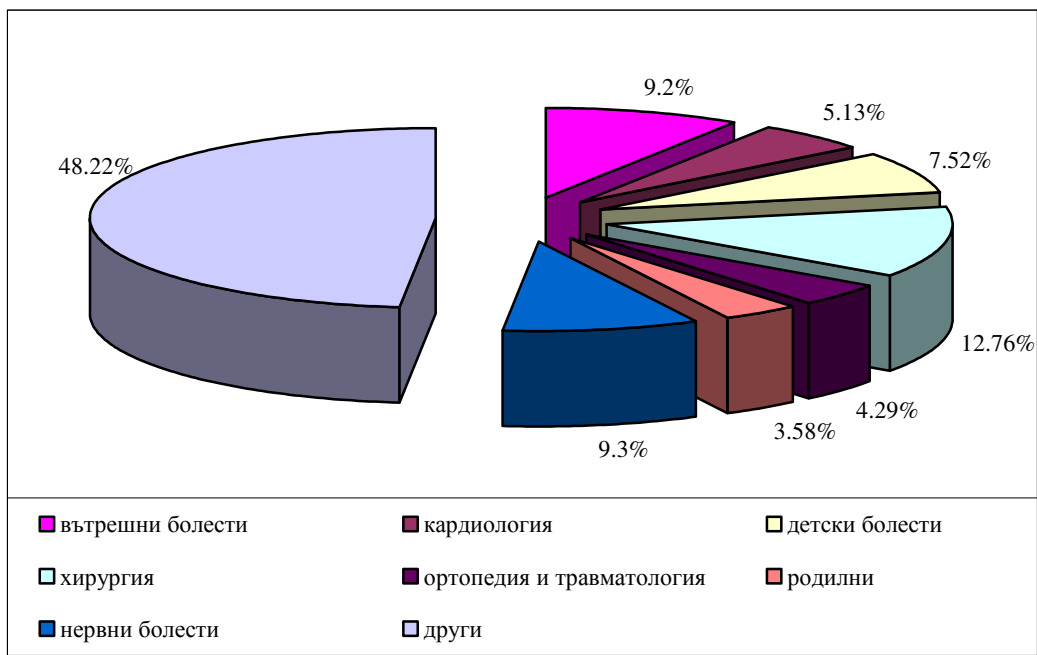
Структурата на леглата по вид в лечебните заведения за болнична помощ и в МБАЛ е представена на Фиг ... и Фиг. ....

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



Източник: НЦОЗА

**Фиг. 8** Относителен дял на леглата по вид в МБАЛ през 2010г.

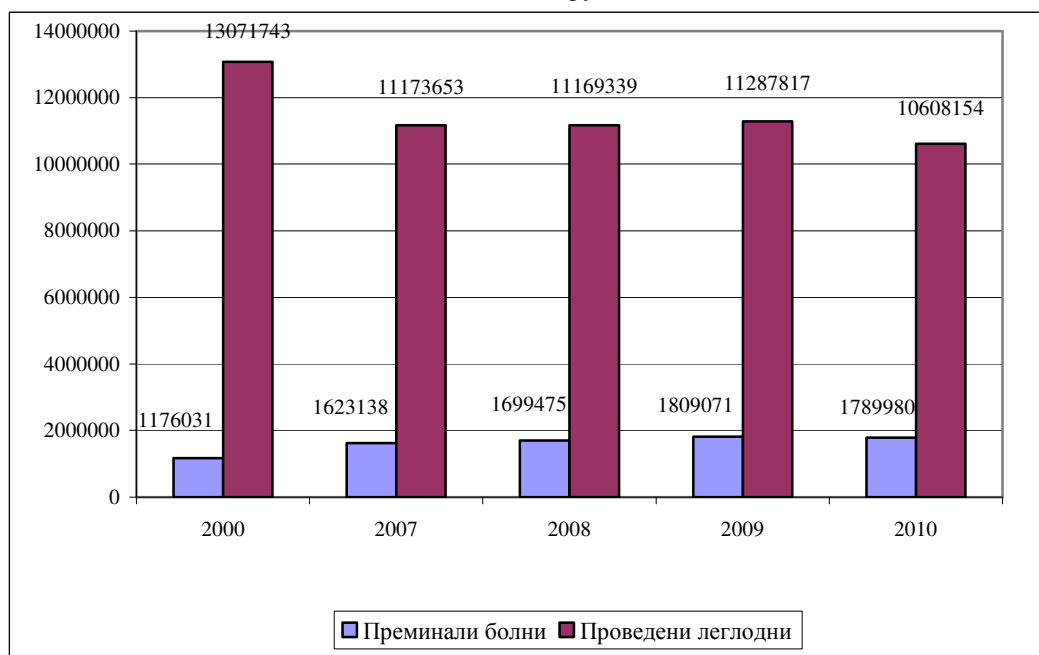


Източник: НЦОЗА

За периода 2000–2009 г., броят на **преминалите болни** през лечебните заведения за болнична помощ като цяло непрекъснато се увеличава, но през 2010 има спад и са 1 789 980 (Фиг. ...), броят на **проведените леглодни** бележи спад до 2008 г., след което през 2009 г. има увеличение на показателя със 118 478 дни и достига 11 287 817, а през 2010 г. отново намаляват и достигат 10 608 154.

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

(без лечебните заведения към други ведомства)

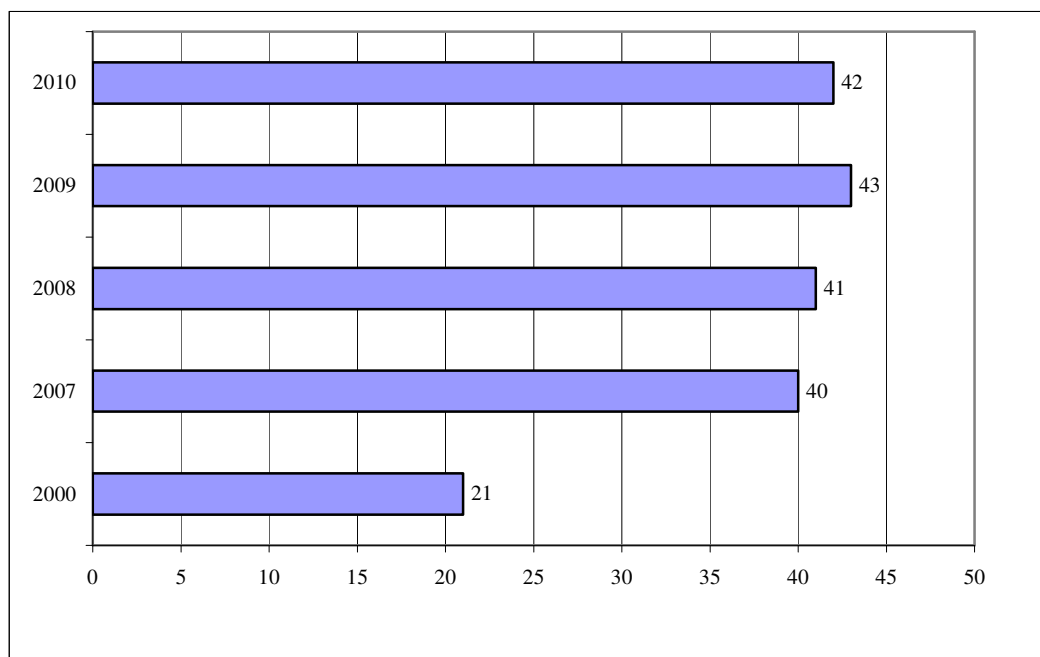


Източник: НЦОЗА

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

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

**Фиг. 9. Оборот на болничните легла, без тези към други ведомства**



Източник: НЦОЗА

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

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

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

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

За дейности в болничната помощ НЗОК е изплатила общо 1 135 652 лв., с 16.2% повече от 2009 г., в т.ч.: за разход по клинични пътеки (КП) - 1 074 944 хил. лв., за високоспециализирана дейност (ВСД) – 792 хил. лв., за имплантанти – 57 101 хил. лв. и за акушерска помощ за здравнонеосигурени родилки – 2 890 хил. лв. Средномесечният

разход за болнична медицинска помощ за всички здравноосигурени лица през 2010 г. е 94 397 хил. лв. и е увеличен спрямо 2009 г. с 13 069 хил. лв. (16.1%).

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

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

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

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

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

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

Поради свободния достъп на ЗЗОЛ до изпълнителите на болнична медицинска помощ, през 2010 г. са регистрирани 329 501 случая на пренасочени ЗЗОЛ към други РЗОК - основно към София град, Пловдив, Варна, Плевен, Стара Загора и Бургас.

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

## ИЗВОДИ

- И през 2010г. остават нерешени следните **проблеми** на болничната помощ:
- ограничени са финансовите средства за поддържане на дълготрайните активи;
  - остава подходът на финансиране по клинични пътеки;
  - продължава съществуването на нерационална структура на болничния леглови фонд по области и специалности;
  - недостатъчен е броят на профилираните лечебни заведения за долекуване и рехабилитация;

#### **Насоки за развитие на болничната помощ:**

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

### **2.3. Спешна медицинска помощ**

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

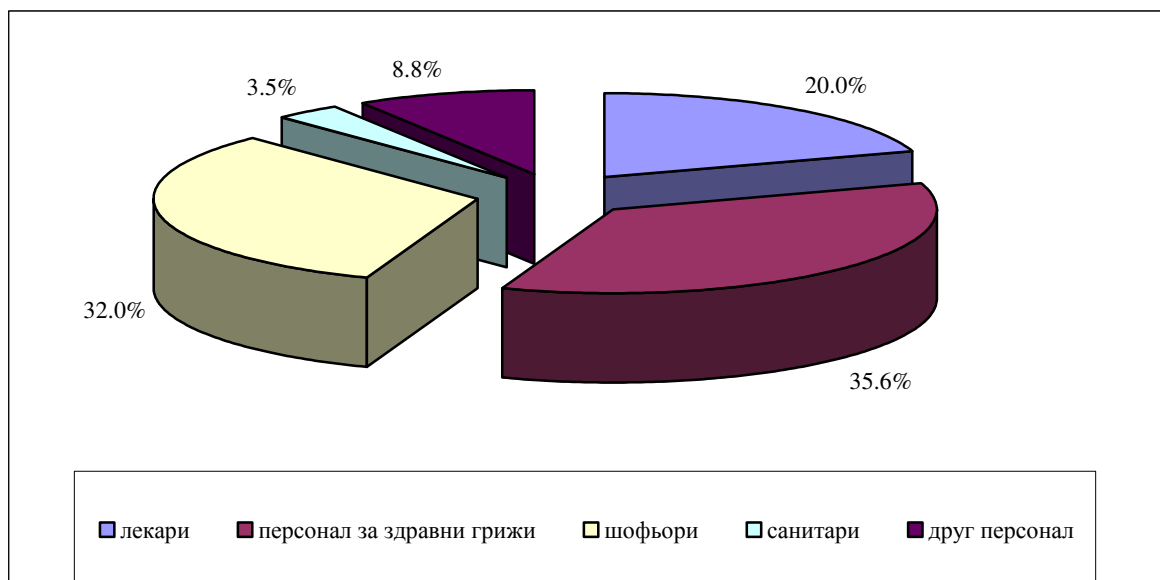
Въпреки относително равномерното разпределение на структурите, анализът на данните показва неравнопоставеност на населението по отношение на времето за достъп до спешна медицинска помощ, което съгласно експертните мнения е най-ефективна в рамките до 15-20 минути. По данни на МЗ са налице съществени различия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

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

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

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

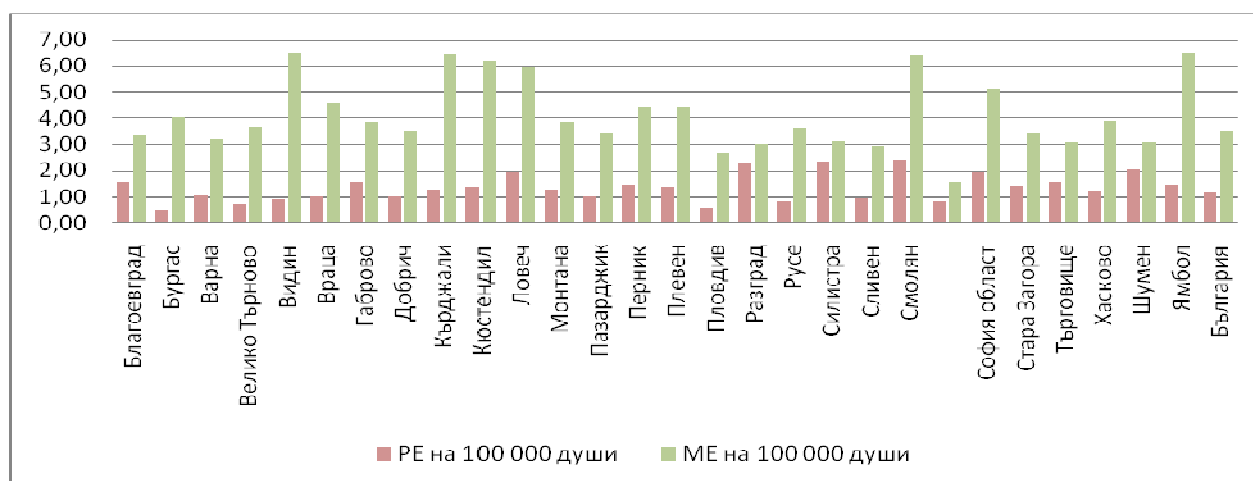
Фиг..... Структура на медицинския персонал в ЦСМП по видове през 2010 г.



Източник: НЦОЗА

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

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



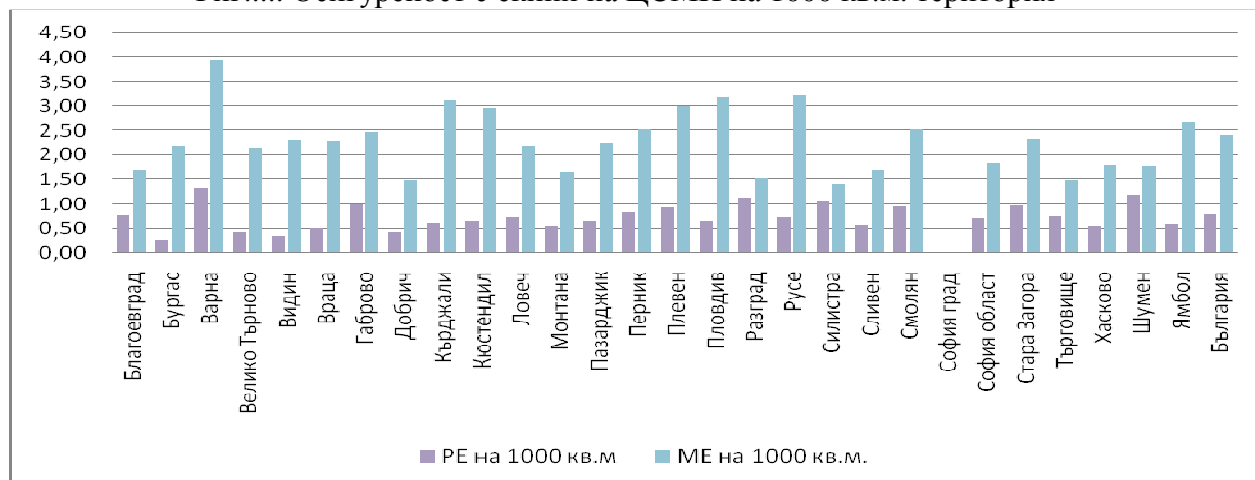
Източник: МЗ

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

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

Добрич 1 екип обслужва 525 кв.км, ЦСМП-Монтана – 453 кв.км, Търговище – 443 кв.км.- Фиг....

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



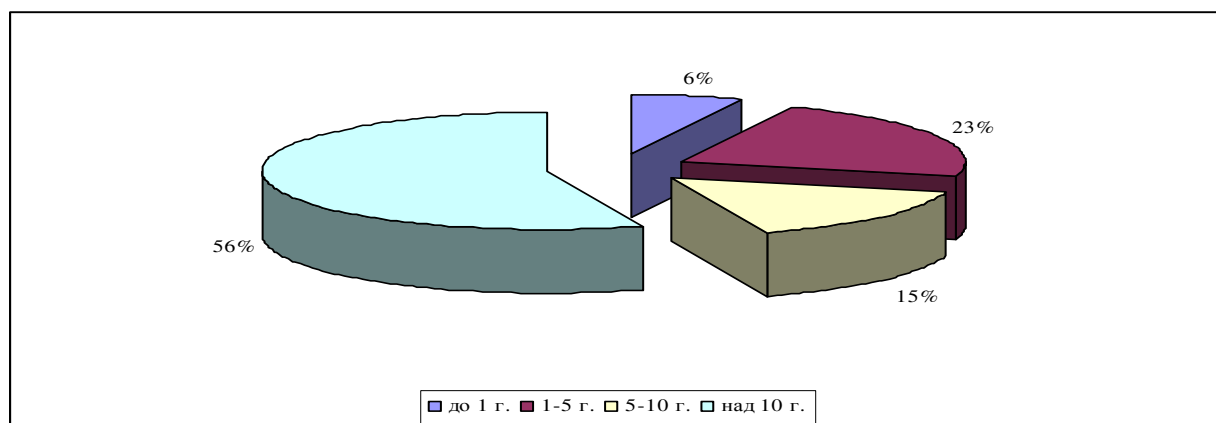
Източник: МЗ

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

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

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

Фиг..... Структура на медицинския персонал в ЦСМП по стаж през 2010 г. (по данни на МЗ)



Източник: МЗ

Сериозен проблем се явява квалификацията на персонала. Лекарите с придобита специалност са 568, което представлява 49,6% от всички работещи лекари, като от тях специалност „Спешна медицина” притежават 69 лекари. Без придобита специалност са 578 лекари (50,4%).

В периода 1999 г.- 2001 г. е проведено единственото систематизирано обучение на висшия и среден медицински персонал от ЦСМП, като финансирането е осигурено по

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

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

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

ЦСМП осигурява и транспорт на пациенти на хронично диализно лечение, транспорт на кръвни проби за алкохол и упойващи вещества, транспорт на починали за съдебномедицинска експертиза и др. Делът на повикванията за транспорт остава голям и през 2010 г. – 14.8% (13.4% за 2009 г.).

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

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

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

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

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

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

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

- нарастващи диспропорции и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа;



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

### НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ

- Разработване на цялостна концепция за развитието на системата за спешна помощ, основаваща се на добрите европейски практики и съобразена със специфичните за страната култура, традиции, ценности, реалности и цели и включваща:
  - оптимизиране на нормативната база;
  - подобряване на структурата на системата за спешна медицинска помощ;
  - утвърждаване на стандарти за териториално разпределение (карта) на структурите за спешна медицинска помощ и време за достъп при спешни повиквания;
  - устойчиво развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ;
  - подобряване на организацията при предоставяне на спешната медицинска помощ;
  - интегриране на системата за спешна помощ в Националната система за спешни повиквания;
  - подобряване на координацията и взаимодействието между системата за спешна медицинска помощ, извънболничната и болничната медицинска помощ;

#### 2.4. Контролна дейност

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

През 2010 г. са извършени общо 539 проверки.

Най-честите констатирани нарушения, относно *съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в лечебните заведения с изискванията на ЗЗ, ЗЛЗ и нормативните актове по прилагането им*, се отнасят до: липса или наличие на няколко Правилници за устройството, дейността и вътрешния ред; липса на регистрация в РЦЗ; извършване на неразрешени дейности; липса на ценоразписи и др.

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

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

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

Проверените звена за *инвазивна кардиология* отговарят на изискванията на стандарта. Установени са, обаче, немотивирани индикации за хоспитализация; висок процент на ангиографии без значими стенози; среднодневна свръхнатовареност на някои

катетеризационни лаборатории; нисък дял на интервенционалните спрямо диагностичните процедури; липса на регистър за броя и вида на интервенциите, за резултатите, за броя на усложненията и вътреболничната смъртност като част от системата за контрол на качеството и др.

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

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

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

## 2.5. Финансиране на здравната система

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

(млн. лв.)

| ОТЧЕТ 2010 г.             | КФП            | РБ           | НЗОК           | Общини       | ИБСФ       | Предприс. п-ми | Европ. ср-ва |
|---------------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|------------|----------------|--------------|
| <b>IV. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ</b> | <b>3 000,8</b> | <b>795,5</b> | <b>1 979,3</b> | <b>219,6</b> | <b>3,3</b> | <b>0,5</b>     | <b>2,6</b>   |
| Текущи нелихвени разходи  | 2 960,9        | 772,1        | 1 977,4        | 210,1        | 0,0        | 0,5            | 0,7          |
| Капиталови разходи        | 40,0           | 23,3         | 1,9            | 9,5          | 3,3        | 0,0            | 1,9          |

Източник: МФ

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

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

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

Източник: МФ

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

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

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

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

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

Съществен дял от разходите за здравеопазване по бюджета на министерството, заемат разходите за централизираните доставки на лекарствени продукти, биопродукти (ваксини и специфични серуми), радиоактивни лекарствени продукти, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори, медицински изделия за вземане, диагностициране, преработване и съхраняване на кръв и кръвни съставки, медицински изделия за лечение на болни с бъбречна недостатъчност на диализно лечение, китове, реактиви и консумативи за изследване на бременни жени и деца и др. Финансират се и централизираните доставки и дейности в изпълнение на 15 национални програми, вкл. доставки на тестове за СПИН, хепатит и др. По отчет тези разходи възлизат на 203.5 млн. лв., от които 137.0 млн. лв. са за скъпоструващи лекарства по Наредба №34/2005 г. за реда за заплащане от РБ на лечението на българските граждани за заболявания извън обхвата на ЗЗО<sup>37</sup>. С осигурените средства се гарантира ангажимента на държавата по отношение на лечението на онкоболни и други, страдащи от тежки хронични и социално значими заболявания, както и провеждането на профилактични дейности в изпълнение на приетите национални програми.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Табл....Справка за извършените плащания за текущи разходи по национални програми за 2010 г. (по данни на МЗ)**

| № | Видове национални програми                              | Изплатени суми към 31.12.2010 г. |
|---|---|----------------------------------|
|   | <b>НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМИ</b>                              | <b>24 191 476</b>                |
| 1 | НП за превенция и контрол на туберкулозата в Р България | 144 971                          |

|    |  |            |
|----|--|------------|
|    | за периода 2007-2011 г.  |            |
| 2  | НП за <b>редки болести</b> 2009-2013 г.  | 1 281 119  |
| 3  | НП за превенция и контрол на <b>ХИВ и сексуално предавани инфекции</b> в Р. България 2008-2015 г.                                  | 3 244 109  |
| 4  | НП " <b>Медицински стандарти в Р България</b> " 2008-2010 г.   | 44 646     |
| 5  | НП за ограничаване на <b>тютюнопушенето</b> в РБългария 2007-2010 г.   | 36 411     |
| 6  | НП за действие по <b>околна среда и здраве</b> 2008-2013 г.  | 7 168      |
| 7  | НС по <b>безопасност на храните</b> - безсрочна  | 152 059    |
| 8  | НП за елиминация на <b>морбили и вродена рубеола</b> 2005-2010 г.  | 3 726 853  |
| 9  | НП за действие " <b>Храни и хранене</b> " 2005-2010 г.   | 10 000     |
| 10 | Национална програма за изпълнение на Плана за действие на <b>Националната стратегия за борба срещу наркотиците</b> /2009-2013г./   | 9 533      |
| 11 | НП на РБългария за готовност за <b>грипна пандемия</b>   | 13 635 700 |
| 12 | Здравна стратегия за <b>лица в неравностойно положение</b> принадлежащи към етническите малцинства                                 | 394 838    |
| 13 | НП за <b>ограничаване на остеопорозата</b> в РБългария 2006-2010 г.  | 36 000     |
| 14 | НП за развитие на <b>трансплантацията на стволови клетки</b> 2007 - 2014г.   | 682 813    |
| 15 | Национална програма за <b>профилактика на оралните заболявания при деца</b> 0-18 г. в Република България за периода 2009 - 2014 г. | 785 256    |

### ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

Участието на МЗ във финансирането на здравната система следва изпълнението на стратегическите цели в рамките на следните основни политики:

1. Политика в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве /осъществяване на ефективен здравен контрол и ограничаване на заболяемостта/.
2. Политика в областта на диагностиката и лечението /осигуряване на достъпни и качествени медицинска помощ и услуги/.
3. Политика в областта на лекарствата и медицинските изделия /осигуряване на навременен достъп до лекарства и медицински изделия, които отговарят на стандартите за качества, безопасност и ефективност/.

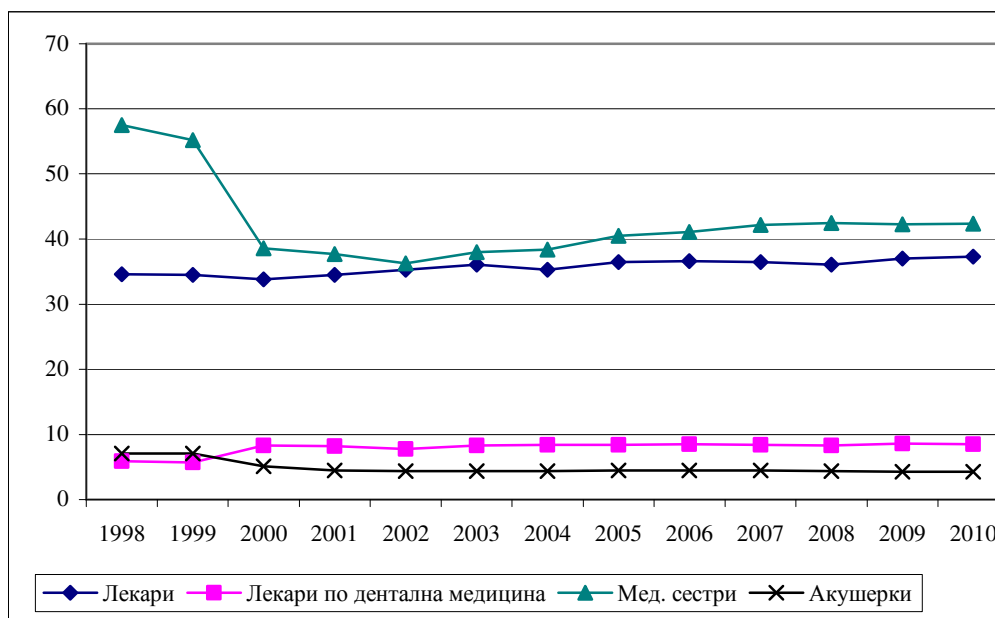
В системата на финансиране на здравеопазването съществуват проблеми по характерни от които са:

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

## 2.6. Човешки ресурси, медицинско образование

През 2010 г. броят на лекарите<sup>38</sup> е 27997. Осигуреността на населението с лекари е 373‰ (Фиг. 53), като остава по-висока от тази за ЕС – (330.46‰<sup>39</sup> за 2009 г.)

**Фиг. .. Осигуреност с лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и акушерки на 100 000 души население за периода 1998-2009 г. (таблица 22, приложение)**



Източник: НСИ, НЦОЗА

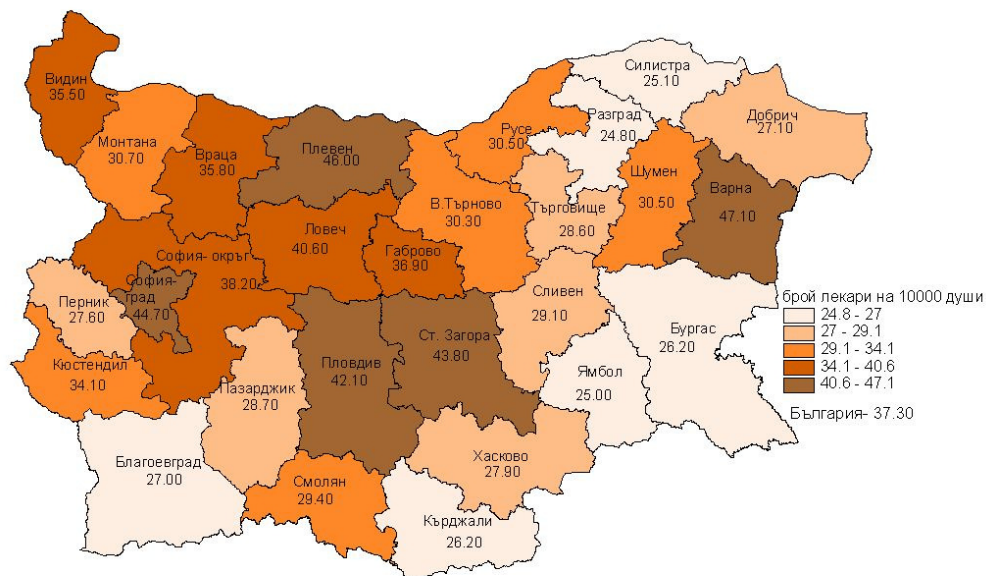
Броят на лекарите по дентална медицина през 2010 г. е 6355 и е намален спрямо предходната година с 238 лекари, като осигуреността през 2010 г. е 85‰ и е по-висока от тази за ЕС ( 66.19‰ за 2009г.)

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

**Фиг. 10. Осигуреност с лекари на 10000 души население за 2010 г. по области(таблица 21, приложение)**

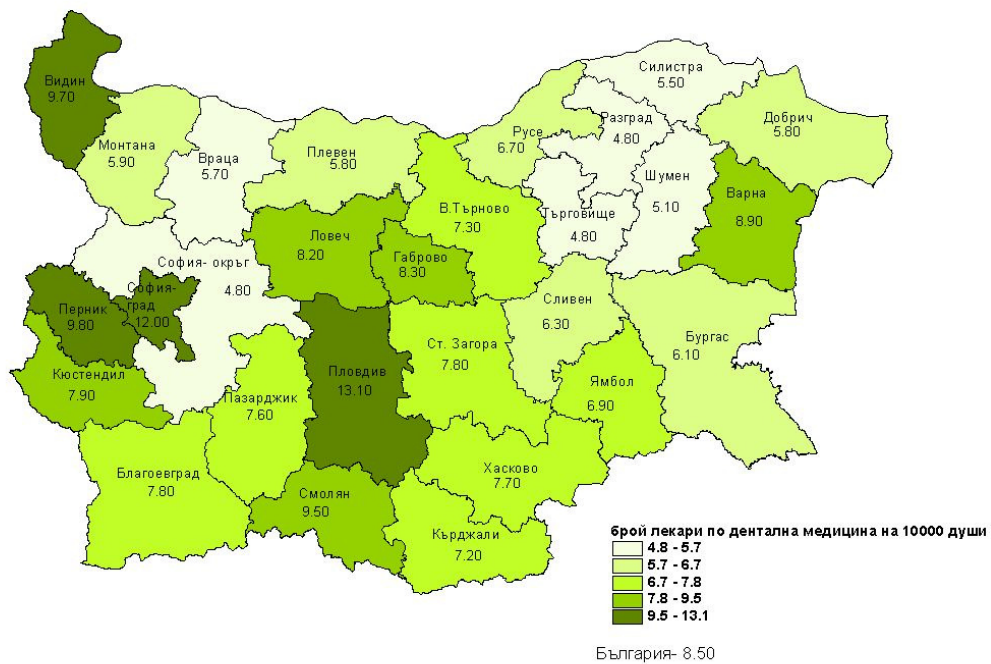
<sup>38</sup> НСИ: В броя на медицинския персонал (физически лица) се включват практикуващите в лечебните и здравни заведения, независимо от ведомствената подчиненост на заведенията. **Практикуващите лекари** извършват услуги директно на пациенти. Задълженията на практикуващите лекари включват: извършване на медицински преглед и поставяне на диагноза, предписване на лекарства и определяне на лечение за диагностицирани заболявания, разстройства или наранявания, осигуряване на специализирано медицинско или хирургично лечение за определени типове заболявания, разстройства или наранявания, предоставяне на съвет за и прилагане на превантивни медицински методи или лечение. Включват се: лица, които са завършили медицински университет (получили са съответната диплома) и са лицензирани (имат право да практикуват); стажанти и лекари живеещи в болници (със съответната диплома, които осигуряват обслужване под ръководството на други лекари по време на следдипломно стажуване в здравно заведение); наети или самостоятелно заети лекари, осигуряващи услуги независимо от мястото, където се предлага услугата; чуждестранни лекари, които имат право (са лицензирани) да практикуват и практикуват активно в страната.

<sup>39</sup> www.euro.who.int



Източник: НСИ, НЦОЗА

Фиг. .... Осигуреност с лекари по дентална медицина на 10000 души население за 2010 г. по области (таблица 21, приложение)



Източник: НСИ, НЦОЗА

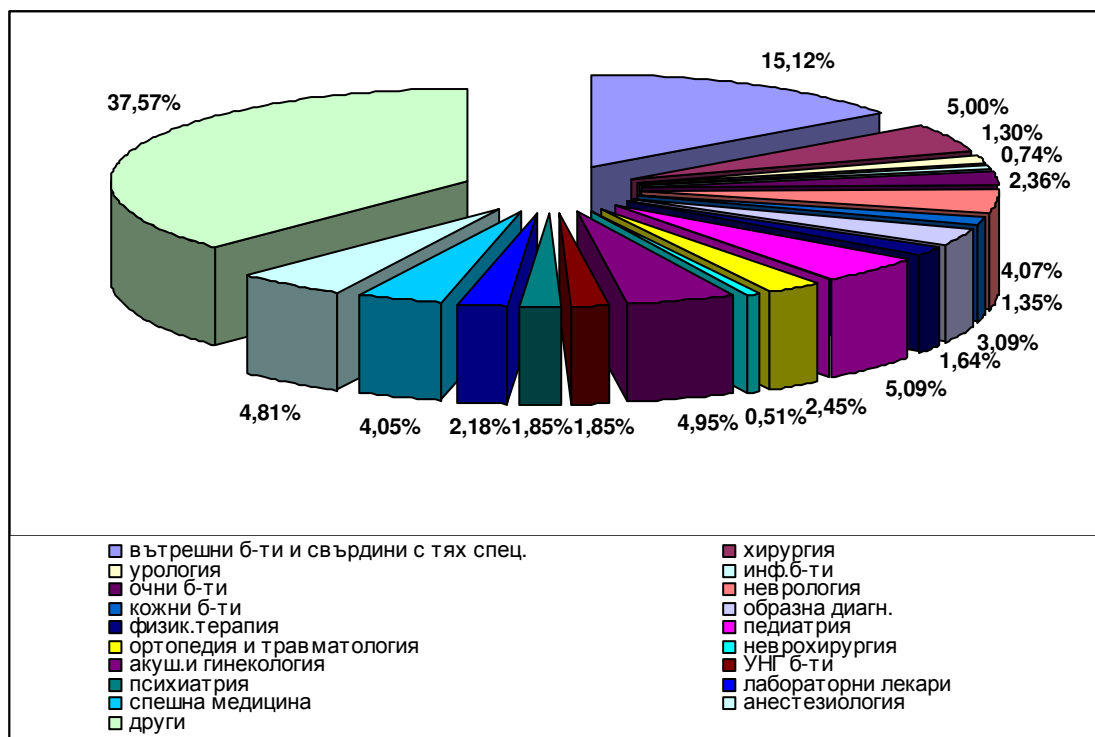
Следва да се отбележи, че има лекари, които работят едновременно в лечебни заведения за болнична и за извънболнична помощ, без да има официални статистически данни за техния брой ( Таблица ... в Приложението).

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

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

**Долната фигура да се представи в табличен вид от Краткия справочник 2011**

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



Източник: НСИ, НЦОЗА

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

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

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

В лечебни заведения за болнична помощ през 2010 г. работят 65.78% (64.99% за 2009 г.) от медицинските сестри, 81.49% (81.97% за 2009 г.) от акушерките, 60.11%



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

Развитието на човешките ресурси в здравеопазването е свързано с адекватно планиране, качествено студентско и следдипломно обучение. При новите условия - членството ни в ЕС, свързано със свободно движение на професионалисти, съществува реална опасност от намаляване на техния брой (лекари, медицински сестри и др.) поради миграция, феномен, който все по-често се наблюдава в нашата страна.

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

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

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

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

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

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

С цел защита интересите на специализантите и оптимизиране на процеса на обучение са извършени следните нормативни промени, с които се регламентира: зачитането на времето за обучение за придобиване на специалност за трудов стаж (чл. 180, ал. 4 от Закона за здравето); възможността за осигуряване за всички осигурени социални рискове (чл. 4, ал. 1, т. 9 от Кодекса за социално осигуряване); минималното възнаграждение, което следва да получават специализантите, приети на места срещу заплащане за извършена лечебно-диагностична дейност или медицински и здравни

<sup>40</sup> НЦОЗА, 2010

грижи в размер, равен на този за специализантите, приети на места, финансирани от държавата; недопускането на двойно заплащане за извършена от специализантите дейност през едно и също време, когато те работят на трудов договор в базата за практическо обучение по същата специалност, по която се обучават; контролни функции на министъра на здравеопазването на дейностите по провеждане на обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването върху висшите училища, лечебните и здравните заведения; обявяване от висшите училища на конкурси за местата за специализанти в тримесечен срок от утвърждаването им. В 6-месечен срок висшите училища ще обявяват втори конкурс за останалите незаети места за специализанти.

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

### **ОСНОВНИ ИЗВОДИ:**

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

- регионални диспропорции, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ;
- ниска осигуреност с медицински сестри и неблагоприятно съотношение между медицински сестри и лекари;
- тенденция за намаляване на специалистите по някои специалности;
- незаети лекарски практики, особено в отдалечените райони на страната;
- съществуващи финансови и организационни трудности при придобиване на специалност и продължаващо обучение;
- висок относителен дял на незаетите места от отпуснатите за специализация;
- емиграцията на медицински персонал
- липса на официален регистър на категориите медицински персонал
- липса на стратегия за развитие на човешките ресурси в системата.

### **НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ**

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

Докладът е съставен с любезното съдействие и предоставена информация по отделните раздели от сътрудници на НЦОЗА: доц. д-р Наташка Данова, дм; гл.ас. д-р Милка Ганова, дм; доц. д-р Пламен Димитров, дм; доц. д-р Галя Цолова, дм; доц. д-р Галина Гопина, дм; доц. д-р Веселка Дулева, дм; доц. д-р Коста Василев, дм; ..... доц.д-р Тери Врабчева, дм; доц. д-р Теменужка Антова, дм; проф. д-р Стоянка Узунова, Принос към доклада и неговото оформяне имат и гл.ас. Рени Петкова, главен експерт Боряна Мекушина, главен експерт Татяна Каранешева и други сътрудници на НЦООЗ.