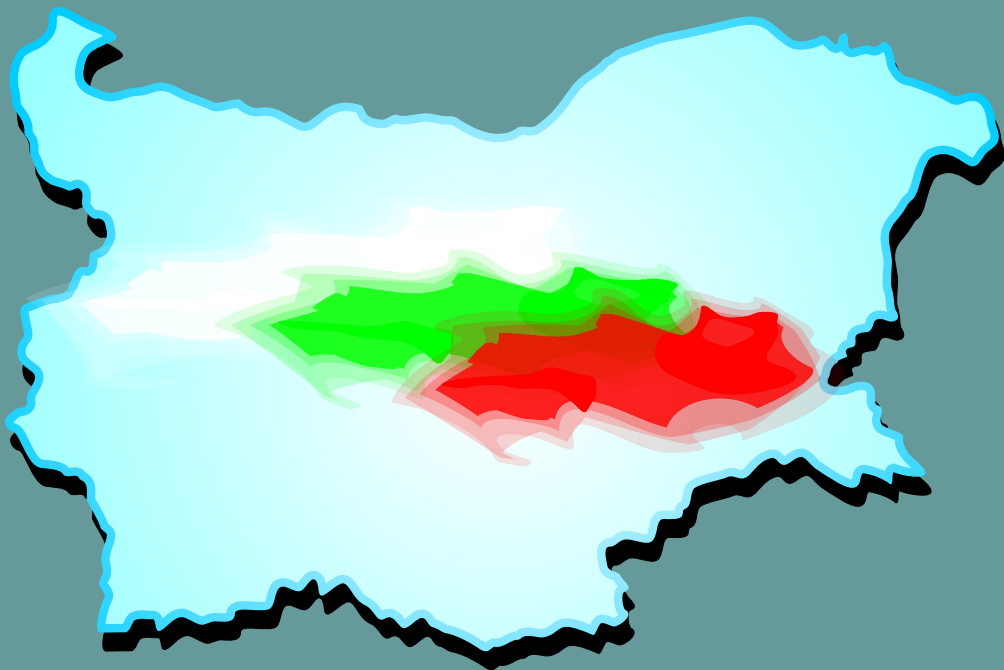




РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ГОДИШЕН ДОКЛАД



за състоянието на здравето на гражданите
и изпълнението на Националната
здравна стратегия
за 2013 година

София, 2014

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	2
1. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ.....	4
1.1. Демографско състояние и влиянието му върху здравето на нацията.....	4
1.1.1. Брой и структура на населението.....	5
1.1.2. Естествен и механичен прираст на населението	6
1.1.3. Вътрешна и външна миграция.....	6
1.1.4. Бракове.....	7
1.1.6. Смъртност.....	8
1.1.7. Детска смъртност.....	10
1.1.8. Естествен прираст	11
1.1.9. Средна продължителност на живота	12
1.1.10. Заболяемост и болестност	13
1.1.11. Трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане	25
1.1.12. Оценка на здравето състояние на децата и учениците	26
1.1.13. Психично здраве	31
1.2. Рискови фактори	32
1.2.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда	32
1.2.2. Рискови фактори, свързани с околната среда	39
1.2.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот	63
2. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	71
2.1. Структура и организация	71
2.2. Нормативна база	73
2.3. Финансиране.....	74
2.3.1. Финансиране на здравни дейности от държавния бюджет	74
2.3.2. Финансиране на здравни дейности от НЗОК.....	79
2.3.3. Финансиране на първичната извънболнична медицинска помощ.....	80
2.3.4. Финансиране на специализираната извънболнична медицинска помощ.....	81
2.3.5. Финансиране на денталната медицинска помощ	82
2.3.6. Финансиране на Медико-диагностична дейност	82
2.3.7. Финансиране за лекарствени продукти	82
2.3.8. Заплащане на медицински изделия	83
2.3.9. Финансиране на болничната помощ.....	84
2.4. Човешки ресурси.....	86
2.5. Лечебни заведения	88
2.5.1. Първична извънболнична медицинска помощ	88
2.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ	90
2.5.3. Извънболнична дентална помощ.....	95
2.5.4. Болнична медицинска помощ	97
2.5.5. Спешна медицинска помощ.....	113
2.6. Специализирани програми.....	119
2.7. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика.....	129
3. ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО	131
4. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ ЗА 2013 Г.	142
5. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ	147
6. ПРИЛОЖЕНИЕ.....	156

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето е основно човешко право, основен фактор за справедливо икономическо и социално развитие, ценност, която трябва да бъде съхранена и усъвършенствана. Като се имат предвид научните постижения и технологиите, с които разполагат съвременните общества, можем и трябва да се стремим към постигане на по-добро здраве. Здравеопазването само по себе си е основен икономически сектор, много голям работодател и движеща сила за развитие на научните изследвания и технологиите. Връзката между здраве и човешки права е съвсем пряка, но често остава на заден план. Социалната значимост на заболяванията в днешно време е функция на сложни и взаимосвързани процеси, като застаряване на населението, миграция, широко разпространение на незаразните болести, на психичните разстройства, нерешени проблеми на заразните болести, финансови трудности, които се отразяват на здравните системи, слабо развитие на услугите, предоставяни от общественото здраве. Налице са доказателства, че могат да бъдат намерени икономически ефективни начини за осъществяване на политики поставящи здравето в центъра на обществените взаимоотношения, основани на равнопоставеност и устойчивост на предприеманите действия. Това управление в интерес на здравето трябва да постига глобалните цели и целите на обществото чрез нови взаимосвързани форми на официално и неформално управление, както и чрез нови стратегически взаимоотношения, като се вслушва в гласа на хората и насърчава тяхното включване. Това е едновременно нашето предизвикателство и нашето поле за развитие.

Политическата, социалната, икономическа и физическа среда могат да повлияят положително на здравето на населението и на факторите, които го определят. Голямото разнообразие на здравните детерминанти означава, че здравето не може да бъде отговорност единствено на сектор здравеопазване, макар че той и здравните системи играят много важна роля. Необходими са модели за работа, основани на сътрудничество и на споделени приоритети с други сектори. Действията относно детерминантите на здравето, които са резултат от дейността на други сектори, водят до по-широкообхватни ползи за обществото, включително икономически облаги.

В отговор на тези нови аргументи Стратегията „Здраве 2020“ на Европейския регионален комитет на СЗО се съсредоточава върху подобряване на здравето на всички и намаляване на неравнопоставеността чрез по-добро лидерство и управление в интерес на здравето. Стратегията акцентира върху насърчаване и инвестирането в здравето на хората през целия им живот и реализиране на основни демократични ценности – солидарност, устойчивост и равнопоставеност. Фокусът е поставен върху големите здравни проблеми на съвременното, като са набелязани две взаимосвързани задачи: подобряване на здравето на всички и намаляване на здравното неравенство; и усъвършенстване на лидерството и гражданското участие в управлението, насочено към здравето. Стратегията набелязва четири приоритетни области за действие по изпълнение на политиките: инвестиране в здравето чрез подход, обхващащ целия живот, и овластяване на хората; преодоляване на най-сериозните здравни проблеми в Европа, свързани с незаразните и заразните болести; укрепване на здравните системи, поставящи човека в центъра, на капацитета на общественото здраве, готовността, надзора и отговора при извънредни ситуации; изграждане на издръжливи общности и подкрепяща среда. В „Здраве 2020“ се изтъква нуждата от поставяне на пациента във фокуса на здравните системи и възможността за осигуряване на висококачествени грижи и по-добри крайни резултати от лечението. Здравеопазването трябва да бъде устойчиво и да има финансова стабилност. Това налага пренареждане на приоритетите, за да се акцентира върху профилактика, интегрирана помощ, затваряне на цикъла на лечение, постоянно подобряване на

качеството и насърчаване на грижата за собственото здраве и осигуряване на услуги, максимално близо до дома, когато е безопасно и оправдано икономически. Универсалният достъп остава като ангажимент, както на СЗО в глобален мащаб, така и на рамката за Региона на Европа „Здраве 2020“, наред с извеждането на първичната помощ на преден план. Това са двата стълба на здравните системи в 21 век. Всички тези развития в здравеопазването и в общественото здраве поставят изискване за по-гъвкава работна сила, притежаваща разнообразни умения и готовност за екипен подход.

На здравето е отредена важна роля и в Стратегията на ЕС „Европа 2020“ за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж. В документа се определят конкретни цели, които трябва да бъдат постигнати през следващото десетилетие, в области като заетостта, образованието, използването на енергия и иновациите, за да бъде преодоляна финансовата криза и да се помогне на Европа отново да поеме по пътя на икономическия растеж. Европейската Комисия подчертава, че „подкрепата за постигане на добро здраве представлява неразделна част от целите за интелигентен и приобщаващ растеж в стратегията „Европа 2020“. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълъг период има положителен ефект върху производителността и конкурентоспособността. Иновациите в здравеопазването спомагат за посрещане на предизвикателството, свързано с устойчивостта в сектора в контекста на демографските промени, като за постигането на „приобщаващ растеж“ е важно да се работи за намаляване на неравенството по отношение на здравето.

В предложената трета програма за действие на ЕС в областта на здравето (2014—2020 г.), озаглавена „Здраве за растеж“, в още по-голяма степен се подчертава връзката между икономическия растеж и доброто здравословно състояние на населението. В програмата се посочва, че здравето не е просто ценност сама за себе си — то е и фактор за растеж и само население в добро здраве може да използва напълно своя икономически потенциал.

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

България приема визията за здраве на европейските страни за значително подобряване здравето и благосъстоянието на популациите, намалявайки здравните неравенства и осигурявайки устойчива, ориентирана към хората здравна система. Приетия от Министерски съвет проект на Национална здравна стратегия 2014–2020 г. е съобразен с всички международни инициативи и документи, поставящи здравето като водеща ценност.

В Националната здравна стратегия (2014–2020) се приема цялостният интегративен принцип, заложен в стратегията на Европейския съюз, който е насочен към интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж. Тя е в съзвучие с „Националната програма за развитие: България 2020“ и е насочена към изграждане на действително ориентирана към пациентите, семейството и изпълнителите на здравна помощ, прозрачна и с ясни ангажименти за качество и резултати здравна система. Очаква се в резултат на нейното изпълнение да се постигне съществено подобряване на общественото здраве чрез превенция и ранна интервенция, осигуряване на интеграция на здравните и на социалните грижи за възрастните хора, провеждане на интегрирани програми за профилактика на хроничните незаразни болести, които са сред основните фактори за преждевременна смъртност в момента, и др.

Настоящият доклад за здравето е насочен и представя обективна оценка на здравното състояние на гражданите в Република България през 2013 година и някои

основни тенденции, които се развиват в него, както и основните здравни потребности на населението. Той описва функционирането на здравната система и нейните възможности за предоставянето на необходимите ресурси и осъществяването на дейностите по задоволяването на изявените здравни потребности и намаляване на неравенствата, свързани със здравето. В доклада е направен анализ на изпълнението на основните политики на Националната здравна стратегия 2008-2013 г. за 2013 г. В заключението са представени основните изводи и възможни подходи по решаването на някои от възникналите проблеми, отбелязани в анализа. Изнесените факти в доклада са подкрепени със статистически данни от НСИ, НЦЗИ, Евростат, Базата данни на СЗО, официални документи, данни от научни проучвания, резултати от социологически изследвания, публикувани отчети на отделни институции, предоставени данни от МЗ и отделни експерти.

Докладът третира различни аспекти на здравето на нацията, функционирането на здравната система и изпълнението на Националната здравна стратегия. В първата част, въз основа на съществуващата статистическа информация, се прави преглед на здравното състояние на гражданите, представени са тенденциите в основните демографски и здравни показатели, анализирани са рисковите фактори, свързани със социално-икономическата среда, с околната среда, с начина на живот. Втората част е посветена на анализа на функционирането на здравната система – финансиране, човешки ресурси, лечебни заведения, предоставяни обществени здравни и индивидуални медицински услуги, фармацевтичен сектор и лекарствената политика, изпълнение на специализираните програми на МЗ. Отделна част представя анализ на влиянието на европейските и международните политики върху здравето на населението. Четвъртата част е посветена на анализ на изпълнението на Националната здравна стратегия за 2013 г. Общите констатации са, че състоянието на общественото здраве не е на необходимото ниво, в сравнение с данните за другите страни, въпреки извършения голям обем дейности и постигнати положителни резултати. Следва да се има предвид, че много от въпросите, свързани със здравето, са извън възможностите на здравната система. Това налага очертаните проблеми да бъдат поставени за разглеждане на високо държавно ниво с участието на всички заинтересовани ведомства и институции, с цел предприемане на междусекторни действия, насочени към постигане на по-високо ниво на здраве на населението.

1. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ

Здравно-демографското състояние на населението не трябва да се разглежда като самоцел при оценката на здравето на нацията, защото то е от основно значение не само за благополучието на гражданите, но и важен фактор за икономически растеж.

1.1. Демографско състояние и влиянието му върху здравето на нацията

Настоящата демографска ситуация в България е резултат от продължително действие на множество фактори и влияния. Някои от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, а други – със специфичните особености на историческото, икономическото и културно развитие на страната¹.

Демографските процеси в България се характеризират с трайна тенденция за намаляване броя на населението и на неговото застаряване. Основни причини за това

¹ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г.)

са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора.

1.1.1. Брой и структура на населението

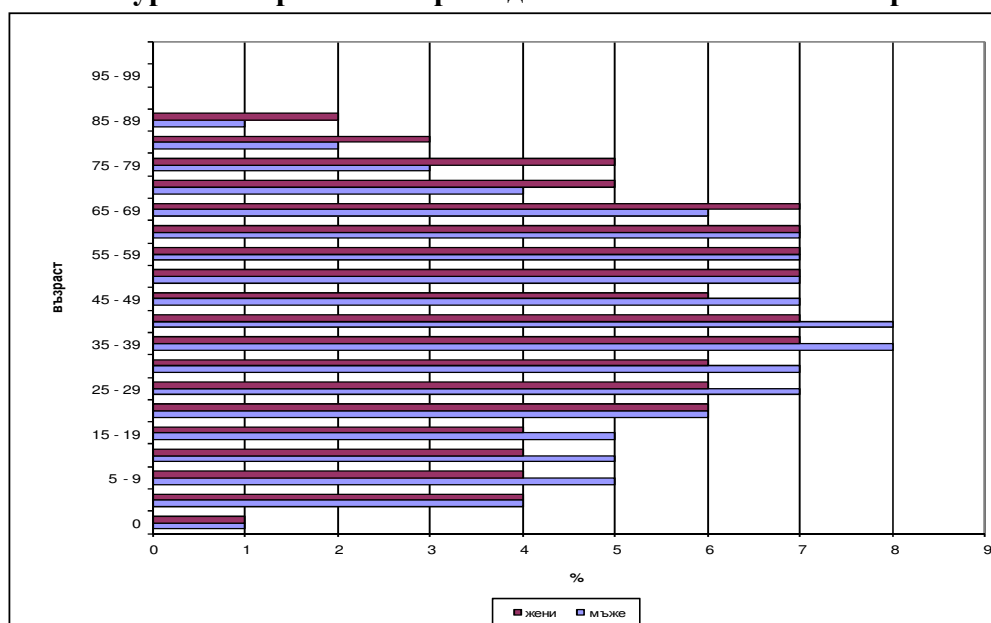
Населението в България към 31.12.2013 г. е 7 245 677 души, което представлява 1.5% от населението на Европейския съюз и нарежда страната ни на 17-то място по брой на населението. В сравнение с предходната година то е намаляло с 38 875 души (0.5%).

Броят на жените е 3 720 732, което представлява 51.4% от цялото население, а мъжете са 3 524 945 (48.6%). Делът на жените е еднакъв спрямо предходната година (51.3%), като остава незначително по-висок от този на мъжете (48.7%). Запазва се тенденцията за нарастване на съотношението жени/мъже след 53 годишна възраст. Въпреки общия превес на жените, в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението (фигура 1).

Запазва се тенденцията за увеличаване на относителния дял на градското население и намаляване на това в селата. В градовете живее близо 3/4 от населението на страната – 5 291 675 души (73.0%), а в селата – 1 954 002 (27.0%). Спрямо предходната година е увеличен делът на живеещите в градовете с 0.1%. Наблюдава се трайна тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата и то в пограничните райони (северозападна и югоизточна граница). Това представлява сериозен проблем за икономическото развитие, а в бъдеще и за държавното и регионално управление и е индикатор за задълбочаващите се различия между условията на работа и живот в градовете и селата¹.

През последното десетилетие настъпват съществени промени във възрастовата структура на населението, повлияни от промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота, миграцията, жизнения стандарт, политическите промени и др. Продължава процесът на демографско остаряване, характеризиращ се с намаляване на броя и дела на населението до 15-годишна възраст и увеличаване на дела на населението над 65 години – проблем, характерен и за другите страни-членки на ЕС.

Фигура 1. Възрастова пирамида на населението в България



Източник: НСИ

След 2000 г. се наблюдава тенденция за намаляване на дела на децата до 15-годишна възраст, който за 2013 г. е 13.7% от общия брой на населението (996 144 деца) и е по-нисък от същия за ЕС (15.56%). В същото време нараства относителният дял на лицата над 65-годишна възраст, който през 2013 г. достига 19.6% при 19.2% за предходната година. В сравнение със средния показател за Европейския съюз (17.57%), той остава, макар и незначително, по-висок². В 15 области на страната населението на 65 и повече години е повече от 1/5.

Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура е изключително важен и значим, тъй като тя ще определя възпроизводството на населението и на работната сила през следващите десетилетия. Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65+ г.) поставя и ще поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане, здравеопазването, образованието. Прогнозите на ООН предвиждат през 2025 г. делът им сред възрастното население да достигне до 26.2% в Източна Европа. Това поражда необходимостта от изграждане и ефективно функциониране на адекватна мрежа от специализирани институции, както и от оказване на разнообразни социални услуги и медицински грижи³.

1.1.2. Естествен и механичен прираст на населението

Естественият прираст на населението през 2013 г. е -5.2‰ при -5.5‰ за предходната година, т.е. абсолютната му стойност е намаляла с 0.3‰. В резултат на отрицателния естествен прираст населението на страната е намаляло през 2013 г. с 37767 души, с 2393 по-малко от 2012 г. Това намаление се дължи основно на негативните демографски тенденции в селата, където естественият прираст е близо 4 пъти по-голям по абсолютна стойност (-11.8‰) от този в градовете (-2.8‰). През 2013 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст.

Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) също е отрицателен – минус 1 108 души, като намалението е в резултат на външна миграция. През 2010 г. механичният прираст е -24 190 души, най-високата стойност след 2007 г.

1.1.3. Вътрешна и външна миграция

През 2013 г. в преселванията между отделните населени места в страната са участвали 86 378 души, най-често по направление „град-град“.

Броят на изселените от страната през 2013 г. е 19 678, в т.ч. 9 841 мъже и 9 837 жени. Най-голям е броят и делът на тези във възрастовата група 25-29 г, следвана от 20-24, 30-34 и 35-39 годишните, общо обуславящи повече от половината от всички изселвания от страната (55.51%).

България продължава да бъде напускана от млади и образовани хора, в които държавата е инвестирала и които се адаптират по-лесно към изискванията на пазара на труда. Мотивите за емиграция се свързват със стремеж за образователна и професионална реализация и осигуряване на трудова заетост, с по-високи доходи и по-висок жизнен стандарт. Този процес има сериозни икономически и социални последици за бъдещото развитие на страната. Емиграцията оказва силен негативен ефект и върху възпроизводството на населението, тъй като страната напускат жени в детеродна възраст, с което се понижава равнището на потенциалната бъдеща раждаемост за много по-дълъг период от време – 40-50 години.

² WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB).

³ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г.)

1.1.4. Бракове

Броят на регистрираните юридически бракове през 2013 г. е 21 943, което е с 776 повече от предходната година. От тях 17 047 (77.7%) са сред градското население.

1.1.5. Раждаемост

Броят на родените през 2013 г. е 67 061, от които живородените са 66 578 (99.3%) и мъртвородените са 483 (0.7%)⁴. Спрямо предходната година броят на живородените деца е намалял с 2 543 деца.

Броят на живородените момчета е 34 044, с 1 510 по-голям от този на момичетата – 32 534 или на 1000 момчета се падат 956 момичета. В градовете живородените са 49 526 (с 2132 по-малко от предходната година), а в селата –17 052 (с 411 по-малко от 2012 г.).

Не се отчита промяна спрямо предходната година в средната възраст на жените при раждане на първо дете - 26.5 години⁵.

Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на **раждаемостта** (фигура 2). През 2013 г. броят на ражданията в страната е намалял и коефициентът на общата раждаемост е 9.2‰ (9.5‰ за 2012 г.), като остава по-нисък от този за ЕС (10.27‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Раждаемостта в градовете намалява и през 2013 г. е 9.3‰, а в селата се запазва почти на едно ниво – 8.7‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

През последната година остава относително висок броя на живородените от майки на възраст до 20 г. - 6 968 през 2013 г., при 7 404 за 2012 г. Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст и на 15-19 години.

Влияние върху раждаемостта през последните години оказва повишаването на **плодовитостта** на родилните контингенти, измерена чрез **тоталния коефициент на плодовитост** (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период). Най-ниската стойност на този показател е регистрирана през 1997 г. – 1.12. Следва увеличение на нивото: 1.31 през 2005 г., 1.49 деца през 2010 г. и през 2013 г. достига 1.48 (ЕС – 1.54).

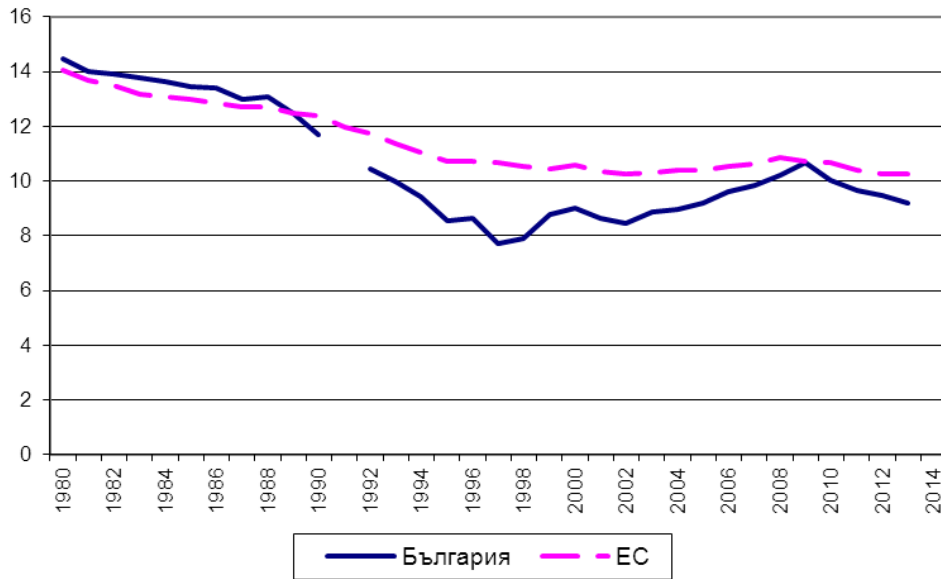
Намаляването на жените във фертилна възраст и увеличаването на тоталния коефициент на плодовитост показва, че увеличеният брой раждания се дължи главно на отложени във времето раждания и раждане на второ или следващо дете⁶.

⁴ Национален статистически институт

⁵ България 2011. Статистическа панорама, НСИ, юли 2012

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

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



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

Запазват се териториалните различия. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.1‰), София град (10.0‰), Бургас (10.0‰), Шумен (10.0‰), и Ямбол (9.9‰), а най-ниска в областите Смолян (6.5‰), Видин (6.8‰) и Кюстендил (7.0‰).

Свързани с раждаемостта са и проблемите за **безплодието** и **абортите**.

Въпреки изразената тенденция за намаляване броя на **абортите** (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378), те съставляват половината от ражданията през годината. При 67 061 раждания за 2013 г. броят на абортите е 29 505. На 1000 жени на възраст 15-49 години се падат 41 раждания и 18.3 аборти. Най-голям е броят и дялът на абортите във възрастовата група 25-29 г. – 7 234 (24.52%) и 30-34 години – 6 760 (22.91%). На лица до 15 годишна възраст са извършени 137 аборта (0.46%), а до 19-годишна възраст – 2590 (8.78%), т.е. всеки единадесети аборт е извършен на лице до 19-годишна възраст.

Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2013 г. е 443.16 и е 2 пъти по-висок от средния за ЕС (216.33‰). По-висок е показателят само за Румъния.

Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената. От всички извършени аборти 2 694 са по медицински показания (9.13%), 9 848 са спонтанни (33.38%) и останалите – по желание – 16 963 (57.49%).

1.1.6. Смъртност

Проблем за България е високото ниво на **смъртността** – **обща и преждевременна**.

След 1964 г., когато е регистрирана най-ниската стойност на **общата смъртност** в страната (7.9‰), показателят трайно нараства. Броят на умрелите лица през 2013 г. е 104 345, а коефициентът на смъртност – 14.4‰ (15.0‰ за 2012 г.). Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС (9.66‰). Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (15.5‰), отколкото при жените (13.3‰) и в селата (20.5‰), отколкото в градовете (12.1‰).

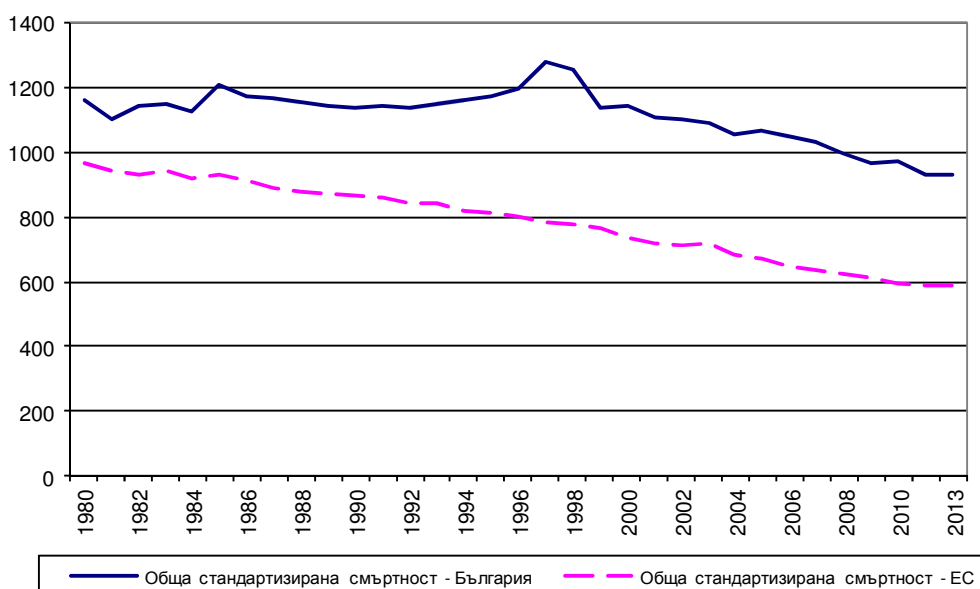
Запазват се и териториалните различия по области. Най-високо е нивото на общата смъртност в областите Видин (21.1‰), Монтана (20.1‰), Перник (18.4‰) и

Кюстендил (18.4‰), а най-ниска в Кърджали (11.3‰), София град (11.5‰), Благоевград (11.7‰) и Варна (12.0‰).

Високата смъртност е за сметка на умираанията на лицата над 65 годишна възраст. Основна причина за това е демографското застаряване. Демографските прогнози показват, че именно поради обективните процеси на остаряване, нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено поне до 2030 г.⁷

Показателят на *преждевременната смъртност* (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умираанията) запазва нивото си за последните 5 години и се увеличава леко - с 0,1 за последната година. През 2013 г. е 22.4% при 22.3% през 2012 г., т.е. почти всяко четвърто умираене в страната е на лице, ненавършило 65 години. При мъжете преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока (29.8% при 14.2% за жените). Следва специално да се подчертае, че България остава страна с един от най-високите *стандартизирани коефициенти за смъртност*⁸ (932.87 ‰) сред страните от ЕС, независимо от изразената тенденция за намаление (фигура 3). В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (585.93 ‰).

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



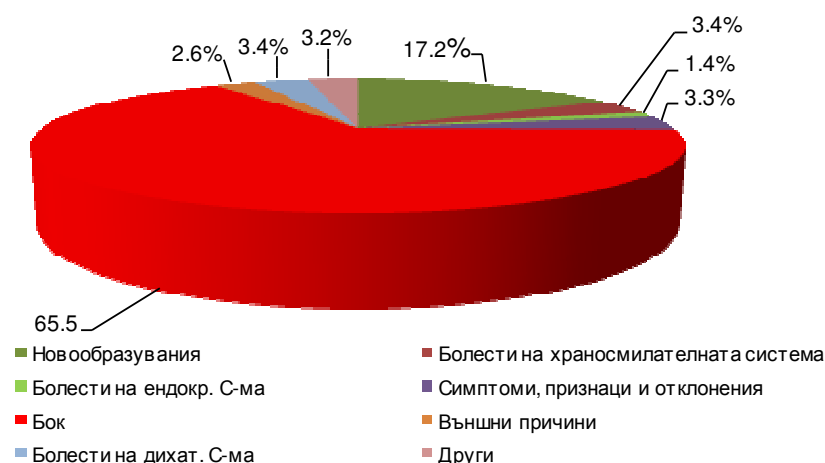
Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

Запазва се структурата на *смъртността по причини* в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.5%) и новообразуванията (17.2%) (фигура 4).

⁷ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г)

⁸ Стандартизацията има за цел да отстрани различията във възрастовата структура и да покаже каква би била смъртността, ако сравняваните популации имат еднаква структура по възраст. В случая е изчислена по директен метод и представлява тази, която би било, ако коефициентът на населението е със същото възрастово разпределение като стандартното европейско население

Фигура 4. Структура на умираянията по причини в България през 2013 г.



Източник: НЦОЗА

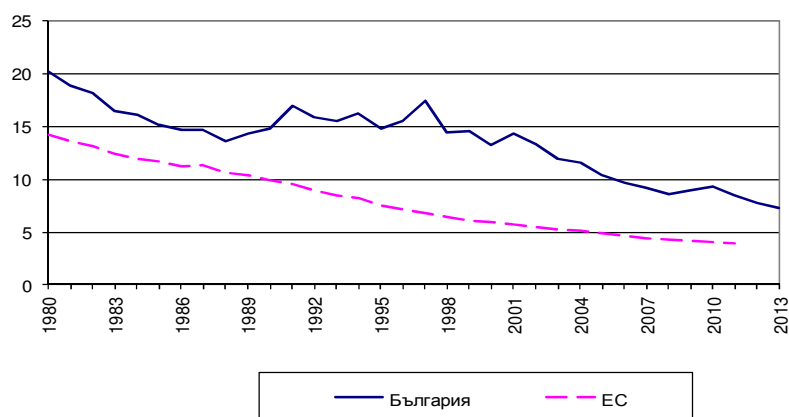
1.1.7. Детска смъртност

Продължава да е висока **детската смъртност**, независимо от изразената тенденция към снижаване. През 2013 г. в страната са умрели 489 деца на възраст до 1 г. (536 за 2012 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 7.8‰ през 2012 г. на 7.3‰ през 2013 г. Достигнатото равнище на детската смъртност е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (фигура 5). Въпреки това, детската смъртност остава почти 2 пъти по-висока, отколкото в ЕС (4.0‰). Този показател е индикатор за качеството на медицинската помощ, но върху него влияят и жизнения стандарт и здравната култура на населението.

В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 9.3‰ и 6.7‰). Причини за това могат да се търсят във влошаване на социално-икономическите условия в селата, ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и култура.

Областите с най-висока детска смъртност са Ловеч (16.5‰), Шумен (12.9‰), Сливен (12.8‰), Пазарджик (11.1‰), а с най-ниска – Търговище (2.7‰), Варна (4.2‰) и София град (4.7‰).

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



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

Перинаталната детска смъртност се задържа висока и през 2013 г. (10.3 на 1000 родени деца), при (11.0‰) спрямо предходната година, и при среден показател за ЕС (6.12‰).

Показателят за **мъртвораждаемостта** намалява спрямо предходната година - 7.2‰, но е по-висок от средната стойност за ЕС (4.83‰).

Неблагоприятни стойности се установяват и по отношение на другите повъзrastови показатели за детска смъртност: неонатална и постнеонатална, сравнени със средните стойности за ЕС.

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва тенденция за намаляване и достига през 2013 г. – 4.2‰. Средната стойност в ЕС на този показател (2.7‰) непрекъснато намалява и е по-ниска от тази в България

Постнеонаталната детска смъртност намалява през 2013 в сравнение с 2012 г. от 3.3 на 3.1 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1.34‰ и е почти 2 пъти по-ниска от тази за България.

Анализът на **умиранията при децата до 1-годишна възраст по причини** показва, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период – 231 (47.24%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 94 (19.22%), болести на дихателната система (10.84%) и болести на органите на кръвообращението (10.02%). Тези 4 класа обуславят 87.32% от всички умирания на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиранията до 1 година по пол.

Интегралният показател, характеризиращ **вероятността за умиране на децата преди достигане на 5-годишна възраст⁹** в България е 10.22‰ – 2 пъти по-високо ниво от средното за ЕС (4.78‰). Най-често основните причини за смърт на децата до 5 години са: някои състояния, възникващи през перинаталния период, болести на дихателната система, вродени аномалии, болести на органите на кръвообращението и външни причини за заболяемост и смъртност.

Недоносеността е в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ. През 2013 г. броят на недоносените новородени е 5 848, което представлява 8.8% от живородените. Недоносените мъртвородени са 338, което представлява 70.0% от мъртвородените. Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност.

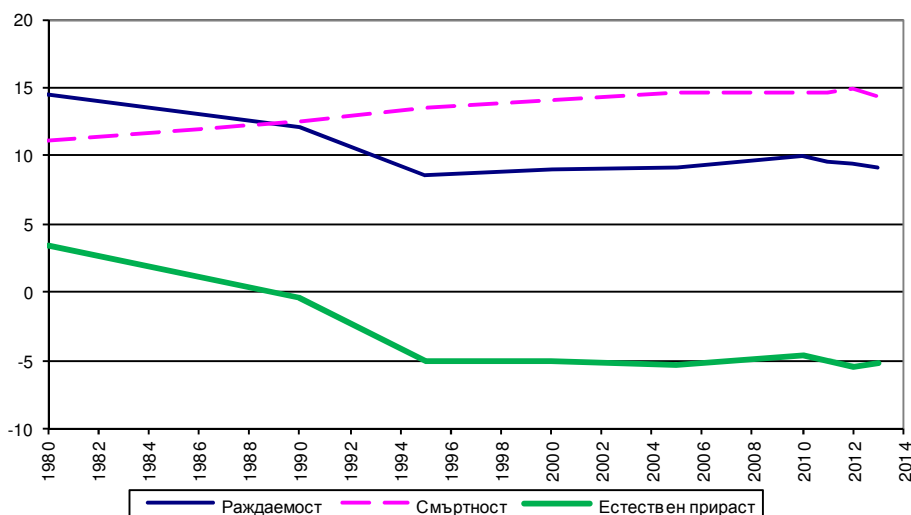
Майчината смъртност на 100 000 живородени от 19.07 през 2001 г. намалява до 12.0 през 2013 г. Съответният показател за ЕС е 5.05‰.

1.1.8. Естествен прираст

Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят **отрицателния естествен прираст** на населението през последния десетгодишен период (фигура 6). През 2013 г. коефициентът на естествен прираст е -5.2% при -5.5% за 2012 г., като в селата той е съществено по-нисък от този в градовете (съответно -11.8‰ и -2.8‰). В Европа (освен нашата страна) с отрицателен естествен прираст на населението са Латвия, Румъния, Германия, Унгария, Португалия и др. Останалите страни имат положителен естествен прираст, като най-висок е в Ирландия - 9.67‰.

⁹ Броят смъртни случаи до навършване на 5 год. възраст на 1000 живородени. За изчисляването се използват таблиците за смъртност и очакваната средна продължителност на живота

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

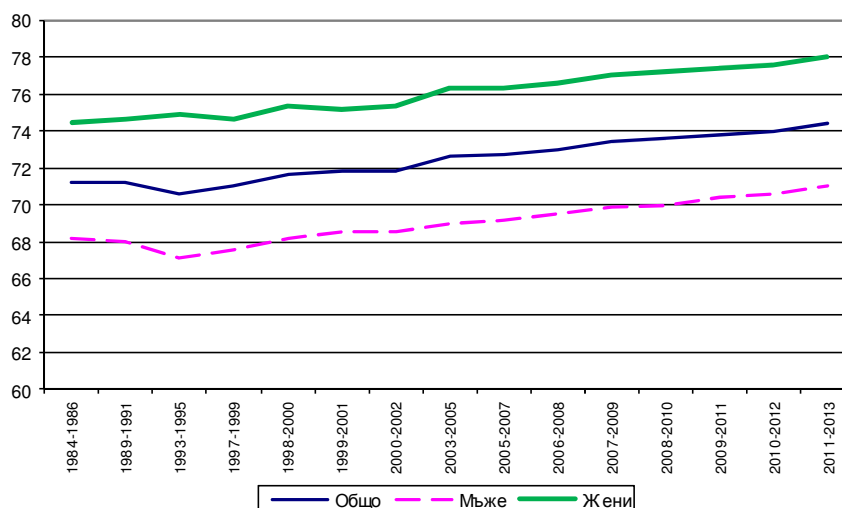


Източник: НСИ

1.1.9. Средна продължителност на живота

Средната продължителност на живота у нас продължава да нараства, като през периода 2011-2013 г. достига 74.45 години, като показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените - съответно 71.02 и 78.01 години (фигура 7). 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 по-ниска от тази в Европейския съюз (80.33 години)¹⁰

Фигура 7. Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди



Източник: НСИ

¹⁰ НСИ, Health For All Data Base, WHO/EURO

1.1.10. Заболяемост и болестност

Заразни болести

Епидемиологични данни

През 2013 г. в България са регистрирани общо 67 916 случая на остри заразни заболявания (без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), с 6 918 повече в сравнение с 2012 г., когато са регистрирани 60 998 случая (заболяемост 932,65‰ през 2013 г., съответно 832,48‰ през 2012 г.) – таблица 1. По-високият брой заболели се дължи предимно на цикличния подем на заболяемостта от варицела (38 520 случая през 2013 г., съответно 27 778 през 2012 г.) и продължаващия подем на заболяемостта от скарлатина.

Таблица 1. Заболяемост, смъртност и леталитет от остри инфекциозни болести* в България през 2000-2013 г.

Година	Брой заболели	Заболяемост на 100 000	Брой умрели	Смъртност на 100 000	Леталитет (%)
2000	80 167	978,74	105	1,28	0,13
2001	51 333	629,89	131	1,61	0,26
2002	51 229	649,20	124	1,57	0,24
2003	50 913	648,92	116	1,48	0,23
2004	68 954	883,88	133	1,70	0,19
2005	59 913	771,97	108	1,39	0,18
2006	67 462	874,00	122	1,58	0,18
2007	70 277	915,15	121	1,58	0,17
2008	57 916	758,04	88	1,15	0,15
2009	63 474	834,46	97	1,28	0,15
2010	68 839	910,12	110	1,45	0,16
2011	58 259	791,07	64	0,87	0,11
2012	60 998	832,48	84	1,15	0,14
2013	67 916	932,65	79	1,08	0,12

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

През годината броят на регистрираните смъртни случаи (79 случая), смъртността (1,08‰) и леталитета (0,12%) са с малко по-ниски стойности в сравнение с 2012 г. (84 смъртни случая, смъртност 1,15‰, леталитет 0,14%). И през 2013 г. основна причина за летален изход са невроинфекциите (менингит и менингоенцефалит и менингококова инфекция) – общо 45 починали, с относителен дял 56,96% от всички смъртни случаи поради остри заразни болести (таблица 2).

Таблица 2. Заболяемост, смъртност и леталитет от остри заразни болести* в България през 2013 г.

№	Нозологични единици	Заболели (брой)	Заболяемост (на 100 000)	Умрели (брой)	Смъртност (на 100 000)	Леталитет (%)
1	Антракс	1	0,01	0	0,00	0,00
2	БММЕ хемофилус инфлуенце	1	0,01	1	0,01	100,00
3	БММЕ пневмококов	18	0,25	7	0,10	38,89
4	БММЕ стрептококов	10	0,14	1	0,01	10,00
5	БММЕ други	97	1,33	19	0,26	19,59
6	Ботулизъм	1	0,01	0	0,00	0,00
7	Бруцелоза	1	0,01	0	0,00	0,00
8	Бяс	0	0,00	0	0,00	0,00

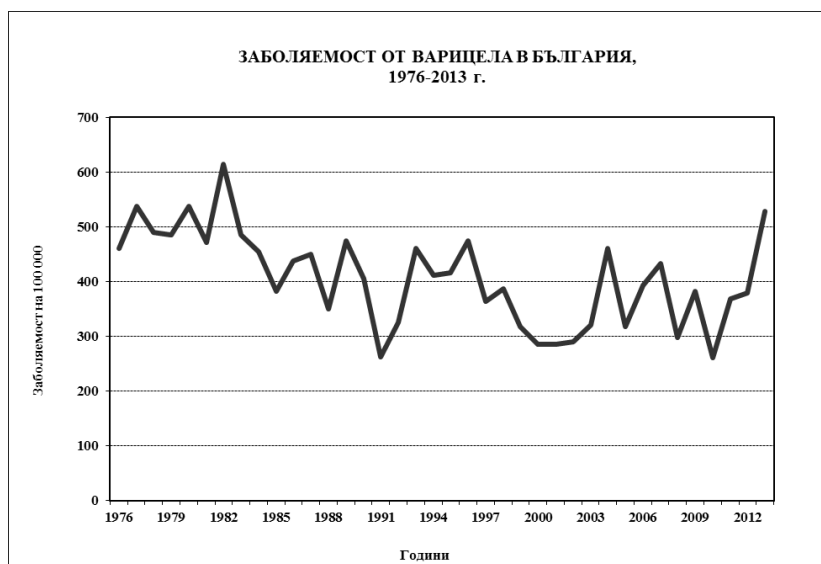
9	Вариант на болестта на Кройтцфелд-Якоб	0	0,00	0	0,00	0,00
10	Вариола	0	0,00	0	0,00	0,00
11	Варицела	38520	528,97	3	0,04	0,01
12	Вирусни менингити и менингоенцефалити	233	3,20	13	0,18	5,58
13	ВХТ Кримска-Конго хеморагична треска	8	0,11	2	0,03	25,00
14	ВХТ Хеморагична треска с бъбречен синдром	15	0,21	0	0,00	0,00
15	Вирусен хепатит тип А	1825	25,06	0	0,00	0,00
16	Вирусен хепатит тип В	302	4,15	7	0,10	2,32
17	Вирусен хепатит тип С	95	1,30	0	0,00	0,00
18	Вирусен хепатит тип D	5	0,07	0	0,00	0,00
19	Вирусен хепатит неопределен	252	3,46	0	0,00	0,00
20	Ентероколит	17036	233,95	15	0,21	0,09
21	Дизентерия (шигелоза)	486	6,67	0	0,00	0,00
22	Дифтерия	0	0,00	0	0,00	0,00
23	Епидемичен паротит	25	0,34	0	0,00	0,00
24	Жълта треска	0	0,00	0	0,00	0,00
25	Западнонилска треска	0	0,00	0	0,00	0,00
26	Инвазивна инфекция, пневмококова	0	0,00	0	0,00	0,00
27	Инвазивна инфекция, хемофилус инфлуенце	0	0,00	0	0,00	0,00
28	Йерсиниоза	22	0,30	0	0,00	0,00
29	Кампилобактериоза	124	1,70	0	0,00	0,00
30	Коклюш	89	1,22	0	0,00	0,00
31	Колиентерити (ешерихиози)	333	4,57	0	0,00	0,00
32	Инфекция, предизвикана от <i>E. coli</i> , продуциращи Shiga/Vero токсини (STEC/VTEC)	1	0,01	0	0,00	0,00
33	Кореман тиф/Паратиф	5	0,07	0	0,00	0,00
34	Ку треска	23	0,32	1	0,01	4,35
35	Лаймска борелиоза	378	5,19	0	0,00	0,00
36	Легионерска болест	1	0,01	0	0,00	0,00
37	Лептоспирози	8	0,11	2	0,03	25,00
38	Листерия	3	0,04	1	0,01	33,33
39	Марсилска треска	400	5,49	2	0,03	0,50
40	Менингококова инфекция (менингококов менингит и сепсис)	14	0,19	4	0,05	28,57
41	Морбили	14	0,19	0	0,00	0,00
42	Орнитоза	0	0,00	0	0,00	0,00
43	Петнист тиф	0	0,00	0	0,00	0,00
44	Полиомиелит	0	0,00	0	0,00	0,00
45	Остри вяли парализи	253	3,47	0	0,00	0,00
46	Птичи грип А/Н5 или А/Н5N1 при хора	0	0,00	0	0,00	0,00
47	Ротавирусен гастроентерит	2287	31,41	0	0,00	0,00
48	Рубеола	10	0,14	0	0,00	0,00
49	Вродена рубеола	0	0,00	0	0,00	0,00
50	Салмонелоза	812	11,15	1	0,01	0,12

51	Скарлатина	4206	57,76	0	0,00	0,00
52	Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	0	0,00	0	0,00	0,00
53	Тетанус	1	0,01	0	0,00	0,00
54	Гуларемия	1	0,01	0	0,00	0,00
55	Холера	0	0,00	0	0,00	0,00
56	Чума	0	0,00	0	0,00	0,00
ОБЩО		67916	932,65	79	1,08	0,12

*Без грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН, полово предавани инфекции и паразитни болести
Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2013 г.

Най-висок относителен дял в структурата на инфекциозната заболяемост през 2013 г. заема заболяемостта от варицела (56,72%), следвана от тази от ентероколити (25,08%) и скарлатина (6,19%) – таблица 2. Цикличният подем при заболяванията **варицела и скарлатина** продължава и през 2013 г. (фигури 8 и 9).

Фигура 8. Заболяемост от варицела в България, 1976-2013 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2013 г.

Фигура 9. Заболяемост от скарлатина в България, 1976-2013г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2013 г.

Грип и остри респираторни заболявания (ОРЗ) – анализът на заболяемостта през 2013 г. е направен на основата на данните от информационната система за сентинелен надзор на грип и ОРЗ и резултатите от лабораторния надзор върху циркулацията на грипните вируси през годината. През 2013 г. в сентинелната извадка са участвали 351 лечебни заведения за извънболнична помощ, обслужващи общо 381 435 души, разпределени в следните възрастови групи: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64 и над 65 г. Средногодишният брой на наблюдаваното население и заболяемостта по възрастови групи са показани в таблица 3.

Таблица 3. Заболяемост от грип и ОРЗ по възрастови групи през 2013 г.

Възрастови групи (години)	Средногодишен брой на наблюдаваното население	Брой регистрирани случаи	Заболяемост на 10 000
0-4	18 590	26 314	14 154,92
5-14	31 830	29 663	9 319,20
15-29	76 927	28 475	3 701,56
30-64	196 466	31 639	1 610,41
65+	57 622	6 527	1 132,73
Общо	381 435	122 618	3 214,65

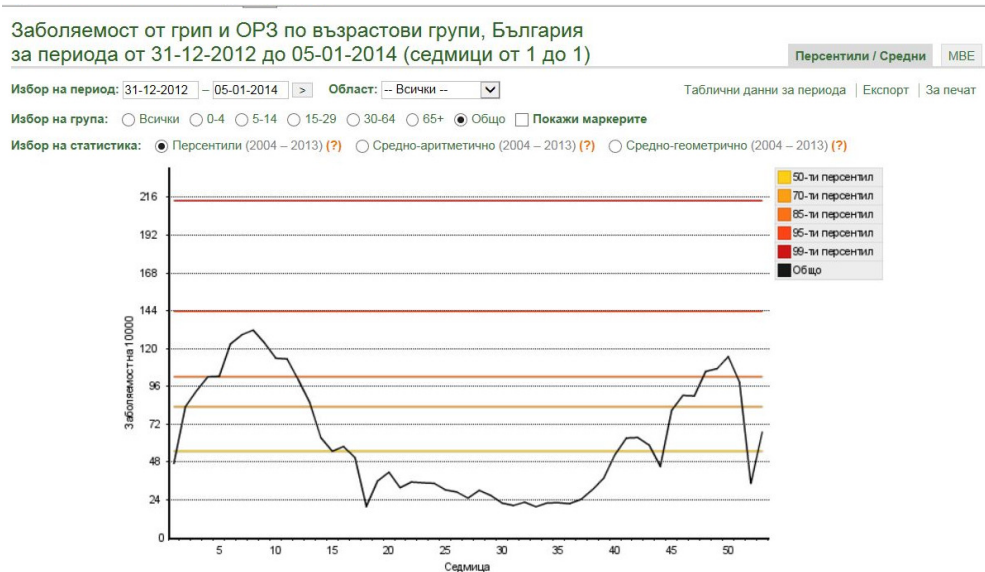
Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2013 г.

През 2013 г. при наблюдаваните 381 435 лица са регистрирани общо 122 618 заболявания от грип и ОРЗ (заболяемост 3214,65 на 10 000 население). Тези стойности са малко по-ниски в сравнение с 2012 г. (общо 125 442 заболявания от грип и ОРЗ и заболяемост 3 296,57 на 10 000 население), но са близки до обичайните за последните няколко години.

Грипната епидемия в страната започна в началото на февруари, продължи 6 седмици и беше със среден интензитет (оценката на интензивността на епидемичния процес е направена на основата на персентилите). Заболяемостта започва да нараства през януари и във Варна достига епидемични стойности през 7-ма седмица на 2013 г. През 8-ма седмица (18.02-24.02.2013 г.) грипната епидемия достигна своя връх с 5 028 заболели и 131,77 ‰ средна седмична заболяемост (фигура 10). След регистрираното през 8-ма седмица максимално ниво на заболяемост, броят на съобщените случаи започна да се понижава и през 12-та седмица достигна обичайните за сезона стойности. Както през предходните години, така и през 2013 г., заболяемостта от грип и ОРЗ е най-висока при децата от 0 до 4 години и във възрастовата група на 5-14 годишните (фигура 11).

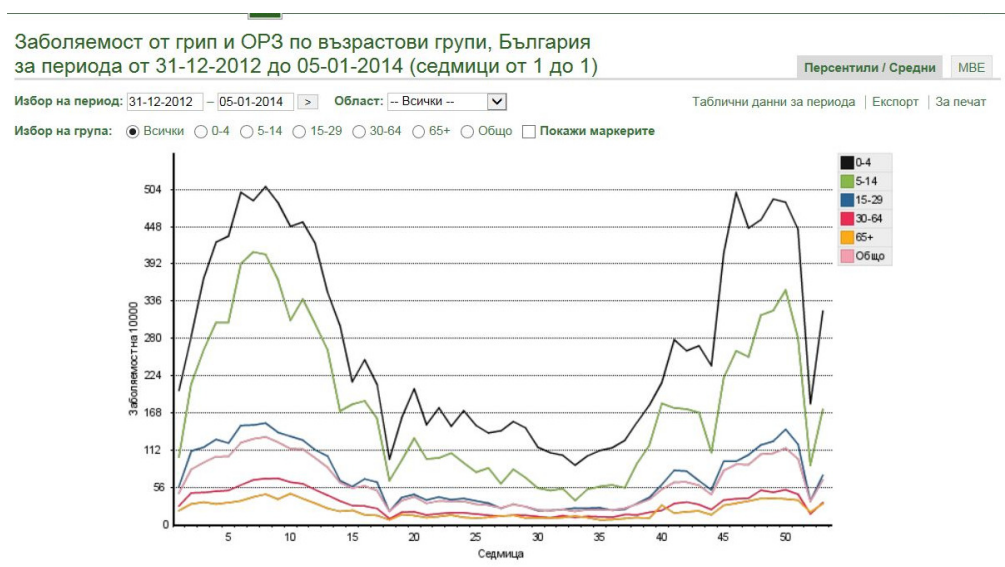
През 2013 г. в НРЛ „Грип и ОРЗ” с Real Time RT- PCR са изследвани общо 1033 проби на болни и контактни лица. Доказани са общо 251 положителни резултати за грипен вирус тип В, 62 за А(Н1N1) pdm 09, 21 за А(Н3N2) и 2 за грип тип А.

Фигура 10. Интензивност на епидемията от грип в България през 2013 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2013 г.

Фигура 11. Седмична заболяемост от грип и ОРЗ по възрастови групи в България през 2013 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2013 г.

Данните за националния имунизационен обхват с включените в Имунизационния календар ваксини показват много добро изпълнение на имунизационната програма през 2013 г. (таблица 4).

Таблица 4. Изпълнение на имунизационната програма на Р България през 2013 г.

ИМУНИЗАЦИЯ	БРОЙ		ОБХВАТ (%)
	Подлежащи	Обхванати	
Имунизация срещу туберкулоза (новородени)	63 404	61 628	97,2
Имунизация срещу вирусен хепатит В с 3 дози (на 6 месеца)	62 738	59 708	95,2
Имунизация срещу дифтерия, тетанус и коклюш, полиомиелит, ХИБ с петкомпонентна ваксина с 3 дози (на 4 месеца)	62 321	59 120	94,5
Имунизация срещу пневмококови инфекции с конюгирана ваксина 3 дози (на 4 месеца)	61 565	57 691	93,7
Имунизация срещу морбили, паротит и рубеола (на 13 месеца)	64 621	61 477	95,1
Реимунизация срещу морбили, паротит и рубеола (на 12 години)	63 703	59 578	93,5

Източник: НЦЗПБ, Анализ на имунизациите през 2013 г.

Нивото на имунизационния обхват има определящо значение за успешния епидемиологичен контрол на ваксинапредотвратимите инфекции. През 2013 г. се запазва тенденцията за намаляване на средната за страната заболяемост от **остър вирусен хепатит тип В (HBV)**, която е най-ниска за периода след въвеждането на задължителна регистрация на хепатит В през 1983 г. Регистрирани са 302 заболели (заболеемост 4,15‰). Независимо от този факт и от постигнатия висок национален обхват на новородените с ваксина против хепатит В – 95,2% от подлежащите (таблица 4), следва да се отбележи, че сред заболелите (таблица 5) има 40 деца и младежи в имунизационна възраст (от 0 до 20 г.), което показва, че докато епидемичният процес в България не бъде елиминиран, рискът от хепатит В вирусна инфекция ще продължава да съществува и контролът върху изпълнението на имунизационната програма трябва да бъде засилен.

Таблица 5. Брой заболели и заболяемост от остър вирусен хепатит тип В по възрастови групи в България през 2013 г.

Възраст	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
Брой заболели	2	3	6	8	21	34	40	34	34	22	17	16	22	15	28
Заболеемост	3,03	1,07	1,83	2,53	6,26	7,43	8,18	6,70	6,10	4,16	3,57	3,18	4,24	2,86	2,01

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2013 г.

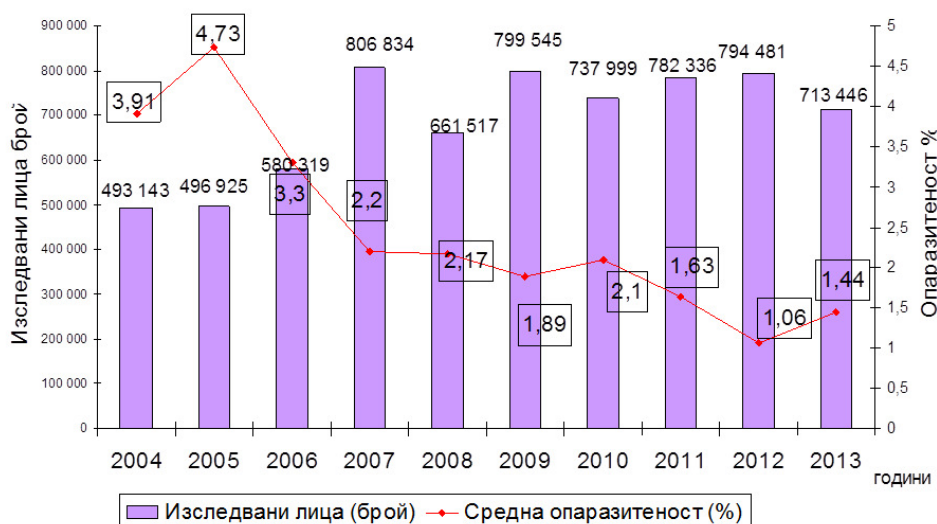
През 2013 г. няма заболявания от **дифтерия** и **полиомиелит**, регистриран е 1 случай с **тетанус**. През 2013 г., втората неепидемична година след три последователни години на епидемичен подем на заболяването в страната (2009-2011 г.) са регистрирани 14 случая на **морбили** (заболеемост 0,19‰) предимно сред неимунизирано ромско население. Значително е намален броят на заболелите от **рубеола** – 10 случая (заболеемост 0,14‰) и от **паротит** – 25 случая (заболеемост

0,34‰). Тенденцията е благоприятна, но за постигане на целите на СЗО за елиминация на морбили и рубеола е необходимо националният имунизационен обхват с ваксината срещу морбили, паротит и рубеола на 13 месечна възраст (1-ва доза) и на 12 години (2-ра доза) да бъде не по-нисък от 95%, а през 2013 г. той е съответно 95,1% и 93,5%.

Паразитологични данни

През 2013 г. за паразити са изследвани общо 713 446 лица, от които са диагностицирани 10 310 (1,44%) като положителни (фигура 12). Паразитозоозите (ехинококоза и трихинелоза) запазват медико-социалното си значение, поради поддържането на високи стойности на заболяемост, значително превишаваща показателите за другите Европейски страни.

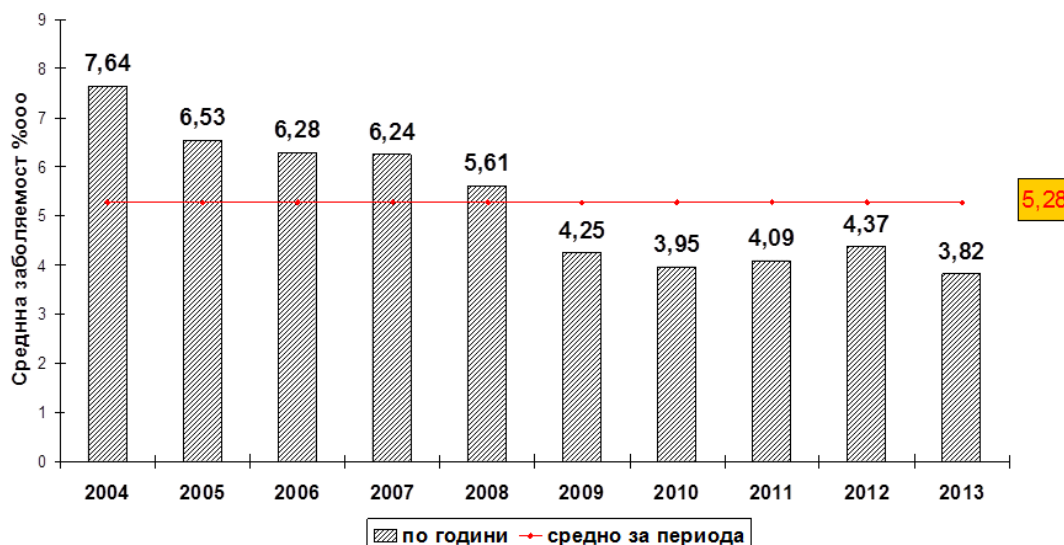
Фигура 12. Изследвани лица за паразитози и обща средна опаразитеност на населението (2004-2013 г.)



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2013 г.

По отношение на ехинококозата през 2013 г. официално са регистрирани 306 лица оперирани и лабораторно доказани с ехинококоза, от които 278 (90,85%) с първични и 28 (9,15 %) с постоперативни рецидиви. Средната заболяемост за годината е 3,82‰ (фигура 13). През 2013 г. по причина ехинококоза е починало едно лице от област Хасково. Най-силно е засегната възрастовата група 25-44 години – 27,69%, следвана от възрастовата група 45-66 г. – 24,46%. Относителният дял на болелите в детско-юношеската възраст (0-19 г.) през 2013 г. е 19,78% (общо 49) и сравнен с миналогодишния показва тенденция на нарастване. Териториалното разпределение на случаите е неравномерно в страната. Най-засегнати са областите Сливен със заболяемост 10,75‰, Шумен - 10, ‰, Ямбол - 8,55‰, Кърджали - 7,93‰, Силистра - 7,68‰, Добрич - 7,58‰, Разград - 7,37‰, Пазарджик - 6,62‰ и Бургас - 6,52‰.

Фигура 13. Заболяемост от ехинококоза сред населението в България (2004–2013г.)



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2013 г.

През 2013 г. по данни на РЗИ са съобщени общо 94 лица, консумирали опаразитени с трихинелни ларви месни продукти (76 през 2012 г.). От тях са заболели общо 60 души (30 през 2012 г.), като всички са с клинично изявена форма на заболяването и са потвърдени според критериите на Наредба 21 (ДВ бр. 52, 2011). В страната са регистрирани 2 епидемични взрива в София–град и област Добрич с източник месо от домашна свиня. Общата заболяемост от трихинелоза през 2013 г. е 0,82‰‰‰.

От геохелминтозите в България са разпространени аскаридоза и трихоцефалоза, като случаи се регистрират в цялата страна, но предимно в ендемичните райони. Данните показват относително постоянни нива на общия брой опаразитени в последните години за аскаридоза - между 500 и 700 случая и около 100 за трихоцефалоза. Заболяемостта през 2013 г. по отношение на аскаридозата е 6,49‰‰‰ и 1,36‰‰‰ за трихоцефалозата (8,08‰‰‰ и 0,73‰‰‰ съответно за 2012 г.). Най-висока опаразитеност при аскаридозата е установена в областите Кърджали, Благоевград, Видин и Хасково. Както е констатирано и в предишни години, трихоцефалоза се регистрира предимно при лица, обитаващи социални заведения.

За контактни паразитози – ентеробиоза, жиардиаза и хименолепидоза през 2013г. е изследван значителен контингент от средно 500 251 души, като средният екстензитет за страната е: ентеробиоза - 0,75% (0,6% през 2012 г.), жиардиаза – 0,36% (0,44% през 2012 г.) и хименолепидоза - 0,1% (0,04% през 2012 г.). С изследвания за ентеробиоза са обхванати 172 168 деца от различни видове детски заведения и е установен екстензитет 0,93% (0,9% през 2012 г.). Анализът на данните показва, че при групата на контактните паразитози, засягащи предимно деца от организирани детски колективи опаразитеността не показва съществени изменения през 2013 г. в сравнение с предходната година.

От опортюнистичните паразитози най-много изследвания са извършени за токсоплазмоза - 10 368 лица. Положителен резултат е получен при 2 095 от тях, като средната серопозитивност за страната по отношение на антителата от клас IgG е 20,21%. Най-високи стойности на серопозитивност за IgG са регистрирани в: Габрово – 44,4%, Силистра – 44,0% и Сливен – 41,9%.

От 1988 г. ежегодно в страната се регистрират местни случаи на висцерална лайшманиоза. През 2013 г. броят на съобщените случаи е 14 (5 деца на възраст 0-19 г. и 9 възрастни), от които 13 местни и един случай на български гражданин, пребивавал в Португалия.

През 2013 г. България беше изправена пред проблема с прииждащите бежанци, много от които идват от ендемични за различни паразитози региони на света и като паразитоносители могат да станат ефективни източници за местна трансмисия. За внасяни паразитози са изследвани 4761 лица (1019 лица през 2012 г.). От тях 449 са български граждани и 4312 са чужденци. Положителни изследвания за паразити са получени при 127 пациента - 3,25% (118 чужди и 9 български граждани) (през 2012 г. - 17 пациента - 1,67%). Във връзка с бежанската вълна през годината се отчита нарастване на броя на профилактичните изследвания за малария и други внасяни паразитози. За малария са изследвани общо 1 936 лица (2012 г. - 1006 лица), от които 429 българи и 1507 чужденци. Диагностицирани са 8 случая на вносна малария – 7 при български граждани и 1 чужденец, като 5 са причинени от *P. falciparum* и 3 от *P. vivax*. За други внасяни паразитози са изследвани 4051 лица (през 2012 г. – 134 лица). От тях 366 са български граждани, а 3685 са чужди граждани. Опаразитени са общо 118 чужденци, като са диагностицирани следните паразити: *V. hominis* при 77 лица, *G. intestinalis* - 23, *E. vermicularis* – 6, *H. nana* – 4, *Entamoeba coli* - 3, *S. haematobium* – 1, *Taenia spp* - 1, *LoaLoa* - 1, *Leishmania spp* – 2 (кожна форма, която не е разпространена в Р България). При двама български граждани са установени *A. lumbricoides* (1) и *Schistosoma spp* (1).

ХИВ инфекция

По данни на Министерството на здравеопазването към 31.12.2013 г. в България са регистрирани общо 1 830 лица с ХИВ инфекция. През 2013 г. броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е увеличен от 157 през 2012 г. на 200 (фигура 14). От общия брой регистрирани случаи на ХИВ през 2013 г. - 161 (80,5%) са мъже и 39 (19,5%) жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2013 г. са 70 при 64 за 2012 г.

Данните показват, че при 12,5% от случаите със СПИН, диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция (19% за 2012 г.).

Фигура 14. Регистрирани случаи на ХИВ инфекция, България, 1986-2013 г.



Източник: МЗ, Отдел "Управление на специализирани донорски програми"

През последните няколко години над 65% от новорегистрираните серопозитивни лица са открити в 19-те кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС), 17-те мобилни кабинета и дейностите на терен на НПО, работещи с най-уязвимите групи. През отчетния период са регистрирани ХИВ-позитивни лица в много широки възрастови граници от 13 до 73 години, като от няколко години се наблюдава тревожно понижаване на долната възрастова граница.

Според пътя на предаване на инфекцията отново се очертават две особено уязвими групи – мъже, които имат сексуални контакти с други мъже – 36% (37% за 2012 г.) и инжекционно употребяващи наркотици – 16,5% при 13% за 2012 г. Данните показват, че намалява процентът на лицата, които се инфектират в групата на инжекционно употребяващите наркотици и значително се увеличава делът на лицата сред хомо и бисексуалната общност.

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

Туберкулоза

В България през последните години се наблюдава тенденция за намаляване на заболяемостта от активна туберкулоза – от 39.1 на 100 000 през 2006 г. до 26.6 на 100 000 през 2012 г. и 23.2 на 100 000 през 2013 г.

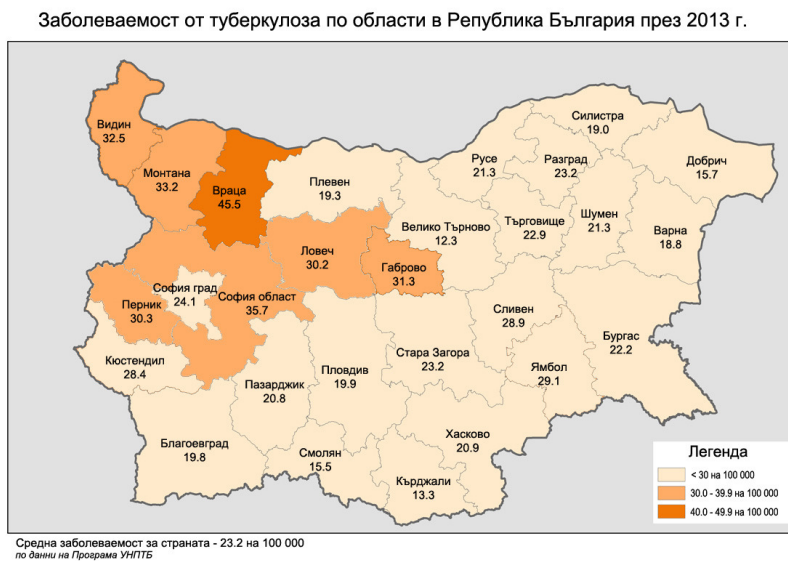
От публикувания през 2013 г. за Европа „Доклад за епидемиологичния надзор и мониторинг на туберкулозата в Европа” - 2013 г. от Европейският център за превенция и контрол на заболяванията и Регионалният офис на СЗО, се наблюдава с 4,7 % по-ниско разпространение на туберкулозата в сравнение с 2010 г., за 29-те страни от Европейския съюз (ЕС). През 2011 г. в 29-страни на ЕС са регистрирани общо 72 334 случаи с туберкулоза (14.2 на 100 000 население). Най-висока е заболяемостта (нови случаи и рецидиви) в страните с високо ниво на разпространение (над 20 на 100 000): Румъния (89,7), Литва (58,7), Латвия (39,7), България (32,1), Португалия (23,9), Естония (25,4).

През 2013 г. в България са регистрирани 1932 пациенти с туберкулоза. В сравнение с 2012 г. (2 280 регистрирани случаи) се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 15%. Тенденцията за намаляване на заболяемостта през последните четири години се дължи на дейностите в изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата и Програмите, финансирани от Глобалния фонд, насочени към активен скрининг сред най-уязвимите групи, активно издирване на контактните лица на болните от туберкулоза и предоставяне на специфична химиопрофилактика за лечението на латентната туберкулозна инфекция.

Запазва се високият относителен дял на пациентите с белодробна туберкулоза през последните няколко години. От регистрираните през 2013 г. болни, с белодробна туберкулоза са 1 425 (74%) при 1 625 (71%) за 2012 г., а останалите случаи са с извънбелодробни форми на туберкулоза.

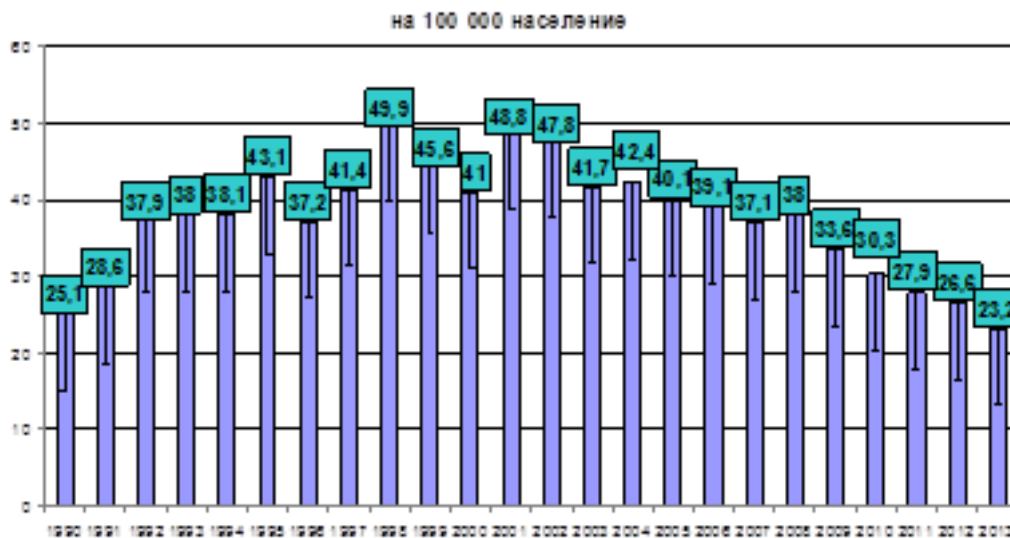
Броят на регистрираните случаи на туберкулоза, както и заболяемостта, варират значително по региони, като в някои региони в Северозападна и Централна България заболяемостта е около два пъти над средната за страната (фигура 15).

Фигура 15. Заболяемост от туберкулоза по области в България през 2013 г.



Източник: МЗ, Отдел "Управление на специализирани донорски програми"

Фигура 16. Заболяемост от туберкулоза в България за периода 1990-2013 г.



Източник: МЗ, Отдел "Управление на специализирани донорски програми"

Съотношението между мъже и жени сред общия брой регистрирани случаи на туберкулоза (всички форми) и през последните няколко години се запазва 2:1. През 2013 г. броят на регистрираните пациенти мъже е 1 284 (1528 през 2012 г.) или 67%, срещу 648 жени (752 за 2012 г.) - 33%. Разпределението по възраст показва, че най-засегнати са възрастовите групи - над 65 години (365 случая или 19%). 35-44 (329 случая или 17%) и 45-54 (329 или 17%).

Регистрираните случаи с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза, през 2013 г. са 27 или 3.7%. От тях новите случаи без предшестващо лечение са 13 (2%), случаи с предшестващо

лечение, са 14 (12,8%). Наблюдава се намаляване на броя на случаите с MDR-TB в сравнение с 2012 г. Тази форма на туберкулоза е сериозен здравен и социален проблем, защото води до по-дълго инвалидизиране на пациентите и е съпроводена с повишена смъртност, изисква сериозни финансови средства и продължително лечение с повече лекарства, които дават повече нежелани странични реакции.

През 2013 г. на 1 393 пациенти с туберкулоза е проведено консултиране и изследване за ХИВ, което представлява 72% от общия брой регистрирани случаи на туберкулоза през годината. Открити са 4 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.

Злокачествени новообразувания

По данни на НЦОЗА, през 2013 г. нараства болестността и заболяемостта от **злокачествени новообразувания** спрямо предходната година. Показателите са съответно 3819.0‰ и 461.9‰. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1326.8‰) и рак на женските полови органи (1121.9‰), а на заболяемостта - от рак на храносмилателните органи (103.3‰), рак на млечната жлеза при жените (101.5‰) и рак на женските полови органи (86.6‰). Заболяемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания 543.7‰.

Наблюдават се териториални различия в броя на новооткритите регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания на 100 000 население. Най-висока е заболяемостта в областите Хасково (634.5‰), Плевен (548.7‰) и Русе (512.0‰) и най-ниска - в София област (356.9‰), Разград (370.7‰) и Кюстендил (375.5‰).

Хоспитализирана заболяемост

Статистическите данни за **хоспитализираната заболяемост** за периода 2005-2013 г.¹¹ показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰) до 2 221 115 (30 572.3‰) общо, както и основно във възрастовите групи над 18 г. Най-голям е броят на хоспитализираните в стационарите на лечебните заведения на 100 000 население сред лицата над 65 годишна възраст (52 614.2), следва групата на децата от 0 до 17 години (26 159.7) и най-ниска е във възрастовата група 18-64 г. (25 058.9) – 2 пъти по-ниска от тази над 65 години.

Сред *причините за хоспитализация по класове* водещи са болестите на органите на кръвообращението (14.1%), болестите на дихателната система (10.3%), и болестите на храносмилателната система (8.7%) които обуславят общо 33,1% от хоспитализациите.

Структурата на хоспитализираните по класове се различава съществено по възрастови групи. При лицата 0-17 години водещи са болестите на дихателната система (34.9%). При лицата от 18 до 64 г. водещи са 3 класа : фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (13.8%), бременност, раждане и послеродов период (11.2%) и болести на органите на кръвообращението (10.7%). При лицата на възраст 65 и повече години на първо място в структурата са болестите на органите на кръвообращението (25.0%), следват фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби

¹¹ НЦОЗА

(15.4%) и болести на храносмилателната система (9.2%), които общо обуславят близо от половината от хоспитализираната заболяемост в тази възрастова група.

1.1.11. Трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане

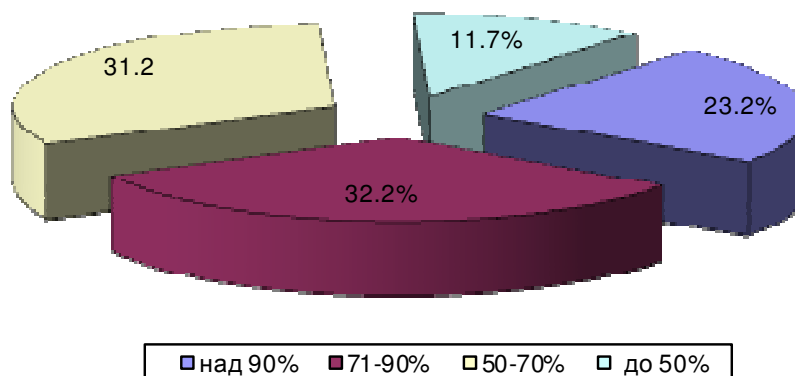
По данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦОЗА¹², базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК, броят на *лицата с първично определена трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст* през последните години намалява, но през 2013 г. показва известно увеличение и достига 68 887 души.

Съгласно промяна в Закона за здравето, влязла в сила от началото на 2005 г., трайно намалената работоспособност на лица, навършили 65 години, се определя пожизнено. След 2008 г. в динамика се наблюдава увеличаване на броя на пожизнените лица с трайно намалена работоспособност, който достига през 2013 г. 44 141 лица (23.5% от всички освидетелствани и преосвидетелствани). Най-висок остава броят и делът на лицата със срок на трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане 3 години (68 968, което обуславя 36.7% от лица с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане). Намаление се отчита при дела на лицата с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане със срок 1 и 2 години.

В същото време следва да се отчете, че броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане е значителен – през 2013 г. е 187 949 души, почти по равно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група над 60 години (38.6%), следвани от възрастовата група 50-59 години (35.6%).

Относителният дял на освидетелстваните лица над 16 г. с трайно намалена работоспособност 71-90% се увеличава в сравнение с предходната година и е най-висок — 32.2% (фигура 17). Следват лицата с 50-70% трайно намалено работоспособност – 31.2% при 31.8% за 2012 г. Всяко четвърто лице с трайно намалена работоспособност над 16 годишна възраст е с над 90% трайно намалена работоспособност – 23.2% (23,7% за 2012 г.) и до 50% са 11.7% (12.1% за 2012 г.). Спрямо 2012 г. е увеличен броят на лицата с трайно намалена работоспособност до 50% (съответно с 609 души).

Фигура 17. Структура на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 г. възраст по степен за 2013г.



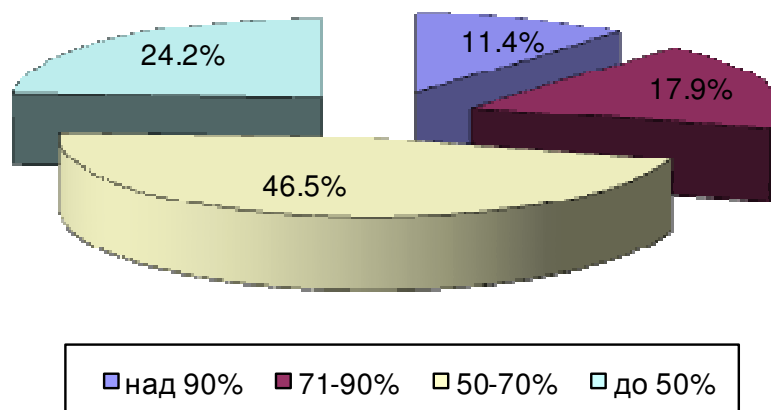
Източник: НЦОЗА

¹² НЦОЗА. Инвалидност в Р.България през периода 2001-2012 г., София, 2012

Най-честата причина за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 години са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 36.3% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (19.3%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (10.0%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.8%) и др. Тази структура, с много малки колебания се запазва през последните 10 години.

След 2008 г. се регистрира увеличаване на броя на освидетелстваните деца до 16-годишна възраст, признати за лица с вид и степен на увреждане, който през 2013 г. е 5 405 деца (при 4 566 за 2012 г.) или 5.1 на 1000 население до 16 години (4.4‰ за 2012 г.). Най-голям е броят и делът на децата със степен на увреждане 50-70% – 2 514 (46.5%). Всяко пето дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (17.9%), с най-тежката степен над 90% са 11.4% (фигура 18).

Фигура 18. Структура на децата, първично определени с вид и степен на увреждане до 16 г. възраст, по тежест- за 2013 г.



Източник: НЦОЗА

Структурата на причините за вида и степента на увреждане при децата е различна от тази при лицата над 16-годишна възраст. Най-честата причина са болестите на дихателната система (29.2%), на нервната система (16.3%), психичните и поведенческите разстройства (15.2%) и вродените аномалии (15.8%) Тази структура се запазва през годините.

1.1.12. Оценка на здравето състояние на децата и учениците

Оценката на здравето състояние на децата и учениците е изготвена въз основа на данните от моментната болестност (всички регистрирани заболявания при профилактични прегледи), физическото развитие и дееспособност по данни на МЗ (от 28-те РЗИ в страната).

Здравно състояние на децата от 1-7 години

От 235 047 деца, посещаващи детско заведение, с профилактичен преглед са обхванати 214 004 т.е. 91%, което в сравнение с предходните две години, показва намаляване обхвата на децата с профилактичен преглед (2012 г. - 92.3%, 2011 г. - 91,8%) .

Регистрирани са общо 16 627 заболявания. С отклонения в здравното състояние са 78 деца на 1000 прегледани. Очертава се тенденция за намаляване броя на децата със здравословни проблеми, в сравнение с 2012 г. – 87‰, 2011 г. 93‰ (таблица № 6).

Водещо място в структурата на заболяванията при децата от 1 до 7 г. заема бронхиалната астма, която е регистрирана при 11.5‰, запазва се очертаващата се тенденция за увеличаване на случаите. На второ място са децата с проблеми в зрението – 8.5‰, предимно при децата на възраст 3-7 години, следват децата с хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации, регистрирани при 8.2‰.

Над 96% от децата са с нормално физическо развитие. Основните показатели за физическо развитие (ръст и телесна маса) са в границите на нормата ($X \pm S$) и разширената норма ($X \pm 2S$) за тази възраст. С наднормено тегло са 2% от децата, а 1.2% от децата изостават във физическото си развитие по показател ръст (таблици № 7 и № 8).

Анализът на резултатите за физическата дееспособност на децата от 3 до 7 г. показват, че нормите са покрити от 190 437 деца (94%).

Броят на диспансеризираните деца през 2013 г. е 7 542 (3.5%) от общо 214 004 деца, на които е проведен годишен профилактичен преглед. През 2012 г. диспансеризираните деца са 4.3%, т.е. има намаление с 0.8%. С болести на дихателната система са 4 427 деца (59 %), като най-голям е броят на децата с астма – 2 641 (35% от всички диспансеризирани деца).

На фона на установените положителни тенденции по отношение намаляване на заболемостта, основен проблем във възрастовата група 1-7 г. през последните години остават заболяванията на дихателната система и повишаването на случаите на деца с астма, като водещо заболяване във възрастта 3-7 години.

Здравно състояние на учениците (7-18 г.)

През 2013 г. с профилактичен преглед са обхванати 574 324 ученика (86.6% от всички подлежащи). Все още е недостатъчен делът на преминалите профилактичен преглед ученици, но през последните години е констатирано плавно нарастване, през 2011 г. - 81.1%, през 2012 г. - 84%.

Регистрирани са общо 46 860 заболявания, т.е. 82 от 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравното състояние (таблица № 9).

Отново затлъстяването е водещ проблем в здравословното състояние на учениците. Броят на учениците със затлъстяване през 2013 г. е 11 183 (19.5‰), но се наблюдава тенденция за намаляване на този брой: през 2011 г. със затлъстяване са 22.2‰, за 2012 г. - 12 017 (21.7‰).

Нездравословното хранене е основен рисков фактор за наднорменото тегло и затлъстяването. В тази връзка, с цел повишаване информираността относно рисковете за здравето през 2013 г. от 28-те РЗИ са организирани 38 масови прояви, проведени са 44 семинари и курсове, 393 лекции и дискусии, 207 видеопокази. Издадените са 5 бр. заглавия здравно-информационни материали, в тираж 3250.

На второ място в структурата на заболяемостта са болестите на окото – смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, установени при 8 608 ученика (15‰). Резултат идентичен с предходната 2012 г. (15.6‰). Проблемите със зрението на учениците продължава да бъде сред водещите, поради неспазване на здравните изисквания и норми при ползване на компютър в домашни условия, както и продължителният престой пред телевизора.

Следва бронхиалната астма – 4 386 (7.6‰) и заболяванията на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания) – 2 912 (5.1‰), за предходната година съответно 7.8‰ и 5.3‰.

По отношение на основните антропометрични показатели, 95.3% от учениците са в норма или в разширената норма по показател ръст и 93.5% по показател тегло (таблици № 10 и № 11).

С ръст под 2 стандартни отклонения от нормата, т.е. с много нисък ръст, са 11 924 (1.9% от учениците), а с много висок ръст са 16 824 ученика (2.8%). Не се наблюдават съществени различия по пол.

Увеличава се обаче броят на учениците с наднормено тегло, които са общо 27 287 (4.5%), като най-голям е делът на учениците при 7-14 годишните момчета (4.9%).

От предоставените данни от РЗИ за 652 013 ученици, които участват в часовете по физическо възпитание, 626 036 ученика (96%) са покрили нормите за физическа дееспособност.

През 2013 г. броят на диспансеризираните ученици е 24 018, т.е. 4.2% от преминалите на профилактичен преглед 574 324 ученика. Резултатите са идентични през последните години. Най-голям е броят на учениците с болести на дихателната система 7 410 (31%). С диагноза астма с преобладаващ алергичен компонент са 4 980 ученика (20.7%).

Следват учениците с болести на окото – 4 291 (18%); през 2012 г. - 18.4%.

С болести на нервната система са 3 163 - 13.2%, (2012 г. - 13.6%), като най голям е броят на диспансеризираните ученици с епилепсия – 2 060 (8.6%).

За изминалата 2013/2014 учебна година броят на учениците, напълно освободени от часовете по физическо възпитание, е 10 895, т.е. 1.6% от учениците не играят физическо възпитание, поради здравословни проблеми. В някои училища има организирани групи по лечебна физкултура, в които са включени общо 1 804 ученици, а предходната година са били 2 445 ученика.

Таблица 6. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на децата, проведен в периода септември – декември 2013 г.

Заболявания и аномалии	Шифър	Брой деца всичко	В това число	
			0-3 г.	3-7 г.
а	б	1	2	3
Общ брой деца	0	235 047	32 478	202 569
Общо прегледани деца	01	214 004	30 172	183 832
Туберкулоза (A15-A19)	02	6		6
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	03	12	1	11
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	04	22		22
Захарна болест (диабет) (E10)	05	82	4	78
Затлъстяване (E65-E68)	06	1 569	84	1 485
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	07	157	27	130
Неврози (F40-F48)	08	103	3	100
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	09	358	21	337
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	395	23	372
Олигофрения (F70-F79)	11	36		36
Детска церебрална парализа (G80)	12	228	8	220
Епилепсия (G40)	13	361	17	344
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	205	12	193
Смущения в зрението (H53)	15	1 465	63	1 402
Слепота и намалено зрение (H54)	16	152	6	146
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	262	42	220
в т.ч. Глухота (H90)	18	93	10	83
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	15		15
Хипертонична болест (I10-I15)	20	4		4

Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	21	1 755	232	1 523
Алергичен ринит (J30)	22	1 415	215	1 200
Пневмония (J12-J18)	23	1 829	422	1 407
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	979	200	779
Астма (J45)	25	2 455	175	2 280
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	60	11	49
Гастрит и дуоденит (K29)	27	91	10	81
Абдоминална херния (K40-K46)	28	27	1	26
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	3		3
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	16		16
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	87	6	81
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	11		11
Кръвотечения от половите орг. и смущения на менструацията (N91-N94)	33			
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	20	2	18
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	171	8	163
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	218	3	215
Вродени аномалии (Q00-Q99)	37	338	27	311
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	177	10	167
крипторхизъм (Q53)	39	16	2	14
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	5		5
Други	41	1 715	439	1 276
Открити заболявания - всичко	42	16 627	2 062	14 565
На 1000 прегледани деца		78 ‰	68 ‰	79 ‰

Таблица 7. Сборна таблица за индивидуална оценка на ръста

I група норма	II група разширена норма	III група извън нормата	
		под (X - 2S)	над (X + 2S)
брой деца (X ± 1S)	брой деца между (X ± 1S) и (X ± 2S)		
206 565	19 546	2 810	2 643
89.2 ‰	8.4 ‰	1.2 ‰	1.1 ‰

Таблица 8. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесна маса

I група норма	II група разширена норма	III група извън нормата	
		под (X - 2S)	над (X + 2S)
брой деца (X ± 1S)	брой деца между (X ± 1S) и (X ± 2S)		
202 313	22 255	2 600	4 630
87.3 ‰	9.6 ‰	1.3 ‰	2.0 ‰

Таблица 9. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците, проведен в периода септември – декември 2013 г.

Заболявания и аномалии	Шифър	Брой ученици всичко	В това число:		
			I клас	VII клас	X клас
а	б	1	2	3	4
Общ брой ученици	0	662 908	59 394	56 252	42 531
Общо прегледани ученици	01	574 324	55 226	47 173	35 119
Туберкулоза (A15-A19)	02	53	3	7	2
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	03	139	11	7	12
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	04	241	8	25	30

Захарна болест (диабет) (E10)	05	666	61	80	88
Затлъстяване (E65-E68)	06	11 183	1 227	1 465	886
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	07	406	33	44	29
Неврози (F40-F48)	08	390	34	50	45
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	09	902	160	94	41
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	1 690	217	20	118
Олигофрения (F70-F79)	11	795	68	87	61
Детска церебрална парализа (G80)	12	716	112	63	47
Епилепсия (G40)	13	1 667	190	188	140
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	2 147	218	261	161
Смущения в зрението (H53)	15	5 807	615	724	550
Слепота и намалено зрение (H54)	16	654	68	60	35
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	647	85	80	44
в т.ч. Глухота (H90)	18	431	51	33	34
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	65	3	9	13
Хипертонична болест (I10-I15)	20	460	3	50	97
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	21	984	210	147	61
Алергичен ринит (J30)	22	1449	181	152	151
Пневмония (J12-J18)	23	726	142	77	61
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	649	174	85	43
Астма (J45)	25	4 386	662	415	293
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	206	9	15	19
Гастрит и дуоденит (K29)	27	509	38	70	68
Абдоминална херния (K40-K46)	28	48	4	8	7
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	27	1	2	3
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	80	7	4	9
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	260	20	26	25
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	212	7	18	39
Кръвотечения от полов. орг. и смущ. на менструацията (N91-N94)	33	208		33	45
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	440	23	22	54
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	714	89	58	89
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	2 912	444	379	203
Вродени аномалии (Q00-Q99)	37	1 185	121	93	84
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	549	65	47	27
крипторхизъм (Q53)	39	25	4		
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	245	14	14	38
Други	41	2 992	310	278	164
Открити заболявания - всичко	42	46 860	5 572	5 392	3 855
На 1000 прегледани ученици със заболяване са:		82 ‰	100 ‰	114 ‰	110 ‰

Таблица 10. Сборна таблица за индивидуална оценка на ръста

I група норма		II група разширена норма		III група извън нормата			
брой ученици (X ± 1S)		брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S)		под (X - 2S)		над (X + 2S)	
7-14 г.	14-18 г.	7-14 г.	14-18 г.	7-14 г.	14-18 г.	7-14 г.	14-18 г.

Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та
168 911	159913	90 446	82 593	26 315	23 971	15 022	13 730	4034	4032	2081	1777	5249	4769	3656	3150
82.6 %	83.0 %	81.3 %	81.6 %	12.9 %	12.4 %	13.5 %	13.6 %	1.97	2.1	1.9	1.7%	2.6	2.5%	3.3%	3.1%

Таблица 11. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесна маса

I група норма				II група разширена норма				III група извън нормата							
брой ученици (X ± 1S)				брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S)				под (X - 2S)				над (X + 2S)			
7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.		7-14 г.		14-18 г.	
Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та	Момчета	Момиче-та
163 460	154463	88304	81005	27169	24732	15834	14541	3799	3915	2430	2242	9941	8554	5145	3647
79.9 %	80.6 %	79.0 %	79.9 %	13.3 %	12.9 %	14.2 %	14.3 %	1.9%	2.0%	2.2%	2.2%	4.9%	4.5%	4.6 %	3.6 %

Таблица 12. Физическа дееспособност

Показател	Общ брой ученици	7 - 14 г.		14 - 18 г.	
		Момчета	Момичета	Момчета	Момичета
Брой ученици, получили оценка над среден (3) при изследване на физическата дееспособност	626 036 - 96 %	211 532	198 517	114 097	101 890
Брой ученици, освободени от часовете по физическо възпитание	10 895 - 1.6 %	2 196	2 183	2 242	4 274
Брой ученици, включени в групи по лечебна физкултура в училище	1 804	562	613	377	292

1.1.13. Психично здраве

Броят на психично болните под наблюдение на психиатричните заведения намалява от 1981.7‰ през 2012 г. на 1442.03‰ през 2013 г. и това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения, афективно разстройство и др.¹³ Реалният брой на психично болните вероятно е по-голям, поради липсата на цялостна информационна система с която да се осъществява регистрация и проследяване на тези болни след тяхното изписване от лечебното заведение или първоначално диагностициране в извънболничната помощ, както и нормативна уредба която да гарантира тази дейност.

Проучвания на СЗО показват, че при около 25-30% от първоначалните контакти със здравната мрежа става въпрос за някакво психично страдание. У нас, по данни от проведено епидемиологично проучване на психичната болестност (ЕПИБУЛ)¹⁴ 19.5% от българската популация през даден етап от живота си е преживяла психично разстройство.

Най-разпространеното често психично разстройство е тревожното разстройство (11.4%), като групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13.2%) е най-засегната от него. Разстройствата на настроението (6.2%) са на второ място, като най-често се срещат при хората над 65 години (9.1%). Разстройствата, дължащи се на употреба на психоактивни вещества – 3.3%, е третата по разпространение група разстройства¹⁵.

Така наречените тежки психични разстройства включват шизофрения, тежка депресия, органични и други видове деменции, както и психични нарушения поради

¹³ НЦОЗА

¹⁴ Световен консорциум за изследвания на психичното здраве, <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>

¹⁵ Околийски М, Зарков З, Броцилов А, Хинков Хр, Накв В, Динолова Р, Димитров П, Томов Т. Национално представително епидемиологично проучване на честите психични разстройства в България (2003-2007): Годишна (12 месечна) и пожизнена болестност, тежест и коморбидност на честите психични разстройства „Българско списание за обществено здраве“ 2010; 2: 2-13

изоставане в развитието. Обединяващ критерий за тази група и основно за шизофренните разстройства са нарушенията на социалните функции на индивида, водещи до социална изолация и някаква степен на инвалидизация. Социалното и икономическото значение на тази група разстройства обаче е голямо поради ангажирането на значителен обществен ресурс. 21.6% от дните, загубени в неработоспособност у нас, са по причина на психично разстройство¹⁶.

През 2013 г. честотата на самоубийствата на 100 000 население в България е 9.44. Това поставя България сред държавите със средна към ниска честота на суицидната смъртност. Честотата на самоубийствата при жени е 3.84‰ и е 3.7 пъти по-ниска от честотата при мъжете – 14.27‰. Общият брой на регистрираните опити за самоубийства е 3020¹⁷. От тях 21.5% са били с фатален изход.

През 2013 г. беше приета Национална програма за превенция на самоубийствата и План за действие с източници на финансиране – държавен бюджет и външни източници.

През 2013 г. стартира и проект Съвместно действие по психично здраве в рамките на Европейската комисия където България участва в два работни пакета.

1.2. Рискови фактори

1.2.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда

Социално-икономическите, културните условия, условията на околната среда имат съществено въздействие върху индивидуалното здраве и съответно върху индивидуалните рискови фактори.

1.2.1.1. Доходи и разходи

Ръстът на **доходите на домакинствата през 2013 г.** леко изпреварва този на разходите. През 2013 г. доходите на домакинствата са нараснали с 11,3% за година, като общият годишен доход средно на лице от домакинство е бил 4 814 лв. (Общият доход средно на лице от домакинството през четвърто тримесечие на 2013г. се повишава с 6,1% спрямо същия период на 2012г.)

Работната заплата продължава да бъде основен източник на доход за домакинствата – 53,1% от общия им доход, докато през 2012 г. тя е била 52,7%, като номинално изражение доходът на домакинствата от работна заплата се е увеличил с 12,1%. През 2013г. домакинствата са разполагали средно на лице с 2 557 лв., получени от работна заплата, докато през 2012 г. тези средства са възлизали на 2 281 лв.-относителният дял на работната заплата за последно тримесечие на 2013 се е покачило с 1,8 пункта спрямо същия период на 2012г.

Пенсите отново са вторият по значимост източник на доходи за българските домакинства. Те формират 25,4 % от общия им доход през 2013 г., докато за предходната 2012 г. техният дял е бил 26,7% следователно относителният им дял се запазва почти без промяна. За четвърто тримесечие на 2013 г.те достигат размер 311 лв средно на лице от домакинство спрямо същият период на 2012г.или нарастват с 7,5%.

Общо **социалните трансфери** (пенсии, семейни добавки за деца, социални помощи, стипендии и обезщетения при безработица) формират 28,5% от общия годишен доход на лице от домакинство през 2013 г., а за предходната 2012 г. този дял е 30,1%. Те са формирали 33.3% от общия годишен доход на лице от домакинство през 2011 г., а през 2010 г. този дял е 34.2%.

¹⁶ Хр. Хинков, М. Околийски, З. Зарков, В. Наков, Пл. Димитров, Т. Томов. Дни загубени в неработоспособност поради чести психични и соматични разстройства. "Българско списание за обществено здраве". София, Том IV, кн. 1 2012 г.: 40-52

¹⁷ Наков, Вл. Брошилов, А. Самоубийствата в България през 2010 г. "Рецептор", кн. I/2012г.: 25-30

Според данните за четвърто тримесечие на 2013 г. спрямо същият период на 2012 г. доходите **от самостоятелна заетост** средно на лице от домакинство остават без промяна – относителният им дял намалява с 0,5% пункта и представлява 6,9% от структурата на общият доход.

През 2013 г. относителният дял на дохода от домашно стопанство е приблизително на нивото от 2012 г. и е 1,6% от общия доход на домакинствата. През 2011 г. тя е едва 1,7% и продължава тенденцията на намаление на относителния дял на дохода от домашно стопанство в общия доход на домакинствата. За сравнение през 2002 г. този дял е 19.7%, през 2005 г. е 13.4%.

През четвърто тримесечие на 2013 г. относителният дял на паричният доход на домакинствата в общия доход почти се запазва както при предходни периоди – 98,2%.

Фигура 19. Доходи за 2012г. и 2013 г., в %



Източник : НСИ

Разходи

При разходите за 2013г. регистрираният ръст на годишна база е с 10,1%, като домакинствата са изразходвали средно на лице – 4 466 лв. Най – голям дял при формиране на общият разход на домакинството имат разходите за жилище и храна – 49,6% от всички разходи.

През 2013 г. се отчита нова тенденция при разходите за храна - относителният дял на разходите за храна от общия разход намалява от 33,4% през 2012 г. на 33,2% през 2013 г. За храна са изразходвани 1 480 лв. средно на лице от домакинството. Най – съществено перо от бюджета са за храна и безалкохолни напитки (относителният им дял в общия разход намалява с 0,4% пункта и е 34,1% през четвърто тримесечие на 2013 г.). През 2013 г. домакинствата са ограничили консумацията на хляб и тестени изделия с 3,3 кг и през 2013 г. тя достига 97,8 кг средно на лице.

Повишава се консумацията на безалкохолни напитки, риба, плодове, зеленчуци, месо и месни произведения, прясно мляко, сирене, кашкавал и яйца. Известно понижение се наблюдава при консумацията на кисело мляко и картофи.

През 2013 г. най-много са се увеличили **разходите на домакинствата** за транспорт (с 19,2%) и съобщения (със 7,3%). Като абсолютни стойности разходите за транспорт и съобщения се увеличават с 13,7% и достига 124 лв. средно на лице от

домакинството, а относителният им дял намалява с 0,6% пункта и е 10,9% от общия разход на домакинството през четвърто тримесечие на 2013 г.

Нарастване спрямо 2012 г. на разходи **за бита** (жилище-обзавеждане и поддръжане, вода, електроенергия и горива) - с 1,8 на сто за 2013 г. За 2012 г. разходите за бита отчетоха най-висок ръст - 26% спрямо 2011 г. За четвърто тримесечие на 2013 г. разходите за дома или бита отбелязват 15,5% в общия разход и се понижават от 183 лв за четвърто тримесечие на 2012 г. на 176 лв средно на лице от домакинството.

Разходите за алкохолни напитки и цигари намаляват. За четвърто тримесечие на 2013 г. относителният им дял намалява с 0,4% пункта, по –малко в сравнение на същият период на 2012 г. За поредна година нараства потреблението на алкохолни напитки от 26,3 л през 2012 г. на 27,1 л на лице от домакинство през 2013 г. Намалява потреблението на цигари от 601 бр. на лице през 2012 г. на 596 бр. през 2013 г.

Разходите за облекло и обувки се запазват с общ дял в общия разход – за 2012 г. и 2013 г. са почти изравнени.

Фигура 20. Разходи за 2012 г. и 2013 г. в %



Източник : НСИ

Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. Нарастване спрямо 2012 г. се потвърждава през 2013г. - разходите за здравеопазване с 9,9%. През 2000 г. домакинствата са разходвали 3.6% за здравеопазване, през 2010 - 5.5%, докато през 2011 г. са достигнали 5.8%. Средният разход за здравеопазване за едно българско домакинство през 2011 г. е 497 лв., докато средният разход на едно лице е 196 лв. Средният разход за здравеопазване на едно българско домакинство през 2012 г. е 501 лв, а през 2013 г. е 553 лв. Средният разход за едно лице през 2012 г. възлиза на 212 лв. докато през 2013 г. е 233 лв. на едно лице или с 21 лв. повече.

По данни на СЗО и Евростат България заема последно място по разходи за здравеопазване на глава от населението. В сравнение с другите европейски страни у нас е най –нисък процент от БВП за здравеопазване - 4,1% за 2013г. За 2013 г. в бюджета средствата не се увеличават чувствително – 3,353 млрд лв., което е 10,9% от общите разходи на страната.

Фигура 21. Среден разход на домакинство и на едно лице за здравеопазване, в лв



Източник : НСИ

Бедност

Бедността е фактор с многопосочно въздействие върху здравето в неговите биологични, психични и социални намерения. Не съществува универсално европейско решение за бедността и социалното изключване.

От 2010 година обаче гражданите на общността в Европа изпитват непрекъснати финансови затруднения. В последните месеци се налага да прибегват до спестяванията си дори и за да покрият ежедневни разходи. Според последни данни 12% от домакинствата в общността харчат от спестяванията си, за да плащат месечните си сметки. В същото време 5% от европейските домакинства трупат задължения именно защото не могат платят разходите си. На този фон делът на домакинствата, заплашените от бедност и социално изключване, като средна стойност в ЕС, се запазва относително устойчив през 2013 г. На национално ниво обаче има държави, в които заплахата от увеличаването на бедността расте през последните години, макар и преди кризата нивата ѝ да са били ниски.

Границата на бедност през 2013 г., (базирана на потребителска кошница от 77 жизнено важни стоки и услуги за физическо оцеляване), е 214 лв. и отчита ръст спрямо предходната година с 1.9%. В сравнение с 2008 г. се наблюдава темп на нарастване с 18.2%. Въпреки увеличението на минималната работна заплата, нетният ѝ размер остава под официално обявената от правителството линия на бедността (236 лв.). През 2012 г. нетният размер на минималната работна заплата е 222,08 лв.

През четвъртото тримесечие на 2013 г. темпът на нарастване при хранителни стоки за издръжката на бедните е от 1.1%, а при нехранителните стоки – с 0.5%. Поскъпването на живота на бедните домакинства през четвъртото тримесечие се дължи на нарастването на цените на някои основни хранителни стоки, характерни за домакинствата с ограничен потребителски модел, като: прясно мляко (2.2%); зрял фасул (6%); малотрайни салами (1.4%); картофи (2.9%). Въз основа на съотношението между необходимите средства за издръжката на живот и на общ доход на лице от домакинството и данните за разпределението на домакинствата по доходни групи **за третото тримесечие** на 2013 г., може да се направят следните заключения:

- С общ доход на 1 лице от домакинството **до 310 лв.** са 41.5% от домакинствата в страната (около 2 млн. 994 хил.). Наблюдава се намаление с 8.8% или с около 288 000 лица спрямо същия период на 2012 г., което основно се дължи на увеличаване на МРЗ от началото на 2013 г.

- **Под линията на бедност** остават около 23% от домакинствата в страната (с общ доход на 1 лице до 214 лв.). В сравнение със същия период на 2012г. броят на лицата под прага на бедност се запазват на същите нива, като в абсолютно изражение са около 1 млн. 659 хил. лица.
- С общ доход на 1 лице от домакинството от **311 до 565 лв.** са **38.5%**, това представлява около 2 млн. 777 хил. лица. Техният дял нараства с 6.9% спрямо предходната година или с около 180 000 лица;
- Домакинствата с общ доход на 1 лице над издръжката на живот (565 лв.) са около 20%, това представлява около 1 млн. 422 хил. лица. При тази група се отчита нарастване с 8.1% или с около 108 000 лица за годишен период.

80% от домакинствата в страната живеят с общ доход на 1 лице под необходимите средства за издръжка на живота. Независимо от факта, че под влиянието на увеличението на МРЗ делът на нискодоходните групи отчита слабо намаление, все още броят на живеещите лица в крайна бедност и лишения се запазва на същите нива.

България е сред държавите-членки на ЕС, в които рискът от бедност за населението е над средното равнище за ЕС. Докато през 2009 г. рискът от бедност след социални трансфери застрашава 21.8% (за ЕС 27 е 16.3%), или бедни са били около 1 657 000 лица, през 2011 г. процентът нараства до 22.34%, или бедни са 1 673 000 лица. Понастоящем 49%, или над 3.5 млн. от населението на страната, живее в риск от бедност или социално изключване. По възрастови групи рискът само от бедност е най-висок за населението в надтрудоспособна възраст - 30.9% и за децата до 18-годишна възраст - 28.9%. Според икономическият статус рискът само от бедност е най-висок за безработните - 52,2% и пенсионерите – 28,3%, докато останалите икономически неактивни лица са 27,8%.

България заема второ място сред страните от ЕС- 27 по брой на лицата във възрастова група над 65 г., които са в риск от бедност - 32% от всички лица в тази възрастова група. Работещи бедни, които имат работа, но заплащането не е достатъчно за осигуряване на основен жизнен стандарт, са 8.2% от заетите. Разликата между доходите на най-бедните и най-богатите 20% от домакинствата е 6.5 пъти. Децата са специфична уязвима група, която в много голяма степен е застрашена от риск от бедност и социално изключване (52% от всички деца). Среща се най-често при деца в домакинства с ниски доходи, деца с увреждания, онези, които са лишени от родителски грижи и които живеят в лоши жилищни условия. Нивото на бедност сред българските деца е едно от най-високите за ЕС. 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. Според последните изследвания на ЕК рискът от бедност в България е най-висок.

Безработица

Въпреки регистрираната в края на 2013 година положителна тенденция на прекъсване ръста на безработица в България, тя продължава да расте. В последните месеци заетостта в Европа остава под 70%, определена от ЕК. Заети в ЕС са 68,3% от трудоспособното население, тъй като се задълбочават финансовите трудности на домакинствата в ЕС. През 2013 г. реалният брутен располагаем доход продължава да намалява, независимо, че темпото се забавя. Данните показват, че слаб ръст на заетостта има в сектора на търговията, а в промишлеността и строителството съкращаването на работни места се забавя. На този етап обаче е твърде рано за заключения дали икономическият ръст в ЕС е съпроводен и с възстановяване на пазара на труда.

През 2013 г. **безработицата в България** се е увеличила с 0,6 процентни пункта в сравнение с 2012 година до ниво от **12,9%**. При мъжете коефициентът на безработица е нараснал с 0,4 процентни пункта, а при жените - с 1 процентен пункт, като достига съответно нива от 13,9 и 11,8%. Общо безработните са били 436,3 хил., от които 249,8 хил. са мъже и 186,5 хил. - жени.

Младежката безработица в България също се е увеличила през посочения период. Коефициентът на безработица сред младежите до 24 години е 28,4%, а за тези до 29 години – 21,8%. В сравнение с 2012 година безработицата за тези възрастови групи се увеличава съответно с 0,3 и 1 процентни пункта. Младежката заетост продължава да бъде сериозно засегната от кризата в цяла Европа. През 2013 г. само една трета от младите хора от Европа във възрастовата група (14 -25) имат работа, като голяма част от тях заемат длъжности на половин работен ден или по временна заетост. Делът на продължително безработните в България (от една или повече години) са 250,3 хил., или 57,4% от всички безработни, като коефициентът е по-голям при жените.

През 2013 г. броят на икономически активните у нас (всички заети и безработни) е малко над 3,3 милиона души, или 68,4% от населението. В сравнение с 2012 г. коефициентът на икономическа активност нараства с 1,3 процентни пункта.

Икономически неактивните (не са нито заети, нито безработни) са малко над 1,5 милиона души, или 31,6%. Броят на обезкуражените, които не са ангажирани нито с обучение, нито със заетост, е 206,5 хиляди.

Общият брой на зетите, които не работят, но имат работа, от която временно отсъстват, е 2,9 милиона души, или 46,9% от населението на 15 и повече навършени години.

На минимална работна заплата при пълно работно време към края на септември 2013 г. са наети 192 934 лица, или 8,5% от всички наети. Наблюдава се увеличение на наетите на МРЗ с около 62 416 лица в сравнение със същия период на 2012 г. Въпреки увеличението на МРЗ с 6,9% през 2013 г. спрямо 2012 г., сравнителният анализ на европейско равнище показва, че по размер България продължава да заема последно място в ЕС сред 28 държави – членки.

Въпреки ръста на безработицата, който се отчита за 2013 г. за България пазарът на труда започва бавно да се нормализира. Броят на хората, които излизат от пазара на труда продължава да бъде по-голям от входящия поток.

Икономическата криза се отразява върху заетостта в групите от най-образованите безработни лица, поради което проследяването на тяхната динамика през последните четири години е от особен интерес.

Наблюдаваните през последните години значителни териториални различия в равнището на безработица се запазват. Картографирането на бедността в страната очертава драстични различия в териториален план. По експертни оценки, съществени са и различията в профила на бедност в градовете и в селата. Градската бедност е парична, докато бедността в селата е очертана от липсата на работа, некачествени или недостъпни здравни, образователни и социални услуги.

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

В България заетостта, която е показател за състоянието както на пазара на труда така и напредъка на икономиката, се свива всяка година. При отчетена заетост от 70% през 2008 г., то през 2013 г. тя спадна до около 59%.

Според оценката на Изпълнителният борд на Международния валутен фонд, България е отличник относно финансовата и макроикономическата стабилност, но икономическият ръст е слаб и безработицата е висока. Препоръчителни са конструктивни структурни реформи, водещи до изравняване на доходите в ЕС, продуктивен икономически ръст и създаване на работни места.

Образование

Образованието е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация. Образователната система в България е институционално добре интегрирана. Системата на образователните институции включва детски градини, училища, професионални гимназии и колежи, висши училища.

- През учебната 2013/2014 г. в детските градини са записани 240.6 хил. деца, като се наблюдава увеличение от 2.4% в техния брой в сравнение с 2012/2013.

- През 2013 г. завършилите средно образование в общообразователни и професионални училища са съответно 28.9 и 27.4 хил. ученици.

- Броят на записаните в различните степени на висшето образование за 2013/2014 учебна г. остава почти без промяна в сравнение с предходната 2012/2013 учебна г. - 277.2 хил., като се наблюдава спад в броя на студентите в частните университети.

- Значително се увеличава броят на докторантите, като към 31.12.2013 г. в образователна и научна степен „доктор” у нас се обучават 6 055 лица, или с 12.7% повече в сравнение с предходната учебна година.

Засилва се тенденцията на модернизирани на учебните програми в средното и висше образование, което се осъществява чрез подзаконова и законова нормативна уредба в резултат на ежегодното външно оценяване на всеки образователен етап и е в съответствие с Европейската референтна рамка за ключови компетентности. Работи се по програмата Учене през целия живот, като се акцентира на продължаващо образование на заетите лица и обучение на възрастни, лица в неравностойно положение и лица в бедност. Разходите за отрасъл образование е 4.0% за 2013 г. спрямо 3,6% през 2012г. от БВП. Планираните средства за програмите и дейностите в областта на образованието възлизат на 2 919,9 млн. лв (3,6% от БВП) или 9,5% от общо разходите, като спрямо бюджета за 2012 г. бележат ръст от 172,8 млн. лв, като се запазва тенденцията на усвояване на средства от държавния бюджет и европейски фондове.

Фигура 22. Обучение на студенти-магистри в държавни и частни училища, в хиляди



Източник : НСИ

Качественото обучение и образование, разширяването на обхвата и улесняването на равния достъп ще се постигат чрез финансиране на програми за:

- обвързаност на образователните процеси с реалните нужди на икономиката;
- осигуряване на равен достъп до образование;
- развитие на качеството на предлаганото образование;
- подобряване на условията за достъп до висше образование чрез прилагане на финансови мерки за подпомагане на студенти, докторанти и специализанти.

2.2.2. Рискови фактори, свързани с околната среда

2.2.2.1. Атмосферен въздух ¹⁸

Съгласно чл. 19, ал. 1 от Закона за чистотата на атмосферния въздух (ЗЧАВ) Министерството на околната среда и водите провежда държавната политика по опазване чистотата на атмосферния въздух за осигуряване на устойчиво развитие.

Съгласно чл. 19, ал. 2 на същия закон общинските органи и регионалните инспекции по околната среда и водите (РИОСВ) осъществяват контрол и управление на дейностите, свързани с осигуряване чистотата на въздуха на тяхната територия.

Съгласно чл. 20 от ЗЧАВ качеството на атмосферния въздух се следи чрез националната система за наблюдение, контрол и информация върху състоянието на околната среда на МОСВ.

Данните за качеството на атмосферния въздух (КАВ) по основни показатели съгласно действащото законодателство се публикуват ежедневно на интернет страницата на Изпълнителната агенция по околна среда на интернет адрес <http://eea.government.bg/airq/bulletin.jsp>.

Всяка година ИАОС със съдействието на редица ведомства, в т.ч. МЗ изготвя Национален доклад за състоянието и опазването на околната среда.

Съгласно чл. 2, ал. 1 от Наредба № 7 за оценка и управление качеството на атмосферния въздух (обн., ДВ, бр. 45 от 1999 г.) Националната система за наблюдение и контрол извършва оценка на КАВ върху територията на страната, разделена на райони за оценка и управление на КАВ (РОУКАВ) – Столичен, Пловдив, Варна, Северен/Дунавски, Югозападен и Югоизточен.

Оценката на КАВ се изготвя чрез извършване на анализ на основните показатели, характеризиращи качеството на атмосферния въздух – фини прахови частици (ФПЧ₁₀ и ФПЧ_{2,5}), серен диоксид, азотен диоксид, въглероден оксид, озон, бензен, олово, кадмий, никел, арсен и полициклични ароматни въглеводороди, както и други допълнителни замърсители.

Анализът на данните за качеството на атмосферния въздух също се извършва по райони, като се отчита и спецификата на всяко населено място, в което се извършва контрол.

Националната система за наблюдението на качеството на атмосферния въздух на МОСВ се състои от 58 стационарни пункта, в т.ч. 14 пункта с ръчно пробонабиране и последващ лабораторен анализ, 29 автоматични измервателни станции (АИС), 11 ДОАС системи, разположени в градовете Свищов, Никопол, Русе, Силистра, Бургас и Стара Загора (с. Могила, с. Ръжена и с. Остра Могила), както и 4 АИС за мониторинг на КАВ в горски екосистеми (КФС “Рожен”, „Юндола”, „Витиня” и „Старо Оряхово”).

През 2013 г. в два РОУКАВ - Югоизточен (гр. Гълъбово) и Югозападен (гр. Перник) е регистрирано нарушение на КАВ по отношение на допустим брой превишения на средночасовата норма (СЧН) и/или средноденонощната норма (СДН) за

¹⁸ МЗ, Информация относно качеството на атмосферния въздух през 2013г.

серен диоксид. В гр. Димитровград е регистрирано превишение на алармения праг. Основните източници на серен диоксид в Югоизточен РОУКАВ са топлоелектрическите централи от енергиен комплекс „Марица Изток“, а за Югозападен РОУКАВ - „Топлофикация Перник“ ЕАД. Принос към замърсяването в тези градове имат и емисиите на серен диоксид от изгарянето на местни въглища, използвани от населението за битово отопление през зимата.

По отношение на **азотния диоксид** средночасовата норма е превишена в РОУКАВ София - АИС „Павлово“; РОУКАВ Югозападен - АИС „Шахтьор“; средногодишната норма (СГН) е превишена в РОУКАВ София и РОУКАВ Пловдив. Основен източник на азотни оксиди, водещи до превишаване на нормите в двата района са емисиите от автомобилен транспорт.

Замърсяването с **фини прахови частици (ФПЧ₁₀)** продължава да бъде основен проблем за качеството на атмосферния въздух на национално ниво, тъй като превишения на СДН и СГН са регистрирани във всички РОУКАВ - във всеки от тях има поне един пункт, в който са регистрирани повече от 35 средноденонощни стойности, превишаващи ПС за СДН за ФПЧ₁₀ (50 µg/m³). Най-голям брой превишения на СДН за страната са измерени в София, Перник, Пловдив, Видин и Димитровград. Източник на регистрираните наднормени замърсявания са битовите, транспортните и промишлените дейности на територията на съответните общини, както и лошо поддържаните пътни настилки.

Допълнителен принос към замърсяването на атмосферния въздух с прахови частици оказва и влиянието на неблагоприятните метеорологични условия като слабо разреждане на локално емитираните замърсители, включително в резултат на ниски скорости на вятъра (под 1,5 m/s), както и продължителни засушавания.

През 2013 г. показателят **фини прахови частици ФПЧ_{2,5}** е контролиран в 10 ПМ на КАВ - София/„Хиподрума“, София/„Копитото“, Перник/„Църква“, Пловдив/„Каменица“, Стара Загора/„РИОСВ“, Варна/„СОУ „Ангел Кънчев“, Русе/„Възраждане“, Велико Търново/РИОСВ, Комплексна фонова станция „Рожен“ и Витиня, разположени съответно във всички РОУКАВ. Средногодишната норма е превишена в РОУКАВ София, РОУКАВ Пловдив, Югозападен РОУКАВ (ПМ „Църква“) и Северен РОУКАВ („РИОСВ“ В. Търново и Русе). Основен източник на замърсяването са емисиите от транспорта, битовия сектор, промишлената дейност, както и лошо поддържаните пътни артерии.

Концентрациите на **озон** се контролират в 27 пункта. През годината не е регистрирано превишение на прага за предупреждаване на населението (три последователни концентрации над 240 mg/m³) и превишение на прага за информиране на населението (180 mg/m³).

През 2013 г. не е регистрирано превишение на нормата за съдържание на **въглероден оксид** в атмосферния въздух.

През годината не е регистрирано превишение на средногодишната норма за опазване на човешкото здраве за **бензен** (5 mg/m³).

Амоняк се контролира в Димитровград, Девня и Никопол. През 2013 г. в гр. Никопол са регистрирани 29 превишения на пределно допустимата концентрация максимално еднократна (ПДК м.е.) в границите 1,12 – 3,13 пъти, което се дължи на трансгранично замърсяване.

Резултатите от мониторинга на качеството на атмосферния въздух не показват значими разлики в сравнение с предходния наблюдаван период – 2012 г.

Министерство на здравеопазването извършва оценка на здравния риск, въз основа на данните за качеството на атмосферния въздух на Националната система за наблюдение, контрол и информация върху състоянието на околната среда на МОСВ и

местните системи за наблюдение и контрол на КАВ на определени регионални здравни инспекции към МЗ.

През 2013 г. на територията на 10 населени места регионалните здравни инспекции поддържат 17 стационарни пункта, в които качеството на атмосферния въздух се мониторира по показателите: общ суспендиран прах, фини прахови частици, олово, фенол, серен диоксид, азотен диоксид, сероводород и други. Изследвани са общо 3 906 броя проби за аерозоли на прах и тежки метали (3 077 броя проби за 2012 г.) и 45 928 броя проби за газове (44 279 броя проби за 2012 г.). Пробите с отклонения, превишаващи регламентираните съгласно нормативните документи допустими концентрации за всеки конкретен атмосферен замърсител, са съответно: 393 броя, което представлява 10,06 % от всички проби за прахови аерозоли (13,25 % за 2012 г.) и 319 броя за газообразните замърсители, което представлява 0,69 % (1,18 % за 2012 г.). (таблици № 13 и 14).

Таблица 13. Пунктове за мониторинг и изследвания на качеството на атмосферния въздух

РЗИ	Брой пунктове	По ДЗК				По заявки, договори			
		Извършени лабораторни изследвания				Извършени лабораторни изследвания			
		за прах и аерозоли		за газове		за прах и аерозоли		за газове	
		брой проби	от тях нестандартни	брой проби	от тях нестандартни	брой проби	от тях нестандартни	брой проби	от тях нестандартни
Бургас	1	62	3	729	29			11	
Враца	1	223	-	3568	-	2		16	
Кърджали	1	538	47	523	-				
Перник	2	479	217	7696	58	4			
Пловдив	1	352	66	2002	16				
Русе	2	220	33	2880	-				
СРЗИ	3	853	15	17796	-				
София област	2	660	11	7590	215				
Ст. Загора	1	504	-	3024	1				
Ямбол	3	15	4	120	-				
Всичко	17	3 906	393	45 928	319	6		27	

Таблица 14. Брой нестандартни проби и съотношение към общия брой извършени изследвания съответно за прах и газове

Показател/година	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013
общ брой проби (прах)	8 165	7 103	6 476	13 400	11 393	3 077	3 906
над ПДК (брой)	857	637	584	1 689	882	408	393
над ПДК (%)	10,50	8,97	9,02	7,93	7,74	13,25	10,06
общ брой проби (газове)	79 540	77 720	67 728	59 075	47 514	44 279	45 928
над ПДК (брой)	1 866	1 609	1 364	1 057	225	524	319
над ПДК (%)	2,35	2,07	2,01	1,79	0,47	1,18	0,69

И през 2013 г. се запазва високият процент на проби с отклонения, превишаващи регламентираните съгласно нормативните документи допустими концентрации за общосуспендиран прах и фини прахови частици.

Районите с установени проблеми по отношение качеството на атмосферния въздух подлежат на оценка и управление на КАВ чрез задължително разработване или актуализиране на съществуващи общински програми, което е функция от съвместните действия на редица институции и организации, включително регионалните структури на МЗ, МОСВ и общинските администрации.

С цел намаляване на съществуващия потенциален риск за здравето на населението РЗИ изготвят препоръки към общинските органи за редуциране на нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното им въздействие върху здравето на населението.

Мерките, свързани с намаляване на имисионните нива на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението са свързани с изнасяне на промишлените дейности извън урбанизираните територии; намаляване на емисиите на прахови частици, серен диоксид и азотни оксиди от битовото отопление чрез газифициране на населените места; залесяване на общинските терени, възстановяване и поддържане на озеленителните пояси; оптимизиране на съществуващата транспортна схема и на трафика, обновяване на автомобилния парк на градския транспорт, изграждане на вело-алеи, редовно измиване на улиците, с цел намаляване на запрашеността, подобряване системата на сметосъбиране и сметоизвозване, забрана за изгаряне на отпадъци на нерегламентирани терени и др.

1.2.2.2. Въздух в затворени помещения

По **НПДОСЗ 2008-2013 г.** от НЦОЗА, съвместно с РЗИ - Хасково, е проведено проучване за анализиране ролята на факторите, свързани със средата на обитаване и риска от появата на респираторни и алергични заболявания при ученици на възраст от 7 до 11 години. Качеството на въздуха в класните стаи, дефинирано чрез микроклиматичните параметри, както и присъствието на някои химични и биологични замърсители (ФПЧ₁₀, ФПЧ_{2,5}, озон, въглероден оксид, въглероден диоксид, формалдехид, азотен диоксид, летливи органични съединения, наличие на влага и плесен), се асоциира с повишен риск от появата на респираторна симптоматика (задух) и диагностицирана от лекар респираторна и алергична патология (бронхит, пневмония, астма). Поради малкия брой изследвани учебни заведения, съответно ученици, данните от проучването имат само ориентируващ характер и е необходимо да бъдат потвърдени в по-мощно проучване.

*1.2.2.3. Питейни води*¹⁹

Съгласно действащото законодателство водоснабдителните дружества носят пълна отговорност за качеството и количеството на доставяната за населението питейна вода. Качеството на подаваната вода се проверява чрез съвместни мониторингови програми, разработени и изпълнявани от РЗИ и водоснабдителните организации (ВиК операторите), като РЗИ изпълняват мониторинг в размер до 50% от пълния обем на мониторинга, който по задължение следва да се извършва от ВиК дружествата.

Целта на мониторинга е да се провери дали питейната вода, подавана в обособените на територията на страната зони на водоснабдяване, съответства на

¹⁹ МЗ, Информация относно качеството на питейните води през 2013г.

нормативните изисквания на Наредба № 9 за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели, която изцяло транспонира Директива 98/83/ЕО за качеството на водата, предназначена за консумация от човека на Европейски съюз.

През 2013 г. 28-те РЗИ и НЦРРЗ са осъществявали мониторинг по химични, микробиологични и радиологични показатели за качество на питейната вода, доставяна чрез централизираните водоснабдителни мрежи в населените места в страната, в 8 783 пункта, разпределени в съответни зони на водоснабдяване. За питейно-битово водоснабдяване се използват около 6 335 водоизточници, от които 247 са повърхностни (язовири и реки), а останалите са подземни. Като цяло обаче от повърхностните водоизточници се подава повече от половината от общото количество вода, използвана за питейно-битови цели в страната.

През 2013 г. от РЗИ, в рамките на държавния здравен контрол, са анализирани общо 17 724 проби, от които 15 562 проби са изследвани по показатели за постоянен мониторинг (който се извършва по-често, но обхваща ограничен брой показатели) и 2 162 проби са анализирани по показатели за периодичен мониторинг (който се извършва по-рядко, но обхваща всички нормативно определени показатели). От изследваните проби за постоянен мониторинг 9,8% са показали несъответствие с изискванията, а за пробите по периодичния мониторинг – 16,8% (съответно 9,5% и 16,8% за 2012 г.).

В рамките на посочените по-горе проби са извършени 213 039 анализа по отделните физико-химични показатели и 42 170 анализа по микробиологични показатели.

Процентът на несъответствие по **микробиологични показатели** общо за страната е 3,95% (при 3,8% за 2012; 2,9% за 2011 г. и 4,4% за 2010 г.). По здравно-значимите микробиологични показатели (*E.coli*, ентерококи, *Ps.aeruginosa*) несъответствие се констатира в 2,6% от анализите (при допустими съгласно препоръките на СЗО до 5% несъответствие).

Като цяло отклоненията по този вид показатели са сравнително широко разпространени, срещат се в голям брой зони на водоснабдяване, като са по-характерни за малките зони, в които се подава количество под 1000 куб.м. вода в денонощие или се водоснабдяват под 5000 човека, тъй като в голяма част от тях няма пречистване на водата и тя се подава във водоснабдителната система директно, само след обеззаразяването ѝ.

Рискът от микробиологичното замърсяване на питейните води е свързан с опасността от възникване преди всичко на стомашно-чревни заболявания, предавани по воден път и епидемични взривове.

Основните причини за несъответствията са: неефективна и непостоянна дезинфекция на водата поради липса на подходяща апаратура за правилно и непрекъснато дозиране на обеззаразяващите реагенти; наличие на немалко населени места в страната, водата на които все още се обеззаразява по примитивен начин – ръчно, с хлорна вар; неподходяща технологична схема на водоснабдяването, в т.ч. неправилно разположение или недостатъчен брой на съоръженията за дезинфекция; липса на пречистване на водата, чести аварии на остарялата и износена ВиК мрежа, субективни грешки поради ниска квалификация или недобросъвестно изпълнение на служебните задължения от служители на ВиК операторите.

По **физико-химични показатели** процентът на несъответствие е 3,9 (при 2,1% за 2012г.) Трайни отклонения в химичния състав на питейните води са регистрирани по показатели: нитрати, флуор, хром и манган.

Най-масово, в най-голям брой зони на водоснабдяване са регистрирани наднормени количества на **нитрати** (>50 мг/л). Отклонения са констатирани в 3,7% от

анализите по този показател. Проблемът е многогодишен за питейното водоснабдяване в райони с интензивно земеделие. Установява се в по-голямата част от областите в страната, като най-засегнати са: Стара Загора, Хасково, Търговище, Добрич, Плевен, Шумен, Варна, Велико Търново, Разград, Русе, Ямбол, Бургас. В преобладаващите случаи отклоненията са до два пъти над допустимата норма. В области като София – град, Софийска, Видин, Перник, Кърджали, Кюстендил и Смолян не са констатирани или са регистрирани единични проби с отклонения. Здравният риск от употреба на вода с повишено съдържание на нитрати се дължи на токсичния му ефект върху организма, свързан с различно по степен нарушаване на кислородния транспорт с кръвта, с най-тежка проява т.нар. „синдром на синьото бебе”. Рискови групи са кърмачетата до три месечна възраст, бременни жени, малки деца със стомашно-чревни дисфункции. Основните причини за това несъответствие са: неправилно използване на азотни минерални торове в разрез с добрите земеделски практики; неспазване на изискванията по отношение събирането, съхраняването и обезвреждането на торовия отпадък в животновъдството; липса на канализация и съоръжения за пречистване на фекално-битовите води в по-малките населени места; липса на санитарно-охранителни зони около водоизточниците, или неспазване на режима на ограничения и забрани в тях. Проблемът е трудно решим, тъй като нитратите са трайно присъстващо неорганично съединение във водата и няма разработени достъпни и масово приложими в практиката методи за отстраняването им.

В някои региони на страната (област Плевен и Монтана) съществуват трайни отклонения в съдържанието на **хром** в подземни питейни води. Завишеното съдържание на хром във водоизточниците няма антропогенен произход, а се дължи на природно обусловено по-високо съдържание в земната кора в тези райони. Най-често концентрацията на хром е в диапазона 0.05-0.1 мг/л, т.е. превишението е до два пъти над допустимата норма и се регистрира в ограничен брой малки зони на водоснабдяване. Здравното значение на повишеното съдържание на хром в питейната вода е свързано с канцерогенния му потенциал.

През 2013 г. продължават да функционират ограничен брой (около 15) малки водоснабдителни системи с наднормени концентрации на **флуор** в питейната вода (в области Благоевград, Бургас, Хасково и Ямбол). Касае се за природно обусловено повишено съдържание на флуориди в подземни води, най-често ситуирани в близост до минерални водоизточници. Превишението е с около 2 пъти над нормата от 1.5 мг/л. Здравните последици са свързани с опасността от развитие на зъбна флуороза при консумация на водата от малки деца.

Друг показател по който се регистрират отклонения е **манган**. Тези отклонения нямат пряка здравна значимост, дори и при превишаване на нормата до определена степен, но са важни за потребителите, тъй като наднормените количества манган във водата променят силно нейните органолептични качества – цвят, мирис, вкус, мътност и я правят негодна за пиене, миене пране и други битови цели. Проблемът има предимно регионален характер, обхваща населени места в области Хасково, Стара Загора, Габрово, Велико Търново, Сливен и др. и също се дължи на природни фактори. В някои от населените места в Хасковска област се отчитат значителни превишения на допустимата концентрация на манган, което прави водата в тези зони негодна за пиене и използване в домакинството. Към настоящия момент проблемът остава нерешен и е свързан с необходимостта от изграждане на пречиствателни (обезманганителни) станции и подмяна на довеждащите водопроводи и водопроводната мрежа в населените места.

През 2013 г. остава нерешен и проблемът с констатираните отклонения по показател **арсен** в зона на водоснабдяване Меричлери, област Хасково, където е

въведена забрана за ползване на водата за пиене и приготвяне на храна. Повишеното съдържание на арсен се дължи също на естествени фактори. Повишеният прием на арсен може да причини преди всичко увреждания на кожата, вкл. и кожен рак, както и периферна невропатия.

В зони на водоснабдяване със стара и износена водопроводна система и/или получаващи вода от повърхностни водоизточници, без тя да преминава през процес на пречистване, а само на обеззаразяване се регистрират отклонения и по **органолептични показатели** - цвят, мътност, вкус, особено в периоди на обилни дъждове или бързо снеготопене. Макар отклоненията по тези показатели сами по себе си да нямат пряк здравен ефект, те са показателни за неефективно пречистване на водата, лошото състояние на водопроводните мрежи и други проблеми във ВиК съоръженията, които могат да доведат и до съпътстващ здравен риск. Отклоненията по органолептични показатели са от голямо значение за потребителите, тъй като именно по тези параметри се прави „субективната“ оценка на качеството на водата, а при влошаването им се увеличава рискът от ползване на други, нерегламентирани местни водоизточници.

Трябва да се отбележи, че при провеждане на периодичния мониторинг в част от зоните на водоснабдяване все още не се спазват в пълна степен изискванията за неговата честота и обхват, главна причина за което са силно ограничените аналитични възможности на лабораториите на водоснабдителните организации и неосигуряване от тяхна страна на необходимите финансови средства за тази дейност.

Завършеното по **НПДОСЗ 2008-2013г.** проучване на НЦОЗА, проведено със съдействието на осем РЗИ, относно контаминацията на нетретиранни **води от водоизточници за питейно-битово водоснабдяване** в страната с ооцисти на *Cryptosporidium* и цисти на *Giardia* не показва наличие на цисти в нито един от 53 пункта, в които е извършено пробонабиране. Ооцисти на *Cryptosporidium* са открити във водите на 28.3% от изследваните повърхностни водни обекти, в стойности от 1 до 267/100 л. Анализът на прилаганите технологични схеми на обработка на водите дава основание да се очаква достатъчна ефективност по отношение елиминирането на установените нива на замърсяване и съответно отсъствие на значим здравен риск при оптимално поддържане на технологичния режим. Трябва да се отчита обаче, че в случаи на необичайни климатични условия, аварии и/или отклонения от режима на третиране, присъствието на ооцисти в суровите води може да компрометира безопасността на подаваната питейна вода.

1.2.2.4. Води за къпане ²⁰

В съответствие със задълженията си на компетентен орган по прилагане на европейското законодателство в тази област, МЗ чрез своите териториални органи – РЗИ, извършва регулярен контрол и мониторинг (най-малко два пъти месечно през сезона за къпане) на качеството на водите за къпане.

През 2013г. по Черноморското крайбрежие зоните за къпане са 90 на брой, а общо за страната са 94. Във всяка от тях е определен пункт за вземане на проби, с точни географски координати, включени в Информационната система по водите (WISE) на Европейския съюз. През сезона за къпане, най-малко веднъж на две седмици, от всяка една зона се извършва вземане на проби и анализ на водите за къпане по микробиологични показатели.

Резултатите от мониторинга за всяка зона на къпане се обобщават след края на съответния сезон на базата на всички проведени изследвания в зоната по показателите

²⁰ МЗ, Информация относно качеството на водите за къпане през 2013г.

чревни ентерококи и Ешерихия коли, които индикират евентуално замърсяване на водите за къпане с отпадъчни води и възможен риск за здравето на къпещите се.

Според резултатите през всеки сезон като цяло, водите за къпане се класифицират в следните категории:

- съответстващи на по-строгите препоръчителни изисквания (с отлично качество);
- съответстващи на задължителните изисквания, но несъответстващи на препоръчителните изисквания (с добро качество);
- несъответстващи на задължителните изисквания (с лошо качество);
- зони забранени за къпане (временно или постоянно) през сезона за къпане.

Проведеният през сезон за къпане 2013 г. мониторинг на качеството на водите за къпане показва, че:

- във всички зони е проведен необходимият по обем и честота мониторинг.
- от зоните за къпане, разположени по Черноморското крайбрежие, 89 отговарят на задължителните изисквания (при 88 за 2012 г.), а 59 от тези 89 зони отговарят и на по-строгите препоръчителни изисквания, т.е. са с отлично качество на водите за къпане (при 55 за 2012 г.). Една зона е с лошо качество на водите за къпане (както и през 2012г.).
- от зоните за къпане, разположени във вътрешността на страната и четирите отговарят на задължителните изисквания, а три от тях отговарят и на по-строгите препоръчителни изисквания (т.е. са с отлично качество).
- като цяло за страната процентът на зоните, несъответстващи на задължителните изисквания, е 1.1, при среден за Европейския съюз 2.0.
- процентът на зоните, покриващи задължителните изисквания е 98.9 за страната, при среден за ЕС – 94.7, а на тези съответстващи на по-строгите препоръчителни изисквания, т.е. тези които са с отлично качество на водите е 66.0 и е по-нисък от средния за Европейския съюз - 82.6.

Най-сериозни проблеми по отношение качеството на водите за къпане и през сезон 2013 г. продължават да се регистрират в района на зоната за къпане „Златни пясъци” в близост до Пречиствателната станция за отпадъчни води, зона за къпане „Офицерски плаж”, гр. Варна (която през 2013г. е с лошо качество на водите за къпане), както и в района на гр. Черноморец, област Бургас.

Основните причини, които влошават качеството на водите за къпане по Черноморското крайбрежие, са недостатъчният брой, капацитет и недобрата поддръжка на станциите и съоръжения за пречистване на отпадъчни води (при засиленото в последните години строителство), нерегламентирани зауствания и изпускания на непречистени отпадъчни води, вкл. и от обекти, разположени на или в близост до плажовете, нерегламентирано заустване на отпадъчни води в дъждовни канализации, изливащи се в близост до зоните за къпане и др.

През последните години са предприети мерки от компетентните органи – МОСВ, Басейнова дирекция за управление на водите - Черноморски район и Министерство на регионалното развитие за изграждане на нови и реконструкция на съществуващи ПСОВ за агломерациите по Черноморското крайбрежие с над 2000 еквивалент жители, част от които са изпълнени, но все още за големи населени места и курортни комплекси като Златни пясъци, Слънчев бряг-Равда-Несебър, Созопол и др. необходимите мерки са в начален етап на изпълнение. Остава нерешен въпросът и със замърсяване на водите за къпане в района на гр. Варна от вливането на контаминирани дъждовни води чрез т.нар. „Шокеров канал” поради вероятното нерегламентирано включване в него на битови отпадъчни води.

Актуална информация по време на сезона за къпане за качеството на водите за къпане се публикува на интернет страниците на РЗИ Бургас, Варна, Добрич, Кърджали и Разград. На същите са публикувани и т.нар. „профили на водите за къпане”, които съдържат по-подробна информация за всяка зона относно нейното местоположение, физико-географски и климатични характеристики, вероятни и известни източници на замърсяване, мерки, които се предприемат при установени несъответствия и за подобряване на качеството на водите за къпане и др.

По **НПДОСЗ 2008-2013г.** през два сезона за къпане от НЦОЗА, със съдействието на съответните РЗИ е проведено насочено проучване на **качеството на водите за къпане** в петнадесет зони по Черноморското крайбрежие на области Варна и Бургас, и в три зони на язовири в област Кърджали. Установено е отсъствие на непосредствен риск за здравето на къпещите се, свързан с масово развитие на цианобактерии или наличие на цианотоксини, пролиферация на морски фитопланктон и/или макроводорасли. Същевременно в отделни зони е констатирано намножаване на нетоксични представители на цианобактериите и/или на някои видове микро и макроводорасли, което показва наличие на благоприятни условия за развитието им и необходимост от насочено проследяване на тенденциите за по-продължителен период от време с оглед своевременно индикиране и недопускане на здравен риск.

1.2.2.5. Почви и отпадъци

През 2013 г. не са установени дифузни замърсявания на почвите в страната, които да повишат здравния риск за населението и да наложат спешни дейности по ограничаване на вредното въздействие от увредени почви. Няма постъпили данни от Националната мрежа за широкомащабен мониторинг за повишени нива на тежки метали, нефтопродукти и устойчиви органични замърсители в обработваемите земи в страната. Като цяло, почвите са били в добро екологично състояние, без риск за здравето при ползване на обработваемите площи според предназначението им.

По отношение локалните почвени замърсявания, добре известни са районите в страната с дългогодишно замърсяване с тежки метали, като това са територии най-вече в близост до бивши и настоящи предприятия за рудодобив, рудопреработка, цветна и черна металургия. Активните мерки по ограничаване на вредните емисии от тези предприятия, както и деиндустриализацията на страната през последните две десетилетия, в голяма степен ограничиха локалните почвени замърсявания с тежки метали, и съответно здравния риск от наднормена експозиция на населението.

От проведените експертни анализи в НЦОЗА се установи, че голяма част от изследваните утайки от пречиствателни станции за отпадни води не изпълняват санитарно-микробиологичните изисквания за употреба в земеделието, най-вече по отношение наднормено съдържание на *E.coli* и *Cl.perfringens*, което ограничава дела на оползотворените утайки.

През 2013 г. стартира проучване на НЦОЗА за здравна оценка на качеството на настилки на детски игрални площадки в обществени паркове и градини на гр. София. Резултатите по отношение съдържание на тежки метали в настилките са в норма и потвърждават хигиенната безопасност на съоръженията по този показател.

1.2.2.6. Шум

Шумът в околната среда продължава да е един от основните проблеми в целия Европейски съюз със значително неблагоприятно въздействие върху здравето на хората. Възникващ като резултат от човешката дейност, шумът физически не уврежда околната среда, но предизвиква у хората психологичен стрес или физиологични нарушения.

В по-голямата част от страните в Европа е приета т.нар. „Зелена книга” за перспективната политика в областта на шума в Европа (1996). Съгласно данните в нея, броят на хората постоянно изложени на въздействието на шума е 20 % от населението на Европа. Около 80 милиона души страдат от наднормено ниво на шума, което предизвиква нарушение на съня, раздразнителност и оказва неблагоприятно въздействие върху здравето. Други 170 милиона граждани на Европа живеят в райони, където шумовите нива са такива, които причиняват сериозно раздразнение през светлата част от денонощието. Необходимостта от контрол и управление на шума в урбанизираната среда са дефинирани в Директива 2002/49/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 25 юни 2002 г. относно оценката и управлението на шума в околната среда.

В нашата страна определянето на състоянието на шумовото натоварване в урбанизираните територии се осъществява чрез Националната система за мониторинг на шума в околната среда. Функционирането на системата е регламентирано с Наредба № 54 от 2010 г. на МЗ и МОСВ за дейността на националната система за мониторинг на шума в околната среда и за изискванията за провеждане на собствен мониторинг и предоставяне на информация от промишлените източници на шум в околната среда (обн., ДВ, бр. 3 от 2011 г.). Съгласно чл. 8 от Наредба № 54 от 2010 г. директорът на Националния център по опазване на общественото здраве (НЦООЗ), понастоящем Национален център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА), организира и ръководи методически националната система за мониторинг на шума.

Регионалните здравни инспекции разработват програми за мониторинг на шума в съответната урбанизирана територия, на която упражняват контрол. Програмите съдържат: описание на обекта на мониторинг; брой и разположение на пунктовете за измерване на шум; наблюдавани показатели; период на извършване на измерванията - време на денонощието, сезон, честота на отчитане на резултатите; териториален обхват; кадрово осигуряване; използвани методи (измерване и/или изчисление). Програмите за мониторинг на шума могат да се актуализират след мотивирано предложение от директора на РЗИ или кмета на съответната община, след което се утвърждават от главния държавен здравен инспектор.

През 2013 г., в рамките на националната система за мониторинг на шум, РЗИ са провели измервания на градския шум в общо 726 пункта. Данните отразяват шумовите нива във всички областни градове и в девет общински центрове - Ботевград, Самоков и Своге от Софийска област, Горна Оряховица и Свищов от област Велико Търново; Дупница от област Кюстендил, Казанлък от област Ст. Загора, Попово и Омуртаг от област Търговище.

Извършените измервания показват, че допустимите шумови нива са превишени в **528 бр.** от контролните пунктове в страната, което представлява 72,73 % от общия брой контролирани зони. Относителният дял на пунктовете с превишени нива се увеличава в сравнение с 2012 г., през която са били 69 % (501 бр. пункта).

Анализът на данните показва, че случаите на установени шумови нива под 58 dB(A) са се увеличили незначително - с 0,8% в сравнение с 2012 г., като се запазва тенденцията през годините броят на пунктовете в този интервал да нараства.

Намалял е броят пунктове с измерени шумови нива в диапазона 58-62 dB(A) с 11 броя. Неблагоприятно е продължаващото нарастване на пунктовете със средновисоки шумови нива от диапазона 63-67 dB(A), които представляват 33,33% от всички пунктове. Отчита се увеличение на броя пунктове с измерени нива в диапазона 68-72 dB(A) – с 13 броя, което обаче е за сметка на намалението с 13 броя при пунктовете с измерени нива в рамките на по-високия интервал 73-77 dB(A). През целия наблюдаван период (2006-2013 г.) се забелязва намаляване на броя на пунктовете в този диапазон на шумови нива, което може да се счита за положителна тенденция. През 2013 г. отново няма пунктове, в които да се отчитат най-високите стойности на шумови нива - в диапазона 78-82 dB(A) и над 82

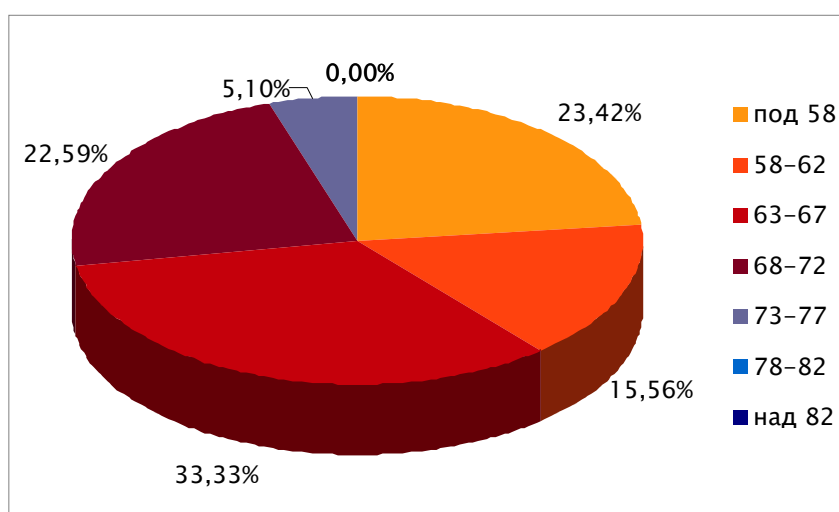
dB(A), което се очертава като трайна положителна тенденция за целия петгодишен период (2009 г. - 2013 г.) (таблица 15, фигура 23)

Таблица 15. Разпределение (%) по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р. България в периода 2009-2013 г.

Година	Общ брой пунк- тове	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)
2009	100%	19.26%	16.23%	31.22%	26.27%	7.02%	0.00%	0.00%
2010	100%	20.83%	15.52%	32.04%	24.43%	7.18%	0.00%	0.00%
2011	100%	21.05%	16.09%	32.32%	24.07%	6.46%	0.00%	0.00%
2012	100%	22.63%	17.08%	32.78%	20.80%	6.89%	0.00%	0.00%
2013	100%	23,42%	15,56%	33,33%	22,59%	5,10%	0,00%	0,00%

Източник: РЗИ

Фигура 23. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии за 2013 г., в %



През 2013 г., в рамките на **НПДОСЗ 2008-2013 г.**, от НЦОЗА е проведено *пилотно проучване за оценка на въздействието на шум в район с наднормена експозиция на шум* в гр. София. Територията на предварително определения район - обект на изследването, е оградена от високоскоростни градски магистрали, които са основен фактор за емитиране на шум с високи нива до 73 dB(A), а именно: бул. „България”, бул. „Гоце Делчев”, бул. „Цар Борис III”, бул. „Акад. Ив. Гешов”. Стойностите от националната система за мониторинг на шум за този район са над нормата за всички пунктове на измерване, през целия период на мониторинг.

Проучването е осъществено на базата на анкетна карта за оценка на въздействието на шума, заложена в Наредба № 6 от 2006 г. за показатели за шум в околната среда, отчитащи степента на дискомфорт през различните части на денонощието, граничните

стойности на показателите за шум в околната среда, методите за оценка на стойностите на показателите за шум и вредните ефекти от шума върху здравето на населението (обн., ДВ, бр. 58 от 2006 г.). Информацията относно нивата на шум е осигурена чрез измервания, съпътстващи анкетното проучване.

Анкетата е проведена сред пълнолетни граждани, като 50 % от тях са учаци или работещи, останалата част - пенсионери и безработни. В по-голямата си част анкетираните декларират, че са в добро здравословно състояние.

Резултатите от проведената анкета и паралелно измерване на шума са следните:

- Като цяло, от района, в който живеят са доволни над 75 % от анкетираните.
- На въпрос кои са отрицателните страни да живеят в района, обект на проучването – най-често даваният отговор е „натоварено автомобилно движение”, следван от „шумно място” и на трето място „замърсена околна среда”. Като основен фактор за притеснение 94 % от всички анкетираните посочват „градския трафик”; от шум от „частни коли” се оплакват 73 % (от всички анкетираните); 40 % (от всички анкетираните) - от тежкотоварни коли; 70 % (от всички анкетираните) - от мотоциклети.

Гражданите, в по-голямата си част (повече от половината от анкетираните), са чувствителни към шума. Това показват резултатите както от тяхната самооценка, така също и от оценката, която са дали в различните компоненти на анкетата (33 % от анкетираните считат себе си за средно чувствителни към шума, като силно чувствителни към шума се определят 32% от анкетираните, а 35 % считат, че са по-слабо чувствителни или нечувствителни).

От направеното проучване може да се направи изводът, че сънят на малко над половината анкетираните граждани през нощния период е обезпокояван. Основните източници на шум са мотоциклети, движещи се с висока скорост, спираци и потеглящи трамваи, коли на градския транспорт и коли на сметосъбирането. Като най-често посочвани източници на шум, нарушаващи ежедневно съня, 25 % от анкетираните посочват мотоциклетите; 20 % - градския транспорт, а 16 % - частните автомобили.

По-голямата част от анкетираните са предприели мерки за намаляване на шума в домовете си. Много от изложените на високи нива граждани твърдят, че са развили поносимост към шума, но той реално им пречи през дневния период на почивката и на умствената работа, а през нощния период нарушава съня им.

Основни изводи: Акустичната обстановка в големите градове на България през 2013 г. не е променена значително. В по-голямата част от контролните пунктове измерените еквивалентни нива на шум надвишават граничните стойности. Основният източник на шум продължава да бъде изключително натовареният автомобилен трафик, както и следните фактори: липса на обходни маршрути за транзитно преминаващите транспортни средства, минимално разстояние между сградите и пътните платна, липса на достатъчно места за паркиране, което затруднява трафика на МПС; недостатъчно екраниране на транспортния шум, неправилно зонироване на областните центрове при изработване на общите устройствени планове. През 2013 г. се запазва утежнената акустична обстановка в зони с приоритетна шумова защита, като детски, лечебни и учебни заведения, жилища и места за отдих. Значителен дял от населението на страната е изложено на шумово натоварване с по-ниски шумови нива, които също биха могли да причинят неблагоприятни ефекти върху здравето при продължително въздействие.

Най-важната мярка за намаляване на шумовото въздействие е факторът шум да бъде включен в политиките за териториално устройство и градоустройство. При разработването на нови градоустройствени решения е необходимо да се вземат предвид всички

характеристики на конкретната територия за трайно снижение на нивото на шума в централните градски части и в териториите, подложени на интензивен автомобилен трафик.

В заключение, разрешаването на всеки проблем, свързан с шума в околната среда често изисква немалко усилия и значителни финансови средства. Националната система за мониторинг на шума в околната среда в България е добър механизъм за идентифициране на проблемите, както и за планиране на приоритетни действия за намаляване на наднормения шум, на който е изложено населението. За съжаление, не винаги тези действия се възприемат от местната администрация като приоритетни, поради което се увеличават и оплакванията от страна на населението от въздействието на шума.

*1.2.2.7. Здравен контрол на козметичните продукти*²¹

През 2013 г. по линия на систематичния здравен контрол, инспекторите от РЗИ са извършили 18590 проверки в 9959 обекта за производство, съхраняване и търговия с козметични продукти.

Проведени са 2322 изследвания на козметични продукти по химични и 3180 по микробиологични показатели. Установено е наличието на една проба, несъответстваща на действащата нормативна уредба (0.04% от всички изследвани козметични продукти по химични показатели).

В рамките на Европейската система за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара RAPEX са извършени 7724 проверки за наличие на нотифицирани по системата козметични продукти. На територията на Република България е установен един от нотифицираните от ЕК продукти, за който е изготвена „Реакция на нотификация“ по системата за бърз обмен на информация (0.013% от всички извършени проверки по RAPEX).

През 2013 г. са проведени две насочени проверки за установяване наличието на пазара на продукти, съдържащи в състава си дибутилфталат и цианоакрилат.

През 2013 г. са издадени 23 броя здравни сертификати на български производители за износ на козметични продукти.

Проведени са 5 семинара, с участието на производители, дистрибутори и вносители на козметични продукти, осъществяващи своята дейност на територията на Република България, както и държавни здравни инспектори от 28-те регионалните здравни инспекции, с цел подпомагането им, във връзка с влезлите в сила европейски и национални нормативни актове.

1.2.2.8. Генетично модифицирани организми в храни

По отношение на разрешените генно модифицирани организми, въз основа на информация от Българска агенция по безопасност на храните, не са установени проби в храни със съдържание на ГМО над нормата от 0.9 %, което да налага етикетирание и действия от страна на компетентните органи (МЗ, МЗХ) в съответствие със Закона за храните и подзаконовите нормативни актове.

По отношение на неразрешените генно модифицирани организми, на база на извършените анализи от НЦОЗА в изпълнение на Решение на Комисията 2011/884/ЕС, през 2013 г. в Р. България не е регистриран нерегламентиран внос на ориз и оризови продукти с произход от Китай, за които да се предприемат уведомителни действия посредством Системата за бързо известяване за храни и фуражи (RASFF).

Във връзка с оценката на здравния риск от ГМО и провежданите наблюдения за евентуални неблагоприятни ефекти върху здравето на потребителите от употреба на генетично модифицирани храни и хранителни съставки, понастоящем няма научно

²¹ МЗ, Информация относно здравния контрол на козметичните продукти през 2013г.

обосновани данни за отрицателни въздействия върху здравето на човека. Повишената обществена чувствителност към генетично модифицирани организми в храни, липсата на достатъчно данни за отдалечени ефекти и недостатъчна информация относно ГМО налага компетентно информиране на населението, производителите и търговците по отношение на оценката на риска от ГМО.

НЦОЗА участва в работни групи към Центъра за оценка на риска при БАБХ и в Консултативната комисия по ГМО към МОСВ с изготвяне на научни становища.

1.2.2.9. Нейонизиращи лъчения

Нейонизиращите лъчения (НЙЛ) са приоритет на Европейската комисия, СЗО, Международната организация по труда и други международни организации по отношение на здравето на работещите и населението. Основната причина за това е, че почти всички нови технологии (безжични връзки, интернет, телеметрична медицина, енергетика, естетична хирургия и козметика и много други) използват източници на НЙЛ, а едновременно с това населението е силно обезпокоено за здравните последици.

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

1. Препоръката на Европейската комисия за ограничаване на облъчването на населението с електромагнитни полета 1999/519/ЕС е все още в процес на въвеждане в България. Промените в закона за здравето, разработени през 2011 г., са в краен етап на обсъждане, приети са от МС и окончателният вариант предстои да бъде приет от Парламента. Гранична стойност на експозиция за „чувствителни“ по отношение на възприятието на риска райони (*зони за отдих и почивка, домове за социални грижи, болници, детски центрове и детски заведения и др.*), при експозиция с електромагнитни полета (ЕМП) от базови станции, остава непроменената, действаща и сега норма от $10 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ ($0,1 \text{ W}/\text{m}^2$), която е достатъчно защитаваща, предвид нормативните документи, действащи в Европа и в по-голямата част на света. Същото важи и за зоните с възможен достъп на население, които се определят като райони където би могло да се очаква временен или периодичен престой на хора, като: *земеделски земи, достъпни покриви на жилищни сгради, жилищни райони, улици, електрически транспорт и др.* Очаква се приемането на тези промени, последвани от въвеждане на Наредба, която съдържа детайли за максимално допустимите нива, процедурите за узаконяване на източници на ЕМП в населени места, изисквания за контрол и информация за експозицията с ЕМП.

2. Директива 2013/35/ЕС за защита на работещите, изложени на облъчване с ЕМП. Министърът на здравеопазването и Министърът на труда и социалната политика са отговорни за въвеждане и прилагане на Директивата на национално ниво. Необходимо е се създаде работна група, която да транспонира директивата в националното законодателство до 1 юли 2016 г. По този документ към момента няма предприети действия, както по отношение на транспонирането, така и по отношение на обучението на контролните органи, службите по трудова медицина, работодателите и работниците. Само няколко РЗИ имат апаратура за измерване на електромагнитно поле в работна среда за различни професии. Междувременно националният орган по акредитация (БСА), не акредитира органи за контрол за измервания и оценка на съответствието спрямо Директива 2013/35/ЕС или Ръководствата на Международната комисия по защита от нейонизиращи лъчения (ICNIRP), на базата на които са приетите гранични стойности на експозиция в директивата. Това е голям проблем за осигуряване на съответствието на експозицията с ЕМП в работна среда, тъй като в момента в България няма други нормативни актове, свързани с облъчването с ЕМП в работна среда при честоти над 60 kHz. Българският институт по стандартизация (БИС) през

2011 г. отмени стандартите БДС 14525 (радиочестоти) и БДС 17137 (микровълни), цитирани в Наредба 7 (ДВ, бр. 88/1999 г.). Европейската директива решава този проблем чрез въвеждане на гранични стойности на експозиция за целия честотен диапазон. Поради това е необходимо прилагане на Ръководствата на ICNIRP за оценка на съответствието преди транспониране на директивата в националното законодателство.

3. *Директива 2006/25/ЕС за защита на работещите от рискове, свързани с излагане на оптични лъчения. Ръководство за прилагане.* Директивата е транспонирана в националното законодателство през 2010 г. с Наредба № 5 (обн. ДВ бр. 49/2010г.). Ръководството за практическо приложение на наредбата все още е в етап на обсъждане и не е влязло в сила.

4. *Защита на населението при използване на изкуствени източници за придобиване на тен (солариуми).* В нашата страна все още няма въведена политика по отношение на защитата на населението при използване на солариуми. Събраната информация от реклами на соларни студиа в интернет и посещения на място показва, че в тях често се среща описание на "благоприятни" ефекти за здравето, а също и намаляване на вредните ефекти от слънцето при предварително използване на солариум. Персоналът в тези места, не е обучен и не се осъществява контрол по отношение на времетраенето на експозицията, като най-често то е въпрос на личен избор от страна на клиента. Тези факти, както и доказаните вредни ефекти от излагане на ултравиолетово лъчение, правят въвеждането на законодателство за защита на населението при използване на солариуми проблем от първостепенна важност.

Във връзка с установените проблеми относно регламентиране на контрола при използване на апарати за изкуствено придобиване на тен (солариуми), по линия на НПДОСЗ 2008-2013г., от НЦОЗА е направено проучване на политиката, добрите практики и документите на международните организации и националните законодателни органи на различни страни по отношение защитата на населението в тази област. Събрана е предварителна информация, която да бъде използвана за разработване на национален нормативен документ, както и създаване на политика за защита на населението при използване на солариуми, а също и изисквания за контрол на солариуми. На следващия етап трябва да се разработи и въведе законодателство и програма за комуникация на риска с населението. На експертно ниво е взето участие в обсъжданията на Проект за стандарт в 3 части „Професионални услуги за придобиване на тен” (EN 16489 на Европейската организация по стандартизация). Основните предложения по частите на стандарта са свързани с включване на минимални изисквания за образование и познания на консултантите, включване на групите население, за които експозицията с УВ-лъчение не трябва да се насърчава, предпазни мерки преди експозицията и др. Почти всички направени предложения и изискани промени по документа са приети и отразени в проекта за стандарт.

По НПДОСЗ 2008-2013г. са направени проучвания на експозицията с ЕМП, създавани от базови станции за мобилна комуникация в райони с детски градини и училища в четири региона в страната (Плевен, Смолян, Хасково, Димитровград). Резултатите показват, че максималните стойности не надвишават $0.4 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, като преобладаващите стойности са под $0.1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ (максимално-допустимата стойност, съгласно действащата Наредба № 9, ДВ, бр. 35/1991 г., е $10 \mu\text{W}/\text{cm}^2$). От тук следва изводът, че не може да се очаква риск за здравето на децата в изследваните детски градини и училища, свързан с облъчване с ЕМП, създавано от базовите станции в района на детските заведения.

Проведено е пилотно анкетно проучване на Евробарометър 73.3. "Електромагнитни полета". Анкетирани са ученици и студенти на възраст 18-25 г. в

градовете София, Плевен, Смолян, Хасково, Димитровград. Първоначалните резултати (на база 200 анкети) показват, че младите хора, които използват мобилни телефони по-малко от 30 min на ден се страхуват повече от експозицията с радиочестотно поле от тези, които използват телефоните по-продължително. Факт е също така, че младите хора не са добре информирани за по-ниската експозиция при използване на устройство „свободни ръце“ и нямат адекватна информация за реалния риск при използване на безжични технологии. Предварителните резултати дават насоки за по-нататъшно проучване и нуждата от ефективна комуникация с населението.

Измерванията на ЕМП, извършени през 2013 г. от НЦОЗА, обхващат около 400 броя източници на ЕМП, използвани в комуникацията (базови станции за мобилна комуникация, радио и ТВ-станции, радары), медицината (отделения за ядреномагнитен резонанс) и др. Изследвани са 23 слънцезащитни кремове и продукти, с прилагането на физичен метод за оценка на пропускането на УВ-лъчение. Направени са около 850 експертни оценки на източници на нейонизиращи лъчения, включващи базови станции, радио и ТВ станции, радары, както и на 17 инвестиционни проекти.

1.2.2.10. Йонизиращи лъчения

По линия на **мониторинга на радиационните параметри на жизнената среда** от НЦРРЗ са извършени изследвания на 783 проби (690 за 2012 г.) - хранителни продукти, питейни, повърхностни и минерални води, почви, дънни утайки, растителност, атмосферни отлагания, атмосферен въздух, строителни материали и други обекти; направени са 1005 радиохимични (918 за 2012 г.), 507 гамаспектрометрични анализи (310 за 2012 г.) и 1041 радиометрични определяния (876 за 2012 г.). Чрез радиохимични анализи е определяно съдържанието на цезий-137, стронций-90, радий-226, радон-222, уран-естествен, обща бета и обща алфа активност в различни среди, а чрез гамаспектрометричен анализ - съдържанието на гама излъчващи нуклиди.

По изследваните радиологични показатели за водните проби, хранителните продукти и пробите от околна среда **не са констатирани отклонения от характерните за съответните райони стойности.**

През 2013 г. е публикувано второ издание на монографията „Радиобиологични ефекти при професионално облъчване в ядрената енергетика“ (анализ на резултатите от здравния мониторинг на АЕЦ Козлодуй за периода 1974 – 2012 г.). Налице е намаление както на дозите, така и на отчетените хромозомни увреждания. Дори по отношение на микронуклеарния тест, нивото за контролата през 2007 г. е по-високо от това на облъчените лица. Очевидно строгият радиологичен контрол, който се извършва от Дирекция БиК на АЕЦ, прилагането на принципа ALARA и намалението на годишните ефективни дози обясняват по-добрите резултати от генетичните изследвания в последните години.

Наблюденията на здравословното състояние на работиците в АЕЦ Козлодуй досега не показват регистрирани случаи на радиационни увреждания. Това се дължи на ниските нива на професионално облъчване и отсъствието на аварийни облъчвания на персонала. Анализът показва устойчива тенденция за намаляване на професионалното облъчване на работещите в АЕЦ Козлодуй. Само за периода 2006 – 2011 г. годишната колективна ефективна доза намалява близо три пъти, а средната годишна индивидуална ефективна доза на контролираните лица – два пъти.

През 2013 г. отново са извършени специализирани радиобиологични изследвания за оценка въздействието на професионалното облъчване върху 120 работници от АЕЦ Козлодуй.

Във връзка с 50-годишнината на НЦРРЗ, през 2013 г. е издадена монография „Радиоecологичен мониторинг на работна и жизнена среда”, в която са посочени резултатите от провеждания дългогодишен мониторинг в района на АЕЦ Козлодуй, ПХРАО-Нови хан, на храни от търговската мрежа и питейни води. Резултатите сочат, че естественият гама-фон в района на ПХРАО-Нови хан и този в 6-90 km зона около АЕЦ Козлодуй не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и обектите с ИЙЛ и не се отличава от характерния за съответните региони локален гама-фон. Радиоактивността на въздуха, водата, почвата, флората и фауната варира в нормални граници. *Няма отклонения от нормативните изисквания за радиационна защита.* Годишната ефективна доза от надфоново облъчване на лица от населението, живеещо около АЕЦ Козлодуй и ПХРАО-Нови хан, е под 10 μSv по оценка, направена въз основа на резултатите от радиационния мониторинг в тези райони. Това показва, че *не са необходими допълнителни мерки за оптимизиране защитата на населението.*

Текущ контрол се извършва от Сектор „Контрол в АЕЦ” към Националния център по радиобиология и радиационна защита с работно място в АЕЦ Козлодуй. През 2013 г. са извършени 181 проверки и 8577 измервания.

Извършена е експертна оценка на **съдържанието на техногенни радионуклиди в тялото** на 180 деца, живеещи в района на АЕЦ Козлодуй. В нито едно от измерените лица не е установено съдържание на техногенни, излъчващи гама-кванти радионуклиди, както при целотелесните измервания, така и при измерванията на щитовидните жлези. Поради факта, че по-голяма част от измерените деца са с родители работещи в АЕЦ, липсата на постъпление на радионуклиди позволява да направим заключението, че **санитарно-пропускателния режим работи добре и не е допуснато пренасяне на активност от Централата в домовете на работещите.**

ДЗК следи за възстановяването на околната среда в бившите обекти на уранодобивната и уранопереработвателната промишленост и за намаляване на надфоновото облъчване на населението. Общият брой на обектите е 78, разделени на: обекти с висок, среден и нисък радиационен риск, като честотата на специализирания радиационен контрол на фактори на жизнената среда в районите е съответно: 2 пъти годишно, 1 път годишно и 1 път на 2 години. През изтеклата година са проверени 7 от общо 8 от обектите с висок радиационен риск, 11 от общо 22 обектите със среден риск и 21 от общо 48 обекта с нисък радиационен риск.

Проведени са измервания на 163 проби вода, 98 проби почва/дънни утайки/материал и 8 проби растителност/храни. При проверките са констатирани несъответствия с нормите за радиационна защита и безопасност при ликвидиране на последствията от урановата промишленост в Република България. Установени са отворени или разбити щолни. Отворените входове са предпоставка за облъчване и за пропадане на хора и животни в тях. Констатирани са набези и изнасяне на материал (метални опорни греди) от минните изработки.

За населението, живеещо около бившите обекти (общ брой 78) за добив и преработка на уранова руда, ДЗК следи за качествено възстановяване на околната среда в тези обекти, както и за намаляване на надфоновото облъчване на населението, като оценява факторите от жизнената среда (за 2013 г. мощност на дозата гама лъчение – 262 бр., вода – 163 бр., почва/дънни утайки/скален материал – 98 бр., растителност/храни – 8 бр.).

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 Република България. Установени са отворени или разбити щолни. Отворените входове са предпоставка за облъчване и за

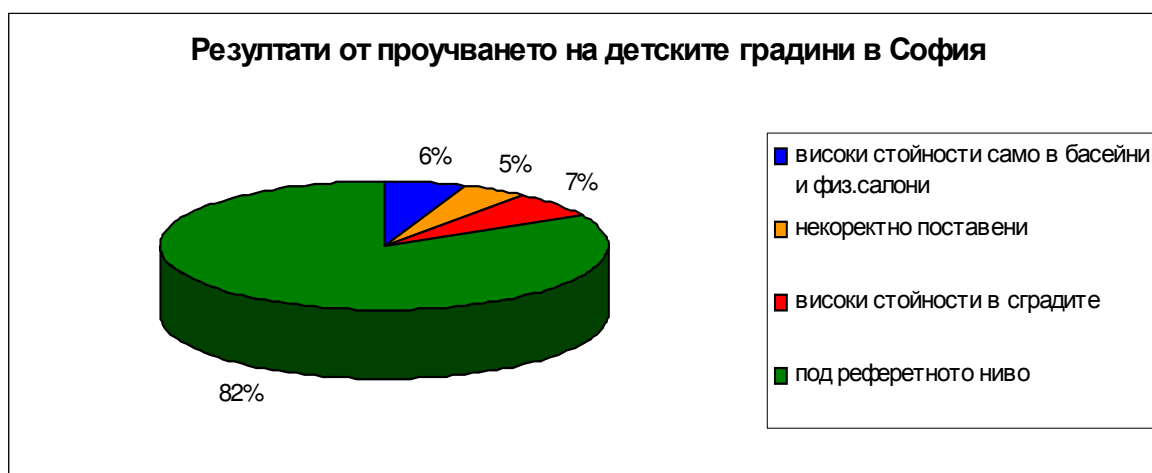
пропадане на хора и животни в тях. Констатирани са набези и изнасяне на материал (метални опорни греди) от мините изработки.

Извод: Нивото на радиационната защита в страната е добро и съответства на общоприетите международни стандарти и критерии в тази област.

Проучвания в обществени сгради

По Плана за действие по околна среда и здраве, Раздел 5 „Детско здраве-околна среда” Инспекция за контрол в ядрената енергетика през 2013 г. проведе измервания на концентрацията на радон във въздух в 2 училища в Мизия и Оряхово и 930 помещения на 303 детски градини и детски ясли в Столична община за 3 месеца. Резултатите са представени на фигура 24. За извършване на радиационно-хигиенни мероприятия в 23 детски заведения и 15 броя физкултурни салони/басейни със стойности на концентрацията на радон в помещенията над нормативно установените референтни нива (300 Bq/m^3) са издадени предписания.

Фигура 24. Измервания на концентрацията на радон във въздуха на детски градини в София



Резултатите от провеждания мониторинг сочат, че естественият гама-фон в района на ПХРАО и този в 6-90 km зона около АЕЦ не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и не се отличава от характерния за съответните региони локален гама-фон. Радиоактивността на въздуха, водата, почвата, флората и фауната варира в нормални граници. Няма отклонения от нормативните изисквания за радиационна защита. Годишната ефективна доза от надфоново облъчване на лица от населението, живеещо около АЕЦ и ПХРАО, е под $10 \mu\text{Sv}$ по оценка, направена въз основа на резултатите от радиационния мониторинг в тези райони. Това показва, че не са необходими допълнителни мерки за оптимизиране на радиационната защита на населението.

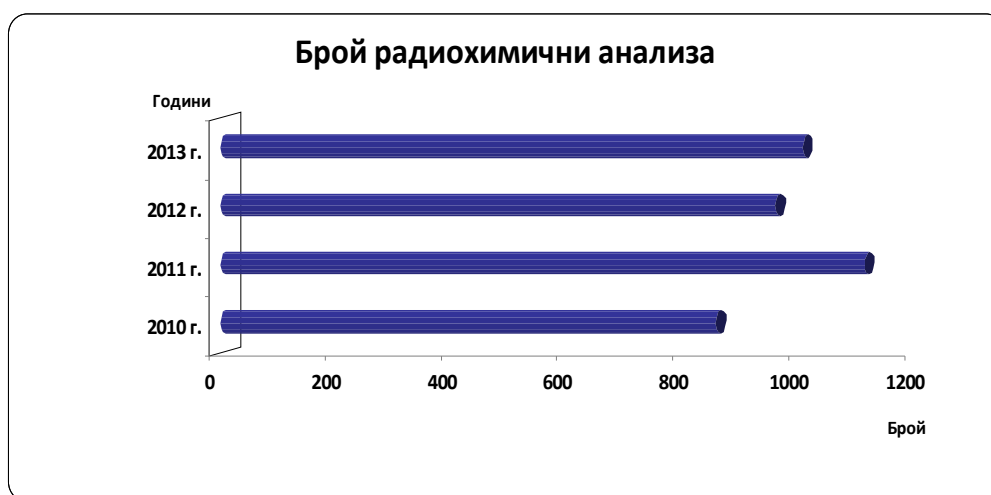
По отношение на резултатите от мониторинга на питейните води в югозападна България се установи несъответствие максималната концентрация за съдържание на естествен уран, съгласно изискванията на Наредба № 9 от 2001 г. за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели в питейната вода само от две населени места (с. Палатик и с. Гълъбово, обл. Благоевград). В ход е процедура за предприемане на мерки за намаляване на съдържанието на естествения уран до допустимото ниво. В три от изследваните централни водоизточници се регистрира по-висока от нормативно установената обща алфа активност (с. Палатик, с. Сенокос и с. Гълъбово,

обл. Благоевград). В една вода се установи по-висока от нормативно установената обща бета активност (с. Палатик обл. Благоевград). Във всички останали изследвани води, радиологичните показатели отговарят на изискванията на наредбата. По радиологичен показател обща индикативна доза, показател отразяващ радиационния риск, всички анализирани питейни води отговарят на изискванията за обща индикативна доза по-ниска от 0.1 mSv/year.

При проведения гама-спектрометричен анализ за определяне на гама-излъчващи радионуклиди се регистрира несъответствие с нормативната уредба само на 7 бр. филтърен прах, 1 бр. скален материал и 3 бр. почва.

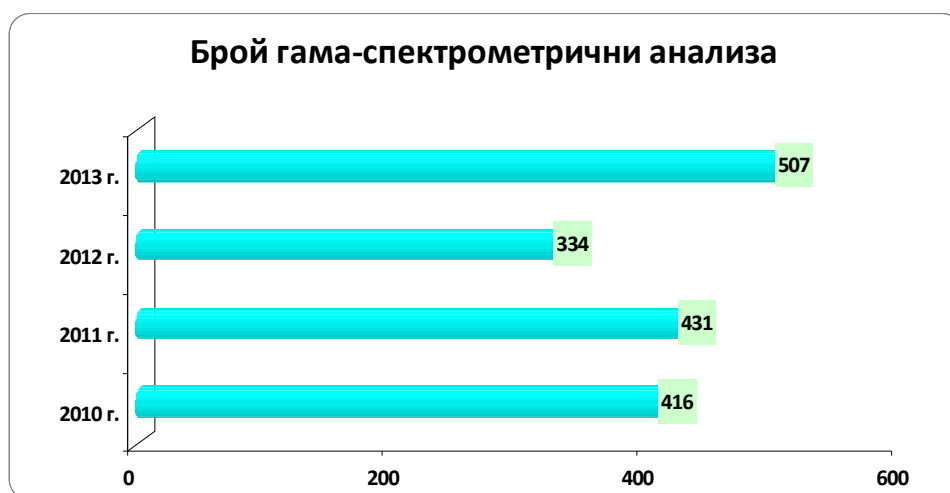
Броят проведени радиохимични анализи е с 5% по-висок от този през 2012 г. и с 17% по-висок от този през 2010 г. Нарастването по този показател е по-слабо, поради липсата на апаратура за определяне на тритий във води и отпадане на задължителното определяне на съдържанието на радий-226 във всички питейни води през 2012 г.

Фигура 25. Брой проведени радиохимични анализи в периода 2010-2013 г.



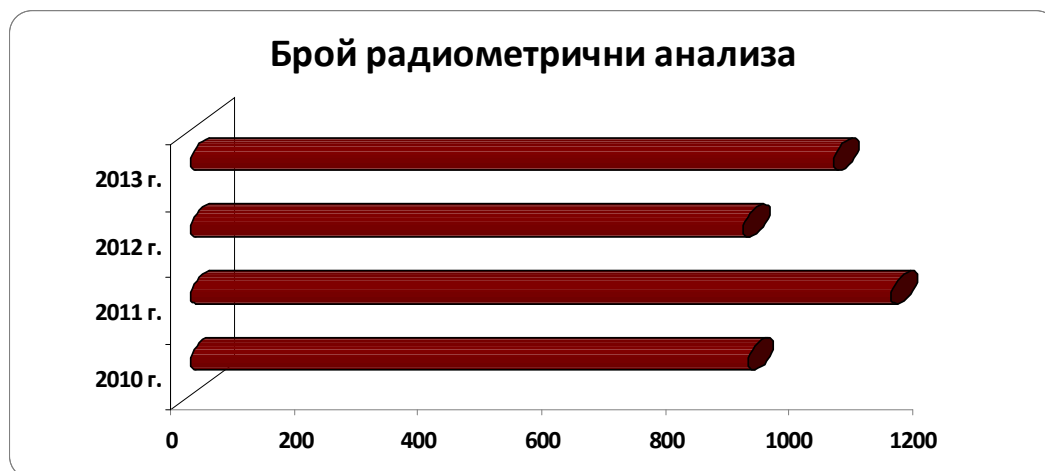
Нарастването на броя проведени гама-спектрометрични изследвания през 2013 г. с 52% по сравнение с 2012 г. се дължи на новия гама-спектрометър, който беше въведен в експлоатация през м. август 2012 г.

Фигура 26. Брой проведени гама-спектрометрични анализи в периода 2010-2013 г.



Броят радиометрични анализи през 2013 г. е с 16% по-висок от този през 2012 г. и е пряко свързан с увеличения брой постъпващи за анализ проби в лабораторията.

Фигура 27. Брой проведени радиометрични анализи в периода 2010-2013 г.



Изследване на проби от околна среда и от райони, повлияни от уранодобивната и уранопреобладаващата промишленост във връзка с ликвидиране на последствията от уранодобивната промишленост, предоставени от Инспекция за контрол в ядрената енергетика към НЦРРЗ за радиометриране и гама-спектрометричен анализ – 113 бр. проби води за обща бета активност, 75 бр. проби води за обща алфа активност, 123 бр. проби почви, дънни утайки, растителност и намазки за гама-спектрометричен анализ, 8 бр. проби растителност за обща бета и алфа активност.

Таблица 16. Изследвани обекти чрез радиохимични анализи през 2013 г.

Изследван обект	ДЗК	Заявки и договори	Контрол на качеството	Общ брой проби
Питейни и минерални води	64	80	12	156
Повърхностни води	43	5	4	52
Дънни утайки	29	5	5	39
Пясък		14	1	15
Почви	48		4	52
Растителност	26		2	28
Храни	41	11	4	56
Смесена диета	4		1	5
Атмосферни отлагания	7		1	8
Общ брой проби	262	115	34	411

Таблица 17. Видове и брой радиохимични анализи на изследваните обекти през 2013г.

Изследван обект	Изследвани радионуклиди							Общ брой анализи
	$\Sigma\beta$	$\Sigma\alpha$	ест. U	^{226}Ra	^{137}Cs	^{90}Sr	^{222}Rn	
Води	186	192	146	44	44	48	16	676
Дънни утайки						34		34

Пясък						14		14
Почви						48		48
Растителност	26	26				26		78
Храни	41	41				52		134
Атмосферни отлагания	7	7				7		21
Общ брой анализи	260	259	146	44	44	229	16	1005

Таблица 18. Радиометрични анализи през 2013г.

Обект на изследване	Брой на измерванията
Води	530+188 ^a
Дънни утайки	34
Почви	48
Растителност	78+8 ^a
Храни и други стоки	134
Атмосферни отлагания	21
Общ брой анализи	1041

^a Предоставени за измерване от ИКЯЕ към НЦПРЗ

Таблица 19. Гама-спектрометрични анализи през 2013г.

Обект на изследване	Брой на анализите
Води	5
Дънни утайки	34+78 ^a
Почви	80+28 ^a
Растителност	30+8 ^a
Храни и други стоки	76+1 ^a
Атмосферни отлагания и въздух	16
Строителни материали, намазки и др.	143+8 ^a
Общ брой анализи	507

^a Предоставени за измерване от ИКЯЕ към НЦПРЗ

Колективна доза от медицинското облъчване. През 2013 г. Медицинското облъчване с диагностична цел формира сумарна колективна ефективна доза 3735 man Sv/a. Основен е приносът на рентгеновата диагностика, формираща 3662 man Sv/a и около 50 пъти по-малък – на радионуклидната диагностика със 73 man Sv/a. Средногодишната индивидуална ефективна доза се оценява съответно на 0,50 mSv/a за рентгеновата диагностика, 0,01 mSv/a за радионуклидната диагностика или общо 0,51 mSv/a.

Обобщени са данни за четири най-често провеждани процедури – Ендоскопска ретроградна холангиографиопанкреатография (ERCP), Перкутанна трансхепатална холангиография (PTC), Артериография (А), Плеврален дренаж (PD) и Поставяне на хранопроводен стент (ES).

Таблица 20. Резултати от проучването на дозите на пациентите при интервенционални процедури

	ERCP	PTC	A	PD	ES
Брой пациенти	29	20	6	6	3
Време на скопия min-max aver/mediana	0,4 – 11,9 3,6/2,3	0,2 – 12,7 2,9/1,9	1,8 – 12,6 5,1/4,0	0,2 – 1,4 0,8/0,8	1,9 – 4,6 3,0/2,4
Брой образи min-max aver/mediana	14,0 – 151,0 61,2/56,0	2,0 – 110,0 38,8/30,0	96 – 163 118,4/105	1,0 – 24 5,3/1,5	55 – 77 63,7/59
Общ DAP, Gy·cm ² min-max aver/mediana	3,6 – 50,1 17,4/12,7	1,1 – 73,3 12,1/7,3	2,7 – 51,4 18,2/11,2	0,8 – 2,6 1,7/1,9	10,5 – 14,8 12,3/11,6

Дозите на пациентите варират между 0,8 Gy·cm² и 73,3 Gy·cm², като най-високите стойности на индивидуалната доза са при PTC. Средноаритметичната стойност на дозата при ERCP и при артериография са съизмерими, съответно 17,4 и 18,2 Gy·cm². При тях по-голям принос в дозата имат графичните образи, съответно средно 118 при артериография и 61 при ERCP.

Изследването е първо за страната при интервенционални процедури на гастроинтестиналния тракт и ще продължи с включването на други отделения, в които се провеждат такива процедури.

Проучване на практиката при КТ и оптимизация на изследванията. Целта е да се оцени качеството на образа и дозата на пациентите при компютър-томографски изследвания на сърце и дебело черво, направени с адаптивна итеративна реконструкция. Оценената ефективна доза е 13.1 mSv за КТ на дебело черво и 6.5 mSv за КТ на сърце. Изследването показва **важността на дозиметричния одит като база за следваща оптимизация** на изследванията.

Проучване на лъчевото натоварване при пациенти, изследвани със SPECT/CT провеждащи еднофотонна емисионна компютърна томография с рентгенова компютърна томография (SPECT/CT). Бе направена **оценка на ефективната доза Е** от аплицирания ^{99m}Tc-радиофармацевтик и от СТ компонентата. При болшинството изследвания (на миокард, туморотропна диагностика и парашитовидни жлези) **дозата от СТ е по-малка от тази от аплицирания радиофармацевтик**; при изследванията на сентинелни лимфни възли тя е по-голяма, а на бял дроб двете компоненти са съизмерими.

По искане на правителството на България, в период 8-19 април 2013 г. международният екип от 21 старши експерти по безопасността проведе подготвена от МААЕ партньорска проверка на регулаторния орган на България (АЯР) – интегриран преглед на регулирането (Integrated Regulatory Review Service, IRRS). В два от модулите (от компетентност на органите на държавния здравно-радиационен контрол – „Контрол на медицинско облъчване” и „Радиационна защита при професионално облъчване”), цялостната подготовка към проверката и участието в нея бе възложено на експертите от НЦРРЗ. Резултатите от прегледа, представени в официалния доклад, съдържат **5 предложения и 6 препоръки към НЦРРЗ/МЗ/** по подобряване на ефективността на държавния здравно-радиационен контрол. Крайните оценки на проверяващите са положителни.

1.2.2.11. Рискови фактори, свързани с трудовата среда

У нас заетостта на работещите в традиционно рискови икономически сектори е по-висока в сравнение с голяма част от страните в Европейския съюз (ЕС), вследствие

на което по-висок дял работещи са изложени на физични, химични, биологични и ергономични рискови фактори. Висок е и дялът на работещите в условия на стрес (ниска автономност, работа в условията на недостиг на време, сменна работа, удължен работен ден и др.), като на тези фактори не винаги се обръща нужното внимание. Застаряване на работната сила е предизвикателство за трудовомедицинското обслужване. Друг важен проблем е по-ниската информираност на една част от работещите за рисковете за здравето и безопасността при работа.

Нивото на трудовите злополуки (ТЗ) е един от най-важните показатели за състоянието на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа. През 2013 г. са регистрирани общо 2 768 ТЗ, от които 92 са със смъртен изход, а 12 - с изход трайно намалена работоспособност. Загубените календарни дни са 154 846²².

Разпределението на трудовите злополуки по икономически дейности (КИД-2008) определя секторите с най-висок риск за здравето и безопасността на работещите, както следва:

- “Преработваща промишленост”: 769 трудови злополуки през 2011 г., 697 през 2012 г. и 657 през 2013 г.;
- “Транспорт, складиране и пощи”: 325 трудови злополуки през 2011 г., 271 през 2012 г. и 249 през 2013 г.;
- ”Строителство”: 292 трудови злополуки през 2011 г., 210 през 2012 г. и 208 през 2013 г.

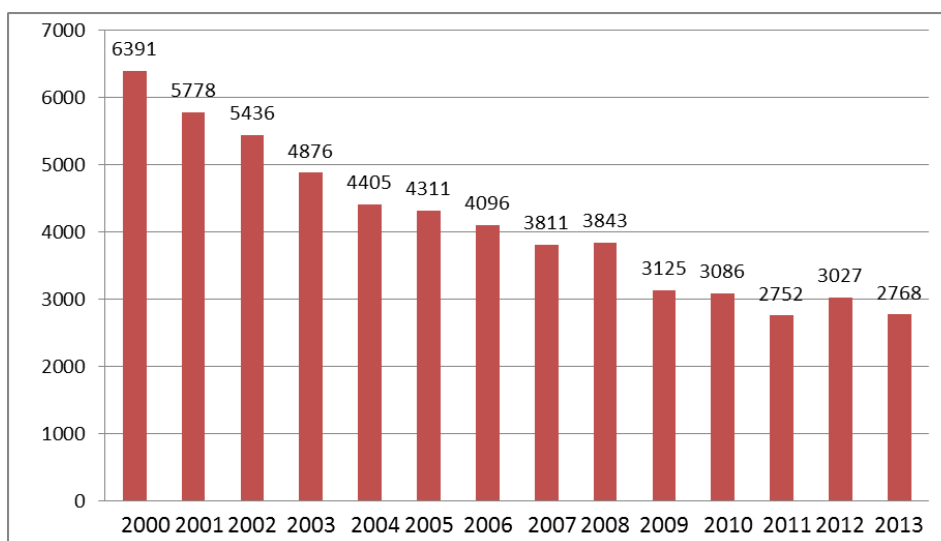
Общият брой на регистрираните ТЗ по териториалните подразделения на НОИ е най-висок в София-град (886), Пловдив (268), Варна (224), Стара Загора (163). Най-висок брой ТЗ със смъртен изход са регистрирани в София-град (20), Варна (16), Пловдив (12) и Стара Загора (7). Висок дял на ТЗ със смъртен изход спрямо регистрирания общ брой ТЗ се наблюдава в Хасково - 12.5 % (4 от 32), Враца –10% (3 от 30), Перник – 8.6% (5 от 58), Варна – 7% (16 от 224).

През 2013 г. се запазва тенденцията за намаляване на ТЗ (фиг. 28), като общият брой ТЗ намалява с 259 броя (8.6%) спрямо 2012 г. ТЗ със смъртен изход, обаче, бележат увеличение с 12.2% - до 92 случая в сравнение с 2012 г. (82 случая), но са значително по-малко в сравнение с 2011 г. (116 случая) и периода 2005-2008 г. (фиг.29).

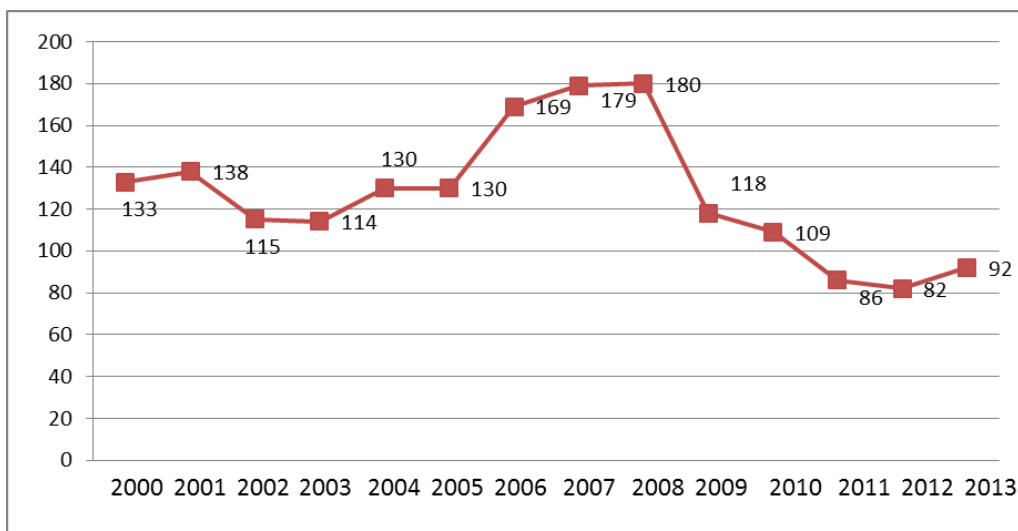
Важен индикатор за състоянието на трудовомедицинското обслужване са броя на бързите известия за разследване на професионални заболявания. Статистиката на НОИ показва, че откритите в териториалните подразделения (ТП) на НОИ досиета на лица със съмнение за професионална болест, за периода 2001 - 2013 г. са 2960. За периода 2001 - 2008 г. са подавани бързи известия средно за 330 лица годишно, през 2009 г. за 111 лица, през 2010 г. за 47 лица, през 2011 г. за 61 лица, през 2012 г. за 24 лица и 41 лица през 2013 г. През 2013 г. най-голям брой бързи известия са получени в ТП на НОИ – Смолян (12), ТП на НОИ – София град (6) и ТП на НОИ – Перник (5), следват ТП на НОИ – София област (4), ТП на НОИ – Враца (3), ТП на НОИ – Габрово (3) и др. Не са получени бързи известия в 14 ТП на НОИ.

²² Статистика трудови злополуки, Национален осигурителен институт: www.noi.bg

Фигура 28. Общ брой на ТЗ през периода 2000 – 2013 г.



Фигура 29. Брой на ТЗ с фатален изход за периода 2000 – 2013 г.



През 2009 г. в България са регистрирани 116 случая на професионални заболявания при 2 696 109 осигурени лица, което е в пъти по-ниска регистрация в сравнение с други страни в ЕС. Например, през същата година в Белгия са регистрирани 1440 професионални заболявания при 2 400 000 осигурени лица, във Финландия - 3057 професионални заболявания при 2 460 100 осигурени лица, в Норвегия - 914 професионални заболявания при 2 100 000 осигурени лица²³. Въпреки значителните различия по отношение на признаването на професионалните заболявания в страните на ЕС, трябва да се отбележи, че в по-ниска степен професионалните заболявания са обхванати само Гърция, Кипър, Исландия и Ирландия. Съгласно данните на НОИ през 2009 г в България няма регистрирани случаи на мезотелиоми, докато по данни на Националния раков регистър през същата година

²³ Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects. European Commission, March 2013. Available at: https://osha.europa.eu/fop/czech-republic/en/publications/report_occupational.pdf

има 59 нови случаи на мезотелиоми²⁴, 46 от които плеврални. Въпреки, че не е проследено дали имат професионален характер, съгласно критериите на СЗО за 70 % от мезотелиомите се приема, че са с професионална етиология. Гореизложеното показва, че едва ли намаляващия брой бързи известия е свързан с намаляване на лицата с професионални заболявания, а по скоро с проблеми, свързани с регистрацията им. Недостатъчно внимание се обръща на свързаните с труда заболявания, липсва регистрация и обобщаване на данните, което би помогнало за идентифициране на проблемите и предприемане на съответните мерки.

Броят на регистрираните СТМ надвишава броя на специалистите по трудова медицина, голяма част от които са регистрирали повече от една СТМ, включително в различни райони на страната. Осигурените лица през 2013 г. са 2 729 800 по данни на НОИ, съответно един лекар със специалност трудова медицина се очаква да обслужва средно около 14 218 лица. В същото време в СТМ работят и други лекари, медицински сестри, инспектори по общественото здраве, но липсват обобщени данни за човешките ресурси в СТМ.

Заключение: Запазва се тенденцията за намаляване на общия брой трудови злополуки, но през 2013 г. има по-висок брой ТЗ с летален изход в сравнение с 2012 г., но и по-нисък в сравнение с предходната година. Пониженият брой бързи известия е индикация за проблеми при регистрацията на професионалните заболявания.

1.2.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот

1.2.3.1. Тютюнопушене

Тютюнопушенето е една от доказаните, водещи предотвратими причини за болестност и смъртност. По данни на СЗО всяка година над 5.6 милиона души в целия свят умират преждевременно от заболявания, свързани с тютюнопушенето. Над 5 милиона от тях са настоящи и бивши пушачи и над 600 000 са непушачи, изложени на пасивно тютюнопушене. До 2030 г. смъртността се очаква да достигне до 8 милиона годишно.

У нас тютюнопушенето продължава да е широко разпространено. По данни на Евробарометър, България се нарежда по брой пушачи на второ място в Европа след Гърция²⁵.

През 2012-2013 г. от НЦОЗА е проведено национално представително проучване на тютюнопушенето сред родителите на деца от детските градини в страната²⁶. Получени са данни за 2419 мъже на средна възраст 36.3 г. (21-56 г.) и 2610 жени на средна възраст 33.2 г. (19-50 г.). Анализът на резултатите показва, че 57.5% от изследваните лица са редовни пушачи. По голям е относителният дял на мъжете пушачи (45.7%) в сравнение с жените (39.0%). До 10 цигари/дневно изпушват 32.2% от мъжете и 53.8% от жените; до 20 цигари/дневно - 33.9% от мъжете и 32.7% от жените, а над 20 цигари/дневно 41.1% от мъжете и 13.5% от жените.

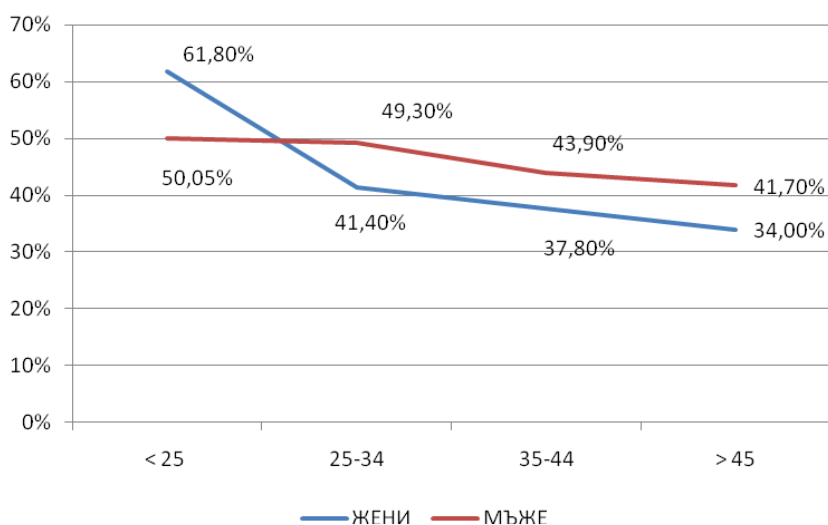
Възрастовото разпределение на пушачите е представено на фиг.30 и съответства на други проучвания, показващи, че до 25-годишна възраст броят на пушачите сред жените е по висок отколкото сред мъжете, докато след тази възраст преобладават мъжете пушачи. С напредване на възрастта тютюнопушенето намалява и при двата пола.

²⁴ Заболеваемост от рак в България 2009 г., Национален раков регистър: <http://www.sbaloncology.bg/bg/bulgarian-cancer-registry.html>

²⁵ Special Eurobarometer 385. "Attitudes of Europeans towards Tobacco". Wave EB77.1 – TNS Opinion & Social. EC, Brussels, Belgium. 2012

²⁶ Непубликувани данни

Фигура 30. Разпространение на тютюнопушенето в различните възрастови групи



Сред мъжете най-голям брой пушачи се установяват в Силистра (68.4%), Добрич (68.4%), Видин (64.3%), Разград (60.0%) и Враца (58.1%). Разпространението на тютюнопушенето сред жените е най-високо в Силистра (61.0%), Добрич (53.5%), Враца (52.3%), Велико Търново (52.1%), и Разград (50.0%).

С най-малък брой мъже-пушачи са София-област (30.7%), Ямбол (35.1%), Кърджали (35.6%), София-град (36.6%) и Варна (37.0%). Най-малко жени пушат в Ямбол (25.3%), Хасково (27.6%), Кърджали (27.7%), София-област (28.6%) и Бургас (29.8%).

На този фон, намаление на потреблението на цигари сочат и данните на НСИ. За периода 1999-2013 г. – от 1000 цигари средно на лице от домакинство през 1999 г. до 596 броя през 2013 г.²⁷

Таблица 21. Потребление на цигари средно на лице от домакинство по години

Продукти и напитки	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Цигари - бр.	1000	1000	1000	916	978	931	926	726	854	860	778	591	547	601	596

Източник: НСИ

Забраната на тютюнопушенето оказва благоприятен ефект върху здравето на населението както при непушачите, като ги предпазва от експозицията на тютюнев дим, така и при пушачите, водеща до намаляване на употребата на тютюневи изделия.

1.2.3.2. Употреба на алкохол

Всяка година злоупотребата с алкохол е причина за смъртта на 3.3 милиона души, което представлява 5.9% от всички смъртни случаи в света²⁸. Консумацията му е причина за редица здравословни проблеми - психични и поведенчески разстройства, зависимост, тежки незаразните заболявания, като цироза на черния дроб, някои видове рак и сърдечно-съдови заболявания и наранявания в резултат от насилие и пътнотранспортни произшествия.

²⁷НСИ. <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>

²⁸<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/>

Проучване на СЗО²⁹ в 188 страни в света показва, че нивото на консумация на абсолютен алкохолна глава от населението на възраст над 15 години варира от 18.22 литра АА в Молдова до 0.02 литра АА в Афганистан. Показателят за нашата страна е 12.44 литра АА, с което България се нарежда на 26 място. В сравнение с 2010 г. показателят е нараснал с 2.44 литра АА на глава от населението.

По данни на НСИ, за периода 1999-2013 г., се установява нарастване на консумацията алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната с 7.5 литра (съответно от 19.6 л на 27.1л) основно поради покачването през годините на употребата на бира с около 8.8 л, на фона на незначителен спад на консумацията на традиционните за България вина и ракии³⁰.

През 2013 г. е нараснал и средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия до 427 лв. на година и нарастване до 180 лв. на лице от домакинството. Въпреки по-високите в номинална стойност разходи, алкохолът и тютюневите изделия не променят своето значение в структурата на разходите от 1999 до 2013 г.

Таблица 22. Потребление на алкохолни напитки средно на лице от домакинство³¹

Продукти и напитки	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Алкохолни напитки - л	19,6	17,1	18,2	18,5	21,4	22,6	22,4	23,1	24,8	24,9	25,5	23,6	23,2	26,3	27,1
Бира	10,1	8,7	8,6	8,5	10,0	11,4	12,0	14,4	15,9	16,1	16,1	15,8	15,6	18,1	18,9
Вина	6,5	5,8	6,9	7,2	8,3	8,3	7,5	6,0	6,3	6,2	6,7	5,5	5,2	5,5	5,5
Ракии	2,5	2,3	2,4	2,4	2,7	2,6	2,5	2,3	2,1	2,1	2,2	2,0	1,9	2,1	2,1
Други спиртни напитки	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5

Източник: НСИ

1.2.3.3. Физическа активност

По данни на Световната здравна организация нивото на физическа активност при 2/3 от населението над 15-годишна възраст в страните от Европейския съюз е под препоръчителното. Последното проучване Евробарометър, 2013³² показва че, 41% от европейците спортуват поне веднъж седмично, а 59% рядко или никога.

Обездвиженият начин на живот е широко разпространен сред всички възрастови групи на населението в България. Не се занимават изобщо със спорт 78% от анкетиранияте, което поставя страната ни на първо място. Редовно спортуват едва 2% от анкетиранияте на възраст над 15 години, всеки седми се занимава с танци, градинарство и т.н. По този показател се приближаваме до средните стойности за ЕС.

От съществено значение е продължителността на извършваната физическа дейност. Повече от 4 пъти седмично се занимават със спорт 16% от изследваните. За Германия и Великобритания този показател е 20%, Финландия 18%, Холандия 17%, Дания 15%, Белгия 14%. По отношение на спортуващите 1-3 пъти седмично ситуацията е следната: България 22%, Германия 38%, Финландия 45%, Холандия 41%, Дания 45% и т.н. Ходят пеша повече от 10 минути дневно, поне 4 пъти в седмицата, 77% от българите, с което заемаме първо място в ЕС. Спортуват в къщи 52% от анкетиранияте (при 36% средно за ЕС), навън или в парка спортуват едва 25% от тях. Само 5% от българите посещават спортни клубове, при средно 13% за ЕС.

Липсата на време е сред най-честите причини за ниска физическа активност на населението, но то е под средното за ЕС (39% срещу 42%). И цената не е решаващ

²⁹World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health, 2014.

³⁰<http://www.nsi.bg/index.php>

³¹<http://www.nsi.bg/index.php>

³²Eurobarometer on Sport and Physical Activity. European Commission - MEMO/14/207 24/03/2014

фактор – на 9% от българите им е скъпо спрямо 10% за ЕС. Установява се, че всеки четвърти българин не е мотивиран да спортува (при 20% в ЕС), нямат подходяща инфраструктура в квартала – 7% от тях – почти двойно спрямо средното за ЕС28.

Показателите за физическа активност на населението в България са най-ниски в Европа, а недостатъчната физическа активност, заедно с други фактори на риска, води до по-висока заболяемост и смъртност от исхемична болест на сърцето, мозъчносъдова болест, диабет, хипертонична болест, злокачествени новообразувания и др. Всичко това налага разработването и реализирането на национална политика за повишаване физическата активност на населението в България.

1.2.3.4. *Хранене и хранителен статус на населението в България*

Данните от *ежегодните бюджетни проучвания на домакинствата в България, извършвани от НСИ*, при представителна извадка от населението, се използват за наблюдаване и очертаване на тенденции в потреблението на храни и напитки от населението ³³.

Наблюдава се постоянно намаляване потреблението общо *на хляб и тестени изделия*. От 1999 г. до 2013 г. потреблението на тези основни за българския модел на хранене продукти е намаляло с 30,4%. Тенденцията за потребление на *картофи* в същия период е в посока на увеличаване, но през 2013 год. се наблюдава 4% спад. Потреблението на *пресни и замразени зеленчуци и плодове* има обща тенденция за нарастване от 2000 г., като през 2013 г. се наблюдава най-високо ниво на консумация, съответно за зеленчуци с 24,7% и за плодове с 19,2%, но все още среднодневното потребление и под препоръчителните нива за дневен прием от 400 г. Запазва се тенденцията за намаляване на консумацията на *компоти и туршии*.

През последните 15 години се отбелязва увеличаване *на употребата на месо – най-вече на свинско, птиче и кайма* като потреблението му за 2013 г. е най-високо. От 2006 г. до 2013 г. се установява сравнително постоянно ниво на повишено потребление на месни продукти, с над 20%. *Консумацията на риба* се запазва ниска (18,4 г среднодневно през 2013 г. на лице, при препоръка поне 30 г), въпреки плавната тенденция за покачване. От 2000 г. има тенденция за увеличаване потреблението на *млечни продукти*, което през 2013 год. е в рамките на препоръчаните нива. Потреблението на *мляко* обаче е с 75% по-ниско от препоръчителните количества, като при киселото мляко продължава тенденцията за повишаване на потреблението, а при прясното мляко тенденцията е обратна.

В периода от 1999 г. до 2013 г. се установява негативна тенденция за увеличаване консумацията на *добавени мазнини*, от 2000 г. до 2013 г. консумацията на млечно масло се увеличава двукратно, а консумацията на слънчогледовото олио и маргарини показва спад през 2012 г. и 2013 г. в сравнение с предходната година, съответно с 4,9% и с 5,3%.

През 2013 г. се продължава тенденцията на намаление на употребата на *захар*. Потреблението е 21,1 г дневно, но приемът на *захарни и шоколадови изделия* се увеличава, като за шоколадовите изделия потреблението се е увеличило двойно за периода от 2000 г. до 2013 г.

Тенденцията на повишаване употребата на *безалкохолни и алкохолни напитки* бележи връх през 2013 г. В началните години на периода от 1999 г. до 2013 г. потреблението на безалкохолни напитки е било с 2,6 пъти по-ниско, а на алкохолни напитки – с 1,5 пъти по-ниско, отколкото през 2013 г.

³³ Национален статистически институт. Доходи и разходи на домакинствата. 3. Потребление на домакинствата. <http://www.nsi.bg/bg/content/3255/%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%88%D0%BD%D0%B8-%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B8>

През последната година се наблюдава запазване на някои положителни тенденции в модела на хранене на населението в България, свързани с повишена консумация на месо, риба, кисело мляко и млечни продукти и намалена консумация на тестени изделия, компоти, туршии и захар. Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на захарни и шоколадови изделия, на безалкохолни и алкохолни напитки и намаляване консумацията на прясно мляко.

През 2013 г. е проведено изследване при национално представителна извадка от 3353 деца на 7-годишна възраст, в първи клас^{34,35}. Проучването е второ за страната в рамките на Европейска инициативата на СЗО за наблюдение на затлъстяването при децата, и се провежда по протокол, разработен съвместно с Регионалния офис на СЗО за Европа и участващите държави-членки. Оценката на хранителния статус на учениците на база на индекси и стандарти на СЗО (2006) установи, че честотата на наднорменото тегло (включително затлъстяването) сред момчетата е 32.4% и при момичетата - 28,6%, нивата на затлъстяване са - 15,7% сред момчетата и 12.2% при момичетата. Данните показват негативни тенденции, но без значима разлика в наднормено тегло и затлъстяване при учениците. От 28% през 2008 год. наднорменото тегло стига до 30,5% през 2013 г., като дялът на децата със затлъстяване се е увеличил от 12,3% на 13,9%.

Наблюдават се някои положителни промени в училищната среда в сравнение с данните от 2008 г.: храненето е включено в училищните политики на 85,7% от изследваните училища през 2013 г., спрямо 67,4% през 2008 г., около 70% от училищата изпълняват инициативи / проекти за насърчаване на здравословен начин на живот (физическата активност и / или здравословно хранене).

След влизане в сила на Наредба за здравословно хранене на учениците, 2009 г. се установяват положителни промени в предлаганите храни в училищните столове и бюфети: през 2008 г. 73,7% от училищата предлагат чипс и солени закуски; 76,5% - бонбони, сладки закуски, 68,2% - безалкохолни напитки със захар, 36,9% - пресни плодове, 30,7% - мляко. През 2013 г. предлагането е съответно: 19% от училищата - чипс и солени закуски; 54,4% - бонбони, сладки закуски, 27,8% - безалкохолни напитки със захар, 85,9% - пресни плодове, 44,4% - мляко. Наблюдава се значително намаляване на предлаганите храни, неподкрепящи здравословното хранене и повишаване присъствието на храни със здравни ползи. Повишено е предлагането на пресни плодове и зеленчуци, кисело, прясно мляко и млечни продукти, нискоминерализирани води, значително е намаляло предлагането на чипс, снакс, пуканки, сладкарски изделия, безалкохолни напитки, съдържащи захар.

Повишила се е честотата на консумация при децата в първи клас на здравословни храни. Всеки ден и повечето дни от седмицата все повече деца консумират: пресни плодове и зеленчуци, кисело, прясно мляко и млечни продукти, намаляла е честотата на консумацията (всеки ден и повечето дни от седмицата) на чипс, снакс, пуканки, сладкарски, шоколадови изделия, пица, пържени храни, хамбургери, наденици. Все още се запазва ниска честотата на консумация на риба и около 12% от децата изобщо не консумират риба.

Между 52 и 61% от децата отиват и се връщат до училище пеша, останалите използват транспортни средства. Средната физическа активност на децата в училище е около 110.8 мин (около 2-3 урока по 40-45 мин на седмица). През седмицата около 2 часа на ден: 32,7% от децата подготвят домашните си; 46,3% гледат телевизия и играят

³⁴ Duleva V., Petrova S., Rangelova L., P. Dimitrov. Nutritional status and school environment of 1-st grade schoolchildren in Bulgaria, 2013, III World Congress of Public Health Nutrition I Latin American Congress of Community Nutrition, November 7-12, 2014, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

³⁵ Duleva V., S. Petrova, L. Rangelova. The trends in overweight and obesity among 7-years old school children in Bulgaria. 21th European Congress on Obesity (ECO2014) Obes Facts, Vol. 7, Suppl 1, 2014. p.23

на компютър, на открито играят 48,5% от децата, а около 3 часа и повече 15,6% от децата подготвят домашните си; 12,9% гледат телевизия и играят на компютър, на открито играят 25,5% от децата.

През 2013 г. е проведено проучване на храненето, хранителния и здравния статус на деца от 1 до 3 годишна възраст, посещаващи обединени детски заведения (ОДЗ) в гр. София, изследвани са 1636 деца от 77 яслени групи³⁶. Данните са получени от здравната документация и активно интервю на медицинският персонал.

Оценката на хранителния статус на децата от 1 до 3 години на базата на индекси и стандарти на СЗО (2006) установи, че 7,8% от децата от 1 до 3 години са с изоставане в ръста. Наднорменото тегло при децата от 1 до 3 години е 8,5% (свърхтегло -7,1% и затлъстяване-1,4%).

При анализа на предлаганата храна в ОДЗ се установи, че: среднодневната енергийна стойност на предлаганата храна при по-голяма част от ОДЗ е над препоръчителните референтни средни потребности на децата от тази възраст; среднодневното съдържание на макро- и микронутриенти в предлаганите храни е небалансирано, като за витамин А, витамин Е, повечето водно-разтворими витамини, натрий, калций, цинк и магнезий е над препоръчаните нива за възрастта, а среднодневното съдържание на мазнини, витамин D, желязо и фолат е под препоръчаните нива и създава риск за дефицит. Предлагането на зърнени храни при децата е предимно под формата на бял и типов хляб, хлебни и тестени изделия, докато консумацията на макаронени изделия и ориз е ниска. Предлагането на мляко и млечни продукти, яйца е под препоръчаните количества, а на месо, плодове, захар, захарни и сладкарски изделия е над препоръчаните нива. Налице е предлагане на хранителни продукти, като пълнозърнест хляб, месни продукти, ядки, туршии, безалкохолни напитки, които не са подходящи за възрастта.

За подобряване на организираното хранене на децата до 3-годишна възраст през 2013 год. е публикувана Наредба № 2 за здравословно хранене на децата на възраст от 0 до 3 години в детските заведения и детските кухни³⁷. Във връзка с практическото приложение на наредбата в края на 2013 г. е публикуван «Сборник рецепти и ръководство за здравословно хранене на деца до 3-годишна възраст»³⁸.

Анализът на данните от извършения контрол на въздействието на йодираната сол върху йоддефицитните заболявания и нарушения³⁹ чрез изследвания сред рискови групи от населението (деца на 6-10 год., бременни жени във втори и трети триместър и жени във фертилна възраст) с оглед оценка на ефективността на профилактиката с йодирана сол установиха някои съществуващи проблеми на популационно ниво: при 28,5% от децата приема на йод е над потребностите, а при 10,6% нивата са екцесивни и съществува риск за неблагоприятни последствия и йод-индуциран хипертиреоидизъм; 40,4% от бременните жени са с ниски нива на екскретиран йод в урината, което определя дефицитен йоден статус; при 24 % от не-бременните жени (контролна група) нивата на екскрецията на йод в урината показват риск за повишен прием на йод, а при 10,0% от тях са високи и се свързват с риск за неблагоприятни последствия и йод-индуциран хипертиреоидизъм; средните стойности на съдържание

³⁶ Rangelova L., Duleva V., Petrova S., Tatyozov T., Zyumbyuleva Z. Nutrition of children aged 1 to 3 years from nurseries in Bulgaria. III World Congress of Public Health Nutrition and I Latin American Congress of Community Nutrition, November 7-12, 2014, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

³⁷ Наредба № 2 за здравословно хранене на децата на възраст от 0 до 3 години в детските заведения и детските кухни, ДВ. бр.28, 2013

³⁸ Петрова С, В Дулева, Л Рангелова, М Куртишева, А Антонова, К Николов. Сборник рецепти и ръководство за здравословно хранене на деца до 3-годишна възраст. МЗ, НЦОЗА, Арбилис ООД, София, 2013

³⁹ Дулева, Е. Ацева, Р. Георгиева, Д. Гюрова, А. Лазарова, А. Русева, П. Димитров, Д. Божилова. (2013) Контрол на въздействието на йодираната сол върху йоддефицитните заболявания и нарушения чрез изследвания сред рискови групи от населението (деца и бременни жени) http://ncphp.government.bg/files/Duleva_IDD_NCPHA.pdf

на йод на kg трапезна сол са в долния диапазон на препоръчителния интервал на йодиране на солта (15-40 mg йод/kg), като при 84,8 % от пробите сол от домакинствата нивото на калиев йодат е в регламентирания диапазон; в пет от изследваните 10 ендемични и 2 неендемични области относителният дял на домакинствата, използващи адекватно йодирана сол е под 90%.

1.2.3.5. Употреба на наркотици⁴⁰

В своя годишен анализ по проблема с наркотиците EMCDDA за пореден път описва като цяло стабилна ситуация, характеризираща се с някои положителни признаци по отношение на по-традиционните наркотици. В техен противовес обаче се оформят нови заплахи, породени от синтетичните наркотици, в това число стимуланти, нови психоактивни вещества и лекарствени продукти, които заемат все по-водещо място на променящия се европейски пазар на наркотиците.

У нас представително национално социологическо проучване⁴¹, относно нагласите и употребата на психоактивни вещества, сред население на възраст 15-64 г. показва, че най-масово употребяваният наркотик е канабисът. Поне веднъж в живота си са го опитали 7% от анкетиранияте. Следват екстази (1.8%); амфетамини (1.2%); кокаин (0.8%) и хероин (0.3%). Употребата на психоактивни вещества е широко разпространена и сред лицата, лишени от свобода. Изследване, обхващащо всички 12 затвора в страната и Поправителен дом Бойчиновци за малолетни (2816 лица) показва, че 17.0 % от тях са употребили през последната година канабис, 10.2 % - амфетамини, 9.2 % - хероин и т.н.

Особено тревожен е проблемът при децата и младежите. Сред 20-34-годишните най-висок е дялът на лицата, употребяващи марихуана (8.2 %); следват хашиш – 1.9 %, екстази – 1.5 %, кокаин и амфетамини – по 1.3 %, хероин – 0.8 %. Сред учениците в гимназиален курс на обучение (9-12 клас), поне веднъж в живота си са употребили наркотик 28.2%; през последните 12 месеца - 25.8% от тях; през последните 30 дни- 15.2%. Най-употребявани са канабисът – 19.6 %, амфетамини – 4.3 %, кокаин – 3.4 %, метамфетамини – 3.2 %, екстази – 3.1 %.

Броят на лицата, употребяващи наркотични вещества, които са изследвани в лабораторията на НЦН нараства през 2013 година с около 20% спрямо 2012 година. Нарастването на изследваните лица е основно от тествани в мобилни кабинети от програми за намаляване на вредите /КАРИТАС/. По отношение нивото на HIV инфекцията при употребяващите инжекционно наркотици се установява задържане на показателите - около 3%. Нивото на Хепатит В инфекция продължава да спада, особено при лица под 25 г., което вероятно е последица от успешно провеждащата се от 1992 г. ваксинационна програма на всички новородени в страната. Нивото на инфектирани с вируса на Хепатит С за всички интравенозни изследвани в София е 66%. Може да се отбележи, че има тенденция на задържане в период от три години на нивото на инфектираност. Нивото на инфекция на сифилис е 6.5%, след високото ниво на инфектираност при 2012 година – 11% към обичайното ниво около 5-6% в предишните пет години.

⁴⁰ Годишен доклад по проблемите, свързани с наркотиците и наркоманиите в България 2012. Национален фокусен център за наркотици и наркомани с подкрепата и санкцията на национален съвет по наркотичните вещества

⁴¹ Отчет на дейността на Национален център по наркомани, 2013 г.

Таблица 23. Изследвани лица, употребяващи инжекционно наркотици през 2013 г.

ВИД ИЗСЛЕДВАНЕ	БРОЙ ИЗСЛЕДВАНИЯ	ПОЛОЖИТЕЛЕН РЕЗУЛТАТ
Ат с/у HIV	837	27 3.22 %
Ат с/у HCV	710	389 54.80 %*
HbsAg	744	33 4.43 %
Сифилис	717	47 6.55 %

Проведено е национално представително проучване относно употребата на психоактивни вещества сред младото население на възраст между 20 – 34 години в България, обхващащо 3001 лица от 116 населени места в страната, чрез индивидуална анкета/надомно интервю. Данните от проучването показват, че през последните 12 месеца марихуана са употребили 8.2 % от младите хора в България, хашиш – 1.9 %, екстази – 1.5 %, кокаин и амфетамини – по 1.3 %, хероин – 0.8 % и т.н. През първото полугодие на 2013 г. е проведено и проучване за употреба на наркотици сред 2816 лишени от свобода в България във всичките 12 затвора и поправителния дом за малолетни в Бойчиновци. Данните показват, че 17% от лишените от свобода са употребили през последната година канабис, 10.2% - амфетамини и 9.2% - хероин.

През 2013 г. в Националния фокусен център за наркотици и наркомании или с негово водещо участие и подкрепа са осъществени общо 13 проучвания (21 проучвания за 2012 г.) от различен тип (едно насочено към общото население, 4 към младото население и учениците, 3 към специфични групи население, едно към институция, едно към проблемно употребяващи и три от типа на документалните проучвания).

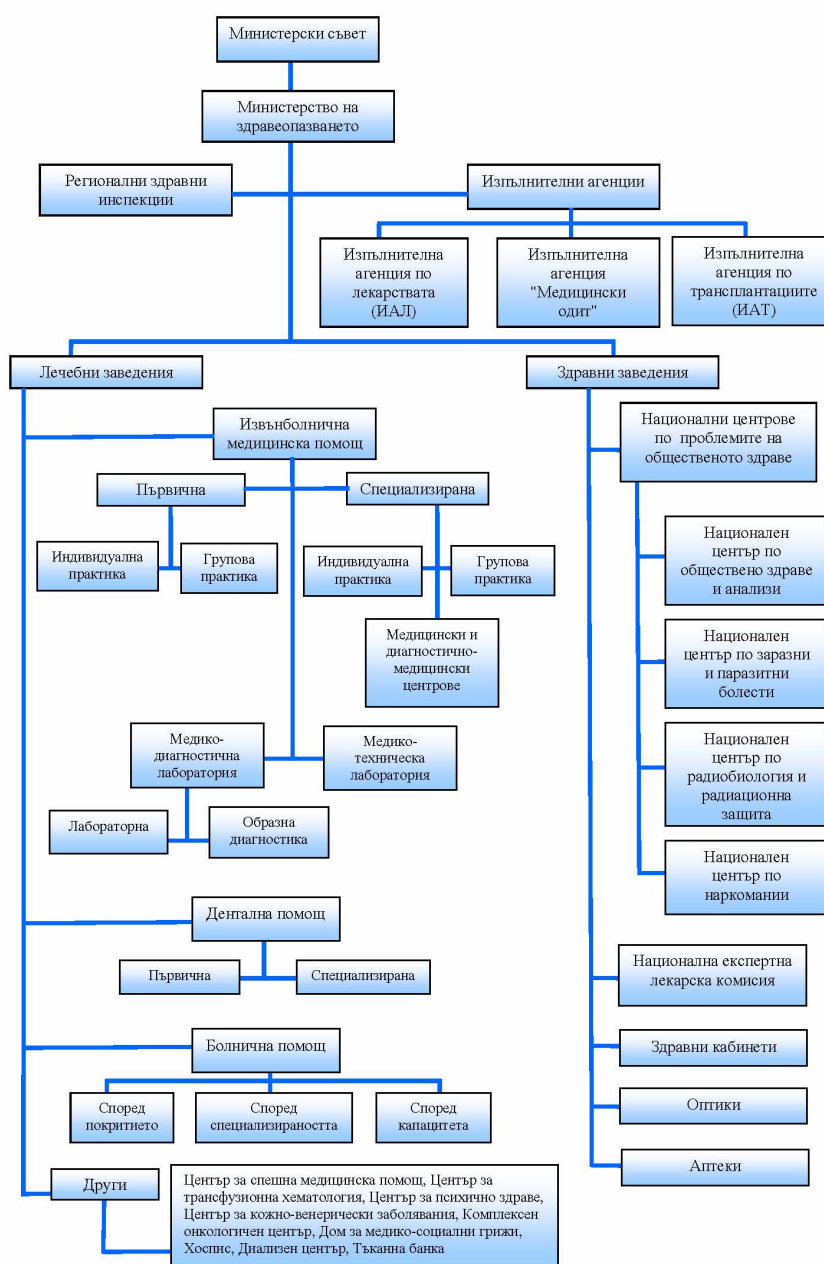
Броят на лицата, употребяващи наркотични вещества, изследвани в лабораторията на НЦН, за 2013 г. бележи ръст с около 20% спрямо 2012 г. В последните 3 години нивото на HIV инфекцията при употребяващите инжекционно наркотици бележи тенденция нае задържане около 3% от тестваните лица. Нивото на Хепатит В инфекция продължава спада в цялата група на употребяващи инжекционно наркотици, особено при лица под 25 г., което вероятно е последица от успешно провеждащата се от 1992 г. ваксинационна програма на всички новородени в страната. Нивото на инфектирани с вируса на Хепатит С за всички интравенозни изследвани в София е 66%, като се наблюдава задържане на нивото на инфектираност през последните три години. Нивото на инфекция на сифилис е 6.5% и е понижено спрямо 2012 г. (11%), като достига обичайното ниво около 5-6% в предишните пет години.

2. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

2.1. Структура и организация

Няма съществени промени в структурата и организацията на здравната система през 2013 г. в сравнение с предходната година. На фигура 32 е представена структурата на здравната система в България.

Фигура 31. Здравна система – организационна структура



Структурата на здравната мрежа и осигуреността на леглата през 2013 г. е представена на таблица 24.

Таблица 24. Здравна мрежа и леглови фонд през 2012 и 2013 г.

Видове заведения	2012		2013	
	Брой	Легла	Брой	Легла
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко	312	45 726	316	46804
Многопрофилни болници	114	24 912	111	25014
Многопрофилни болница за активно лечение	113	24 872	111	25014
Специализирани болници	73	7 755	73	7693
Специализирана болница за активно лечение	37	3 700	37	3524
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение	5	251	5	390
Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация	12	980	12	955
Специализирана болница за рехабилитация	19	2 824	19	2824
Психиатрични болници	12	2 438	12	2413
Частни заведения за болнична помощ	92	6 916	99	7949
Лечебни заведения за извънболнична помощ (по отчетите на лечебните заведения)				
Амбулатории за първична медицинска помощ – индивидуални практики	3 575	-	3445	-
Амбулатории за първична дентална помощ – индивидуални практики	5 046	-	4876	-
Амбулатории за първична медицинска помощ – групови практики	223	-	220	-
Амбулатории за първична дентална помощ – групови практики	300	-	335	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики	3 050	-	2864	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – индивидуални практики	76	-	77	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – групови практики	149	-	142	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – групови практики	1	-	1	-
Медицински центрове	575	588	604	706
Дентални центрове	49	7	48	9
Медико-дентални центрове	33	15	39	26
Диагностично-консултативни центрове	121	228	117	245
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	1 026	-	1078	-
Други лечебни и здравни заведения				
Комплексни онкологични центрове	7	1 144	7	1168
Центрове за кожно-венерически заболявания	8	80	7	70
Центрове за психично здраве	12	1358	12	1480

Центрове за спешна медицинска помощ	28	-	28	-
Самостоятелни центрове за трансфузионна хематология	4	-	4	-
Домове за медико-социални грижи за деца	30	3 624	29	2258
Хосписи	41	802	45	867
Национални центрове без легла	7	-	7	-
РЗИ	28	-	28	-
Санаториални заведения	1	244	-	-

2.2. Нормативна база

През 2013 г. МЗ предприе действия по изготвянето, приемането и въвеждането в действие на 51 нормативни акта, в това число закони, постановления на Министерския съвет, наредби, правилници и други, които имат значение за развитието на системата на здравеопазването.

През отчетния период стартираха нормативни промени в системата на здравеопазването чрез създаването на работни групи, които имаха за задача да изготвят проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за здравето и проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

С проекта на Закона за изменение и допълнение на Закона за здравето работната група предвиди промени и в Закона за здравното осигуряване и в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина

Основната цел при изготвянето на проекта на Закон за изменение и допълнение на Закона за здравето беше да се осигури прилагането на Регламент (ЕО) № 1223/2009 на Европейския парламент и на Съвета от 30 ноември 2009 г. относно козметичните продукти. Посочени са изискванията, при които козметичните продукти се считат за безопасни за човешкото здраве. При нарушение на регламентираните изисквания, са предвидени съответните санкции. Промените в Закона за здравното осигуряване имат за цел въвеждане на изискванията на Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване. Посочената директива определя реда за предоставянето на трансгранични здравни услуги, независимо от начина им на организация, предоставяне и финансиране, отговорностите на държавите - членки по осигуряване и по местолечение, разпоредбите относно взаимното признаване на медицински предписания, издадени в друга държава - членка, както и въпроси, касаещи сътрудничеството и обмена на добри практики между компетентните органи на държавите - членки. Съгласно директивата, осигуреният пациент има правото да избере държавата, в която желае да получи здравните услуги, да заплати за тях, след което той може да потърси възстановяване на средствата от Националната здравноосигурителна каса, съответно от Министерство на здравеопазването. Това е валидно за здравните услуги, които са включени в пакета дейности, финансирани от бюджета на НЗОК, съответно от бюджета на Министерство на здравеопазването. Сумата, която ще бъде възстановена на пациента е до размера на разходите, които биха били поети от държавата-членка по осигуряване, ако това здравно обслужване беше предоставено на нейна територия, без да се надхвърлят действителните разходи за предоставеното здравно обслужване. Работната група дискутира и необходимостта от създаването на национален регистър на пациентите с редки заболявания. Промяната в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина е свързана с разпоредбите на Директива 2011/24/ЕС за признаване на медицински предписания в друга държава членка.

Работната група, работеща върху проекта на Закон за изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина имаше за задача да бъдат транспонирани изискванията на Европейския парламент и на Съвета от 25 октомври 2012 г. за изменение на Директива 2001/83/ЕО по отношение на фармакологичната бдителност, като са дискутирани и предложени промени в следните основни насоки:

- притежателите на разрешения за употреба се задължават да информират Изпълнителната агенция по лекарствата и Европейската агенция за лекарствата за причините за изтеглянето от пазара или за преустановяване пускането на пазара на лекарствен продукт, за искането за отмяна на разрешение за употреба или за неподновяването на разрешение за употреба;

- извършват се промени относно начина на оформление на листовката на лекарствените продукти, с оглед постигане на яснота и разбираемост от страна на пациентите;

- въвеждат се нови задължения за търговците на едро с лекарствени продукти, които извършват търговия с лекарствени продукти в трети за Европейския съюз държави. Тези търговци се задължават да търгуват, като получават и доставят лекарствени продукти, само с лица, имащи разрешение или право да извършват търговия с лекарства, в съответствие с приложимото национално законодателство на третата страна;

- въвежда се задължение за притежателите на разрешение за употреба да уведомяват и Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти в случаите, когато преустановят продажбите на продукт, включен в Позитивния лекарствен списък, който е без алтернатива.

2.3. Финансиране

2.3.1. Финансиране на здравни дейности от държавния бюджет

Разходите на държавния бюджет по функция „Здравеопазване” през 2013 г. са насочени към финансиране на приоритетни политики и дейности в областта на общественото здравеопазване, реализиране на Национални здравни програми по стратегически здравни приоритети и социално значими заболявания; осигуряване на лекарства, консумативи и биопродукти по централна доставка; диагностично-консултативна и лечебна дейност в лечебните заведения, в системата на МЗ, МТИТС, МС, МО и МВР.

Основните разходи за функция „Здравеопазване” по държавния бюджет се осъществяват чрез бюджета на Министерството на здравеопазването (62% от разходите от държавния бюджет)- таблица №25.

Таблица 25. Разходи за функция „Здравеопазване” по ведомства 2012-2013 г.

	2012 г. (млн. лв.)	2013 г. (млн. лв.)
Министерство на здравеопазването	469.9	350.0
Министерски съвет	30.5	35.5
Министерство на отбраната	140.6	151.4
Министерство на вътрешните работи	18.0	19.2
Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията	8.7	9.3
Министерство на физическото възпитание и спорта	0.2	0.2

Източник: МФ

Данните за 2013 г. показват, че на фона на намаляващите разходи на Министерство на здравеопазването, по отношение на разходите за здравни дейности на останалите ведомства се наблюдава увеличение с 9%, като разходите на Министерство на отбраната бележат увеличение от 140.6 млн. лв. на 151.4 млн. лв., което съставлява 26.8% от общите бюджетни разходи по функция „Здравеопазване”. През 2013 г. лечебните заведения за болнична помощ към МО, МВР, МС, МТИТС и МФВС са изразходвали 215.6 млн. лв. за своята дейност, включително средствата за изпълнени клинични пътеки по договори за болнична помощ с НЗОК.

Със Закона за държавния бюджет на Република България за 2013 г., разходите по бюджета на Министерство на здравеопазването за 2013 г. са в размер на 368 185.0 хил. лв.

Отчетените разходи към 31.12.2013 г. на МЗ са общо в размер на 374 404.6 хил. лв., в т.ч. текущи нелихвени разходи – 342 650.7 лв., лихвени плащания – 507.7 хил.лв. и капиталови разходи – 31 246.2 хил. лв.

Най-голям относителен дял от общия размер на разходите на Министерство на здравеопазването през 2013 г. имат:

- разходите за заплати, други възнаграждения и социално - осигурителни плащания (разходи за персонал) – 44.2%;
- разходите за издръжка – 23.4%.
- субсидиите за болнична помощ за извършена дейност по реда на утвърдена Методика за 2013 г. – 19.0%.

В рамките на определения бюджет МЗ пряко финансира 114 самостоятелни административни структури, здравни и лечебни заведения – юридически лица на бюджетна издръжка:

- 28 Центрове по спешна медицинска помощ (ЦСМП);
- 28 Регионални здравни инспекции (РЗИ) ;
- 6 Национални центрове (НЦ);
- 30 Домове за медико-социални грижи за деца в неравностойно социално положение (ДМСГД);
- 12 лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ (ДПБ);
- 4 центъра по трансфузионна хематология (РЦТХ);
- Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ);
- Изпълнителна агенция по трансплантация (ИАТ);
- Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК)';
- Център „Фонд за лечение на деца” (ЦФЛД);
- Център за асистирана репродукция (ЦАР);
- Изпълнителна агенция „Медицински одит” (ИАМО).

Отчетените разходи на ВРБ към 31.12.2013 г. са общо в размер на 235 612.6 хил. лв, от които текущи разходи – 231 437.6 хил. лв и капиталови разходи – 4 175.0 хил. лв.

С най-голям относителен дял (40.0%) са отчетените към 31.12. 2013 г. разходи на ЦСМП – 94 214.3 хил. лв, следвани от разходите отчетени от РЗИ – 39 407.3 хил. лв (16.7%).

Отчетените разходи на ДМСГД към 31.12.2013 г. са общо в размер на 30 458.8 хил. лв, относителен дял (12.9%).

Разходите, реализирани за стационарна психиатрична помощ, осъществявана от ДПБ са в размер на 22 755.5 хил. лв., относителен дял (9.7%).

Отчетените разходи от РЦТХ са в размер на 6 433.4 хил. лв, от Националните центрове – 21687.7 хил.лв.

Отчетените разходи към 31.12.2013 г. на останалите второстепенни разпоредители с бюджет са общо в размер на 20 655.6 хил. лв, включващи:

- ИАЛ - 5 180.3 хил. лв;
- НЕЛК - 1 223.9 хил. лв;
- ИАТ - 647.4 хил. лв;
- ЦФЛД - 12 443.5 хил. лв;
- ИАМО - 1 246.8 хил. лв

През 2013 г. асистираната репродукция се финансира от НЗОК.

Отчетените разходи от ВРБ за периода 01.01-31.12.2013 г. представляват 62.93% от общо отчетените разходи на МЗ.

Финансирането на здравни дейности от МЗ се осъществява, чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики (таблица 26).

Таблица 26. Разходите по политики и програми (по бюджета на ПРБ) 2011-2013 г.

Политики и програми	Отчет 2011 г. (в хил. лв.)	Отчет 2012 г. (в хил. лв.)	Отчет 2013 г. (в хил. лв.)
Политика в областта на ПРОМОЦИЯТА, ПРЕВЕНЦИЯТА И КОНТРОЛА НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ	113 843.7	112 772.3	63 209.5
Програма 1 „Здравен контрол”	21 504.90	27 284.8	22 339.6
Програма 2 „Профилактика на незаразните болести”	9 019.8	8 630.9	7 870.0
Програма 3 „Профилактика и надзор на заразните болести»	77 944.7	74 517.9	30 940.3
Програма 4 „Вторична профилактика на болестите”	3 625.2	0	0
Програма 5 „Намаляване търсенето на наркотици”	1 848.1	2 338.7	2 059.6
Политика в областта на ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО	497 067.3	345 060.9	281 064.0
Програма 6 „Извънболнична помощ”	3 058.1	3 641.3	5 488.6
Програма 7 „Болнична помощ”	244 429.3	137 462.3	109 818.9
Програма 8 „Диспансери”			
Програма 9 „Спешна медицинска помощ”	84 102.4	110 053.2	107 535.0
Програма 10 „Трансплантация на органи, тъкани и клетки”	4 067.1	4 782.9	4 113.0
Програма 11 „Осигуряване на кръв и кръвни съставки”	16 150.1	14 106.5	17 050.0
Програма 12 „Медикосоциални грижи за деца в неравностойно положение”	33 418.7	32 991.1	30 482.5
Програма 13 „Експертизи за степен на увреждания и трайна неработоспособност”	7 480.2	6 130.8	6 576.0
Програма 14 „Хемодиализа”	62 209.1	0	0
Програма 15 „Интензивно лечение”	42 152.3	35 892.8	0
Политика в областта на ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ	94 745.4	12 752.5	19 780.1
Програма 16 „Достъпни и качествени лекарствени продукти и медицински изделия”	94 745.4	12 752.5	19 780.1
Програма 17 „Администрация”	12 442.9	9 531.6	10 351.0
Общо разходи на ПРБ	718 099.3	480 117.3	374 404.6

Чрез програмите на Политика „В областта на промоцията, превенцията и контрол на общественото здраве” МЗ финансира дейностите, свързани с ефективен здравен контрол върху обектите с обществено предназначение, стоките, имащи

значение за здравето на населението, дейности със значение за здравето на населението и факторите на жизнената среда. През 2013 г. осигуряването и финансирането на ваксини и серуми, в изпълнение на Имунизационния календар на Р. България се осъществяваше от НЗОК.

В рамките на тази политика се реализират и дейностите, финансирани от безвъзмездната помощ по реда на Споразумението с Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария.

Разходите по политиката през 2013 г. са 63.2 млн. лв и бележат намаление спрямо 2012 г., тъй като с голям относителният дял бяха разходите за ваксини, чието финансиране през 2013 г. беше осъществявано от НЗОК.

В рамките на програмите на Политика „В областта на диагностиката и лечението“ са финансирани дейностите, осъществявани от държавните психиатрични болници, центровете за спешна медицинска помощ, центрове за трансфузионна хематология, домовете за медико-социални грижи за деца в неравностойно положение от 0 до 3 години и дейностите по трансплантация на тъкани, органи и клетки.

В рамките на политиката са включени средствата за предоставените субсидии за лечебните заведения за болнична помощ в размер на 71 142.2 хил. лв, с които са заплатени медицински дейности: оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния; осигуряване на лекарствени продукти за лечение при определени състояния, стационарно лечение на пациенти с психични заболявания; амбулаторно проследяване (диспансеризация) и активно лечение на пациенти с активна туберкулоза; продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания; лечение на пациенти с инфекциозни заболявания; отдых и лечение на ветераните от войните; медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК; дейността на Националния раков регистър и др.

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

Разходите по политика „В областта на диагностиката и лечението“ намаляват от 345.1 млн. лв през 2012 г. на 281.1 млн. лв. през 2013 г., в резултат на прехвърлянето на част от медицинските дейности към Националната здравноосигурителна каса.

В рамките на Политиката „В областта на лекарствените продукти и медицинските изделия“ през 2013 г. са осигурени лекарствени продукти и медицински изделия, за пациенти със СПИН, туберкулоза и психически и поведенчески зависимости. За изпълнението на дейностите по политиката в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия през 2013 г. от бюджета на МЗ са изразходвани 19.8 млн. лв.

Общият размер на разходите по всички политики за 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 болни страдащи от тежки хронични и социално значими заболявания, е 12 463.7 хил.лв, в т.ч:

- Лекарствени продукти за скъпоструващо лечение, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване – 10 461.2 хил. лв;
- Биопродукти (ваксини и специфични серуми) – 49.7 хил. лв;
- Радиоактивни лекарствени продукти, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори – 1 888.7 хил. лв;

- Медицински изделия за вземане, диагностициране, преработване и съхраняване на кръв и кръвни съставки – 64.0 хил. лв;

Разходваните през 2013 г. средства за лекарствени продукти, медицински изделия и консумативи бележат намаление от 39826.1 хил. лв., спрямо 2012 г., когато те са били 52 289.8 хил. лв., което е свързано с прехвърлянето на функции и дейности, които са от обхвата на здравното осигуряване към Националната здравноосигурителна каса.

Чрез бюджета на МЗ се извършват и разходите по национални програми, приети с решения от МС, свързани с превенция, профилактика и лечение на значими заболявания, определени като национални здравни приоритети.

През 2012 г., чрез бюджета на Министерството на здравеопазването, са финансирани общо 9 национални програми, като разходите за тях са в размер на 6844.1 хил. лв. През 2013 г. също са финансирани 9 национални програми, при размер на разходите 7 676.3 хил. лв. Основната част от тези средства са за лекарства и консумативи, свързани с лечение и превенция на социално значими заболявания и психосоциална рехабилитация:

- Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България – 58.4 хил. лв.;
- Национална програма за развитие на трансплантацията на стволови клетки – 1 205.7 хил. лв.;
- Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции – 1 834.2 хил. лв.;
- Национална стратегия за борба срещу наркотиците – 276.4 хил. лв.;
- Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в Република България - 1 590.8 хил. лв.;
- Национална програма за действие по околна среда и здраве 2008-2013 г., - 253.4 хил. лв.;
- Национална програма на Република България за готовност за грипна пандемия - 107.9 хил. лв.;
- Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства – 245.5 хил. лв.;
- Национална програма за редки болести 2009-2013 г - 2104.1 хил. лв.

Отчетените общо от МЗ към 31.12.2013 г. разходи за Международни програми са в размер на 8 204.5 хил. лв., като от тях за текущи разходи – 7 895.9 хил. лв. и за капиталови разходи – 308.6 хил. лв.

Най-голям дял в размера на отчетените разходи имат програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария - общо разходи в размер на 7 248.5 хил. лв., по програми:

- Програма «Превенция и контрол на ХИВ/СПИН в България», финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария . Отчетените разходи са в размер на 4 502.9 хил. лв.;
- Програма «Подобряване на контрола на туберкулозата в България». Отчетените разходи към 31.12.2013 г. са общо 127.3 хил. лв.;
- Програма «Укрепване на контрола на туберкулозата в България» - 2 618.3 хил. лв.

Към 31.12.2013 г. отчетените само от второстепенните разпоредители с бюджет разходи за Международни програми, са в размер на 1397.7 хил. лв., от които за текущи разходи – 1 351.0 хил. лв. и капиталови разходи 46.7 хил. лв.

2.3.2. Финансиране на здравни дейности от НЗОК

Общият размер на приходите и трансферите, заложиени със Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за 2013 г. е 2 710 276 хил. лв. Реализираните приходи и трансфери през годината са в размер на 2 773 846 хил. лв., което представлява преизпълнение с 2,3 % спрямо планираните средства. Отчетените приходи и трансфери през 2013 г. са с 3,4 % или с 91 009 хил. лв. повече в сравнение с отчетените 2 682 837 хил. лв. през предходната 2012 г..

Здравноосигурителните приходи за 2013 г. са 2 744 720 хил. лв. и съставляват 98,9% от отчетените приходи и трансфери. Налице е нарастване на здравноосигурителните приходи с 2,8 % или с 75 814 хил. лв. повече в абсолютен размер спрямо отчетените 2 668 906 хил. лв. през 2012 г..

Нарастването е за сметка на приходите от здравноосигурителни вноски, които за 2013 г. са 1 803 594 хил. лв., което представлява увеличение с 4,4 %, или с 75 814 хил. лв. повече в абсолютен размер спрямо отчетените 1 727 780 хил. лв. през предходната 2012 г.

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2013 г. приходите от здравноосигурителни вноски заемат 65,0 % в структурата на здравноосигурителните приходи. За 2013 г. размерът на здравноосигурителната вноска е в размер на 8% и не се променя процентното съотношение за внасяне на здравноосигурителната вноска, спрямо 2012 г., и се запазва в съотношение 60:40, съответно за сметка на работодателя и работника.

Вноските за работници и служители от работодатели съставляват 56,9% от постъпленията от здравноосигурителни вноски, като съгласно данни на НСИ наети лица в страната са 28,3% от общото население. През 2013 г. приходите от вноски за работници и служители от работодатели са 1 026 805 хил. лв., което представлява увеличение с 5,6 % или с 54 295 хил. лв. повече в сравнение с отчетените 939 143 хил. лв. през предходната 2012 г.

Приходите от здравноосигурителни вноски от работници и служители (лична вноска) съставляват 32,5% от събраните здравноосигурителни вноски през отчетната 2012 г. За 2013 г. те са 586 723 хил. лв. и са нараснали с 26 693 хил. лв. или с 4,8%, спрямо отчетените 560 030 хил. лв. през предходната 2012 г.

Здравноосигурителните приходи от вноски от самонаети (самоосигуряващи се лица) за 2013 г. са 190 066 хил. лв., което формира намаление от с 2,6 % или 5 026 хил. лв. в абсолютен размер, в сравнение с отчетените 195 091 хил. лв. предходната 2012 г. Събраните приходи от здравноосигурителни вноски от самонаети (самоосигуряващи се лица), съставляват 10,5 % от събраните здравноосигурителни вноски за отчетната 2013 г.

Здравноосигурителните приходи чрез трансфери за здравно осигуряване за 2013 г. за лицата, чието здравно осигуряване се поема от републиканския бюджет, са 941 126 хил. лв и съставляват 34,3 % от събраните здравноосигурителни приходи. Размерът на трансферите в абсолютен стойност се запазва спрямо предходната 2012 г.

По данни на НЗОК към 31.12.2013 г. броят на здравноосигурените лица е 1 417 хиляди души, което представлява 18,9 % от лицата, водени като задължително здравно осигурени (7 504 хиляди души). За сравнение към 31.12.2012 г. лицата с прекъснати здравно-осигурителни права са възлизали на 1 395 хиляди души или 18,0% от лицата с избор на личен лекар. Данните показват, че през 2013 г. се отчита ръст с 22 хиляди на неосигурените лица спрямо 2012 г., което представлява ръст от 1,6 %.

Най-висок е делът на неосигурените лица в област Кърджали – 27,6 %, Разград и Търговище – 25,2 %, а най-нисък е делът на неосигурените лица в София-град – 13,1 %, София област – 14,9 %, Габрово – 15,1 %.

Броят на неосигурените лица нараства при нарастване на броя на безработните лица. Съгласно данни на НСИ през 2013 г. коефициентът на безработица е 13,0 %, като в сравнение със същия период на 2011 г. се увеличава с 0,60 пункта.

През бюджетната 2013 г. получените трансфери от Министерството на здравеопазването са на обща стойност: 8 084 хил. лв. С тези трансфери се финансират разходите за дейности по амбулаторно проследяване на болни с психични и с кожно - венерически заболявания за здравно неосигурени лица, профилактичен преглед, изследвания и акушерска помощ за здравно неосигурени жени, интензивно лечение за здравно неосигурени лица и разходите за ваксини и дейности по национални програми за профилактика на рак на маточната шийка за определена популация по чл. 82, ал. 2, т.3 от Закона за здравето.

Планираните средства за разходи и трансфери на НЗОК за 2013 г. са от 2 737 276 хил. лв. Разходваните през годината средства, в т. ч. трансфери, възлизат на 2 781 947 хил. лв. или 99,9 % от предвидените средства.

В сумата на разходите и трансферите за 2013 г. са включени предоставени трансфери в размер на 65 104 хил. лв. - в това число към НАП – 3 056 хил. лв., към бюджетни предприятия, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК - 62 047 хил. лв.

Реализираните разходи (без трансфери) на НЗОК за 2013 г. възлизат на 2 716 843 хил. лв. За сравнение през 2012 г. са разходвани 2 481 572 хил. лв. или през текущата година е отчетен ръст от 9,5 % (235 271 хил. лв. в номинално изражение).

В структурата на разходите най-голям е относителният дял на здравноосигурителни плащания (без предоставените трансфери) – 2 678 819 хил. лв, представляващи 98,6 % от всички извършени разходи.

Административни разходи са 36 355 хил. лв. или 1.3% от всички разходи. За придобиване на нефинансови активи са разходени 1 670 хил. лв., което представлява 0.1% от всички разходи.

2.3.3. Финансиране на първичната извънболнична медицинска помощ

Планираните разходи за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) през 2013 г. са в размер на 176 000 хил. лв. Средствата са намалени след направения анализ за неусвоени средства с 116 хил. лв, като актуализираният годишен план на средствата за първична извънболнична медицинска помощ за 2013 г. възлиза на 175 884 хил. лв.

Към 31.12.2013 г. са изплатени 175 673 хил. лв за дейността за периода декември 2012 г. – ноември 2013 г..

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за извършена дейност през 2013 г. се увеличава на 241 лв., спрямо 224 лв. 2012 г., или 2,41 лв. на 1 ЗЗОЛ. Средномесечният разход за капитация на 1 ЗЗОЛ за 2013 г. е в размер на 1,18 лв., докато за 2012 е 1,16 лв. Намалява относителния дял на средствата за капитация – от 52% от стойността на извършената в ПИМП дейност през 2011 на 49% за 2013 г.

Заплатените средства за профилактична дейност по програма “Детско здравеопазване” възлизат на 21 563 хил. лв и съставляват 12,3% от изразходваните средства за ПИМП. От тях за профилактични прегледи от 0 до 1 годишна възраст са изразходвани 5 358 хил. лв. (24,9% от разходите по програмата), от 1 до 2 годишна възраст са изразходвани 1 656 хил. лв. (7,7%), от 2 до 7 годишна възраст през отчетния

период са изразходвани 4 618,4 хил. лв. (21,4%) и от 7 до 18 годишна възраст са изразходвани 5 093,9 хил. лв. (23,6%).

В рамките на програма „Детско здравеопазване” са заплатени и 4 836 хил. лв за имунизации на деца до 18 години.

За профилактично наблюдение по програма “Майчино здравеопазване” през 2013 г. са заплатени средства в размер на 62,9 хил. лв., които съставляват 0,04% от разходваните средства за ПИМП. Ниската стойност на разходите за профилактичното наблюдение на бременните и майките се дължи на направения избор на бременните, наблюдението на бременността да се извършва от лекар - специалист по „акушерство и гинекология” и много по-малко от изпълнител на ПИМП. Едва 3.1% от бременните са избрали изпълнител на ПИМП, да извършва профилактичното наблюдение по програмата „Майчино здравеопазване”.

През 2013 г. за диспансерно наблюдение са заплатени 32 483 хил. лв. или 18,5 % от средствата за ПИМП.

За профилактични прегледи на лица над 18 години през 2013 г. са заплатени общо 20 992 хил. лв. или 12,0% от разходваните средства за ПИМП. Освен това за имунизация на лица над 18 годишна възраст съгласно Имунизационния календар на Република България, са заплатени 1 127 хил. лв.

Общият размер на средствата за профилактични дейности, осъществявани от ПИМП е 43 744 хил. лв.

През 2013 г. за неблагоприятни условия на работа са заплатени общо 4 812 хил. лв или 2,7% от разходваните средства за ПИМП. Средномесечният брой практики, на които са заплатени средства за работа при неблагоприятни условия през 2013 г., са 952, при регистрирани 1 083.

Заплащането за осигуряване на постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на ЗЗОЛ през 2013 г. възлиза на 8 066 хил. лв. и съставляват 4,6% от изразходваните средства за ПИМП. Средномесечният доход на ОПЛ, извършващ такава услуга, през 2013 г. е 147 лв., което демотивира ОПЛ да осигуряват самостоятелно тази дейност.

Заплащането за поставяне на имунизации за рак на маточната шийка по национална програма е в размер на 80 хил. лв за 19 939 поставяния на имунизации за определена популация по чл. 82, ал. 2, т.3 от Закона за здравето (чрез трансферни средства от Министерството на здравеопазването).

2.3.4. Финансиране на специализираната извънболнична медицинска помощ

Планираните средства за специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) в бюджета на НЗОК за 2013 г. са в размер на 178 000 хил. лв. и са увеличени след анализ на заявките и изпълнението на средствата за здравноосигурителни плащания за СИМП общо с 6 988 хил. лв., т.е. до 184 988 хил. лв..

Изплатените средства в размер на 184 932 хил. лв (в т.ч. 44 хил. лв. за неосигурени лица и 11 хил. лв. отчетени като трансфер към ведомствени болници), изразходвани за специализирана извънболнична медицинска помощ представляват 6,7% от общо направените разходи за медицински плащания през отчетния период и са усвоени за заплащане на дейност извършена през периода декември 2012 г. – ноември 2013г.

Изплатените през 2013 г. здравноосигурителните разходи за СИМП са намалели с 3 061 хил. лв или с 1,6% спрямо изплатените 187 993 хил. лв., през предходната 2012 г. Намаление се отчита при посещенията по повод на остри заболявания.

На териториално ниво най-значителен е ръстът на разходите през 2013 г. (спрямо 2012 г.) в област Силистра с 4,9%, Перник с 3,4% и Търговище с 1,9%.

Средномесечният разход на 1 ЗЗОЛ през 2013 г. възлиза на 2.48 лв, като през 2012 г. той е бил 2.51 лв. В област Сливен се отчита най-високия за страната средномесечен разход на 1 ЗЗОЛ – 3,03 лв., Видин – 3,00 лв. и В.Търново – 2,98 лв. Най-нисък разход на 1 ЗЗОЛ на месец отчитат в област Кърджали – 2,01 лв., Силистра – 2,02 лв., Перник – 2,04 лв.

Разпределението на разходваните средства, съобразно договорените през 2013 г. пакети, показва, че разходите по пакети "Кардиология", "Педиатрия", "Офталмология", "АГ", "Неврология", "Ортопедия и травматология", "Ендокринология", "Физиотерапия и рехабилитация", "УНГ" и "Хирургия" съставляват над 82 % от разходите за СИМП.

Най-голям е дялът на средствата изплатени по пакет "Кардиология" – 13%, следван от пакет "Педиатрия" – 11,8%, "Офталмология" – 10,8% и "Акушерство и гинекология" – 10,3%, "Неврология" – 9,3%.

2.3.5. Финансиране на денталната медицинска помощ

През 2013 г. за дентална медицинска помощ (ДМП) са планирани средства в размер на 106 500 хил. лв., които през годината са увеличени с 6 316 хил. лв.

Към 31.12.2013 г. са изплатени 112 782 хил. лв. за дейността за периода декември 2012 г. – ноември 2013 г.

Разходът за ДМП представлява 4.1% от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания през 2013 г. и е увеличен с 7.9% спрямо изплатените 104 554 хил. лв. през предходната 2012 г.

Разходваните средства през 2013 г. за дентална помощ са разпределени съответно за първична дентална помощ 109 868,5 хил.лв. (97,4%) и за специализирана дентална помощ 2 913 хил.лв. (2.6%).

Средномесечният разход на 1 ЗЗОЛ за дентална медицинска помощ за 2012 г. възлиза на 1.41 лв., а за отчетния период през 2013 г. на 1,55лв..

2.3.6. Финансиране на Медико-диагностична дейност

Планираните средства за медико-диагностична дейност (МДД) за 2013 г. са в размер на 71 500 хил. лв. Средствата са намалени след направения анализ за неусвоени средства с 2 811 хил. лв., като актуализираният годишен план на средствата за МДД през 2013 г. възлиза на 68 689 хил. лв.

Към 31.12.2013 г. са изплатени 68 688 хил. лв. (в т.ч. 16 хил. лв. за изследвания за здравно неосигурени жени и 34 хил. лв., отчетени като трансфер към ведомствени болници) за дейността за периода декември 2012 г. – ноември 2013 г., което съставлява 2,5% от общо направените разходи за здравноосигурителни плащания през 2013 г.

Средномесечният разход на 100 ЗЗОЛ за МДД за страната през 2012 г. възлиза на 95,02 лв., а през 2013 г. е 93,59 лв. Този показател е най-висок в област София град – 134,33 лв., Пловдив – 112,45 лв. и Варна – 108,59 лв., а най-нисък в област София област – 48,27 лв., Силистра – 56,24 лв. и Кърджали – 60,38 лв.

2.3.7. Финансиране за лекарствени продукти

Планираните средства през 2013 г. за лекарствени продукти, заплащани от НЗОК са в размер на 534 000 хил. лв., същите са увеличени след анализ на заявените за заплащане средства, посредством актуализация на годишния план с 19 299 хил. лв., т.е. на 553 299 хил. лв.

Здравноосигурителните разходи за лекарствени продукти заемат второ място, след разходите за болнична помощ, като представляват 20,2% от общите разходи на НЗОК. Към 31.12.2013 г. за лекарствени продукти са изплатени средства в размер

553 292 хил. лв. Тези средства включват: здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение в размер на 544 295 хил. лв (19,9% от всички здравноосигурителни плащания), с които са изплатени лекарства, предоставени от аптеките в периода от 1 ноември 2012 г. до 31 октомври 2013 г.; здравноосигурителни плащания за ваксини за задължителни имунизации и реимунизации – в размер на 6 651 хил. лв (0,2% от всички здравноосигурителни плащания) са заплатени ваксини, доставени в складовете на Регионалните здравни инспекции в периода м.май - м. октомври 2013 г.; плащания за ваксини и дейности по национални програми за профилактика на рак на маточната шийка за определена популация по чл. 82, ал. 2, т.3 от Закона за здравето са в размер на 2 346 хил. лв. (0,1% от всички здравноосигурителни плащания), финансирани с трансфер на средства от Министерство на здравеопазването.

Средномесечният разход за лекарствени продукти и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на заплатените през 2013 г. периоди е в размер на 45 358 хил.лв. или с 2 208 хил.лв. (5,1%) по-висок от средномесечния разход за заплатените през 2012 г. периоди в размер на 43 149 хил.лв..

Средният разход на НЗОК за лекарствените продукти и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на 100 ЗЗОЛ през 2013 г. възлиза на 8 899 лв, което е с 1 306 лв. - 17,2% повече от 2012 г.

Ръстът на разходите за лекарствени продукти и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение се дължи на непрекъснатото нарастване на лекарствените продукти, включени в Позитивния лекарствения списък, заплащан от Националната здравноосигурителна каса (от 1673 продукти към 01.01.2012г., на 1 856 продукти към 01.01.2013г., на 1 997 продукти към 01.01.2014г.), както и на увеличаване на броя на болните, за чието домашно лечение Националната здравноосигурителна каса заплаща – 1 526 090 здравноосигурени лица през 2012г., 1 552 434 ЗЗОЛ през 2013г., което от своя страна е следствие както на застаряването на населението, така и на увеличаването на списъка на продуктите, т.е. разширяване на обхвата на прилаганата терапия.

2.3.8. Заплащане на медицински изделия

Планираните средства през 2013 г. за медицински изделия (МИ) са определени в размер на 70 000 хил. лв. или 2,9% от средствата за здравноосигурителни плащания. С тези средства през годината се заплащат: медицински изделия (глюкомери и тест-ленти) за домашно лечение и медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ.

Извършените през 2013 г. здравноосигурителни плащания за медицински изделия са в размер на 79 171 хил. лв. или 2,9% от извършените здравноосигурителни плащания. които включват: медицински изделия (глюкомери и тест-ленти) за домашно лечение – в размер 7 914 хил. лв., предоставени от аптеките на ЗЗОЛ в периода от 1 декември 2012 г. до 15 октомври 2013 г.; медицински изделия, приложени от лечебните заведения за болнична медицинска помощ в периода от 1 декември 2012 г. до 30 ноември 2013 г. – в размер на 71 257 хил. лв. Допълнително за същия период през 2014 година са доплатени медицински изделия на стойност 3 817 хил. лв.

Разходите на НЗОК за медицински изделия през 2013 г. отчитат ръст с 6 7014 хил. лв или с 9,2% спрямо 2012 г. Този ръст се дължи изцяло на разходите за медицински изделия, прилагани в болнична медицинска помощ, за които през 2013 г. НЗОК е заплатила с 8 251 хил. лв (или с 13,1%) повече от 2012 г., поради увеличаване на отчитаните медицински изделия – през 2013 г. при лечение по клинични

пътеки, са приложени 50 949 медицински изделия, заплащани от НЗОК отделно от цената на клиничната пътека, спрямо 43 716 бр. през 2012 г.

Извършените разходи през 2013 г. за медицински изделия (глюкомери и тест-ленти) за домашно лечение са с 1 550 хил. лв. или с 16,4 % по-малко от изплатените през 2012 г.

2.3.9. Финансиране на болничната помощ

Планираните разходи за финансирането на дейностите за болнична медицинска помощ през 2013 г. са в размер на 1 189 511 хил.лв., разпределени по следните видове дейност:

- за дейност по клинични пътеки (КП), високоспециализирани медицински дейности (ВСМД), клинични процедури (КПр) 5 и 7 и процедура (Пр) 8 – 947 111 хил.лв.

- за акушерската помощ за всички здравнонеосигурени жени, финансирана с трансфер на средства от МЗ – 3 400 хил. лв.

- за диализа при терминална бъбречна недостатъчност – 70 000 хил. лв.

- за диспансерно наблюдение на пациенти със злокачествени заболявания – 15 000 хил. лв.

- за лекарствена терапия при злокачествени заболявания – 90 000 хил. лв.

- за интензивно лечение – 40 000 хил. лв.

- за асистирана репродукция – 15 000 хил. лв.

- за високоспециализирана диагностика РЕТ/СТ и за роботизирана лапароскопска хирургия – 9 000 хил. лв.

Размерът на годишния план на средствата за заплащане на болнична медицинска помощ за 2013 г. предвид отчетената дейност, след извършените корекции на първоначално заложените средства, възлиза на 1 545 590 хил. лв.

Към 31.12.2013 г. общият размер на средствата за болнична помощ достига изплатените 1 545 287 хил. лв., в т.ч. 59 399 хил. лв., отчетени като трансфер към ведомствени болници, за периода декември 2012 г. – ноември 2013 г. Новите дейности са заплащани за периода януари – ноември 2013 г.

Относителният дял на здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ е 56,4% от средствата за здравноосигурителни плащания на НЗОК за 2013 г.

Към 31.12.2013 г. от средствата за болнична медицинска помощ са изплатени:

- 1 244 377 хил. лв., / в т.ч. трансфер 51 170 хил.лв. за КП, МИ, ВСМД, КПр 05, 07 и Пр 08;
- 4 709 хил. лв. за акушерската помощ за здравнонеосигурени жени, финансирано с трансфер на средства от МЗ;
- 72 150 хил. лв. / с вкл. трансфер 747 хил. лв/ за диализа при терминална бъбречна недостатъчност;
- 10 662 хил. лв. / с вкл. трансфер 14 хил. лв/ за диспансерно наблюдение на пациенти със злокачествени заболявания;
- 162 050 хил. лв./ с вкл. трансфер 4 607 хил.лв/ за лекарствена терапия на пациенти със злокачествени заболявания;
- 32 316 хил. лв./ с вкл. трансфер 2 793 хил.лв/ за интензивно лечение (дейност по Пр 9 и 10);
- 857 хил. лв. за интензивно лечение (дейност по Пр 9 и 10) за здравнонеосигурени лица, финансирано с трансфер на средства от МЗ;
- 11 417 хил. лв. за асистирана репродукция (дейност по Пр 11 и 12);

- 6 751 хил. лв. за високо специализирана диагностика РЕТ/СТ (дейност по Пр 13 и 14) и за роботизирана лапароскопска хирургия (КП 153.2).

През месец януари 2014 г. са били изплатени допълнителни средства за извършената дейност през месеците октомври и ноември 2013 г. за болнична медицинска помощ в размер на 62 439 хил. лв, т.е. била е разплатена цялата извършена от лечебни заведения за болнична медицинска помощ дейност за 2013 година.

В сравнение с 2012 г. разходите за болнична помощ са в повече със 11,60 % или с 160 587 хил. лв. в номинално изражение, от които 51 340 хил. лв. са за нови дейности, които не са били финансирани през 2012 г., а именно – интензивно лечение, асистирана репродукция, високо специализирана диагностика РЕТ/СТ (дейност по Пр 13 и 14) и за роботизирана лапароскопска хирургия (КП 153.2) и интензивно лечение на здравнонеосигурени пациенти.

Средномесечният разход за болнична медицинска помощ за всички здравноосигурени лица (без разходи за неосигурени лица) през 2013 г. възлиза на 128 310 хил. лв. През 2012 г. средномесечният разход е възлизал на 120 293 хил. лв., т.е. разходите за БП за всички здравноосигурени лица през 2013 спрямо 2012 г. средно на месец се увеличил с 6,7 % или 8 017 хил. лв. в номинално изражение.

Най-много средства на изпълнителите на болнична медицинска помощ през 2013 г. са изплатени в област София-град – 487 886 хил. лв. или 31,6 % от всички изплатени средства за болнична медицинска помощ. Следват РЗОК Пловдив с 15,9 % от всички изплатени средства за болнична медицинска помощ, Варна, Бургас, Плевен и Стара Загора, а с най-малко са изплатените средства област Видин – 8 459 хил. лв или 0,6 %, следван от областите Перник, Смолян, Силистра и Разград.

Увеличението на средномесечните разходи за болнична медицинска помощ през 2013 г. спрямо 2012 г. се дължи от една страна на новите дейности, които НЗОК е започнала да заплаща през 2013 г., а именно: интензивно лечение, асистирана репродукция, високо специализирана диагностика РЕТ/СТ (дейност по Пр 13 и 14) и за роботизирана лапароскопска хирургия (КП 153.2) и интензивно лечение на здравнонеосигурени пациенти и, от друга страна, на тенденцията на увеличение на разходите по всички видове дейности в болнична медицинска помощ.

Най-висок среден разход на преминал болен по клинични пътеки средно за страната през 2013 година е 656 лв., спрямо 649 лв. през 2012 г. Увеличението е средно със 7 лв. или 1,6 %. Най-висок е този разход в София град – 813 лв. и Пловдив – 689 лв., а най-нисък в област в Смолян – 458 лв. и София-област – 465 лв.

Финансиране на други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ - медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (ПКСС)

Планираните средства за 2013 г. за здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (ПКСС) са в размер на 58 000 хил. лв. Националната здравноосигурителна каса гарантира с тези средства здравноосигурителните права на: европейските граждани, осигурени в други държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария, Македония и Сърбия, при техния престой или пребиваване на територията на Република България и на осигурените в НЗОК, при техния престой или пребиваване на територията на тези държави.

Към 31.12.2013 г. по параграфа са отчетени разходи в общ размер на 21 042 хил. лв. или 0,8% от извършените здравноосигурителни плащания, (в т.ч. 44 хил. лв трансфер към ведомствени болници). През отчетената 2013 г. здравноосигурителните плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на

системите за социална сигурност са намалели с 43,4 % спрямо изплатените 37 188 хил. лв през предходната 2012 г.

Средномесечният разход за периода е в размер на 1 753 хил. лв. Средномесечният разход за 2012 г. възлиза на 3 099 хил. лв., което е със 1 346 хил. лв повече от средномесечния разход спрямо 2013 г.

Общата сума на здравноосигурителните плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност, през 2013 г. са в размер на 21 865 хил. лв. Постъпленията от възстановени разходи за медицинска помощ, оказана на осигурени лица от други държави-членки, са в размер на 823 хил. лв, което намалява с 3,9% плащанията на НЗОК по параграфа.

Към 31.12.2013 г. общият брой на неприключените индивидуални искиове на други държави, за възстановяване на извършени от тях разходи, за получени на тяхна територия обезщетения в натура от ЗОЛ, осигурени в НЗОК в НЗОК са 82 346, на обща стойност 109 954 хил. лв. Във връзка с нарастващото движение на българските граждани в държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария, Македония и Сърбия се предполага значително нарастване на тези плащания в следващите години.

2.4. Човешки ресурси

В лечебните и здравни заведения от системата на здравеопазване към 31.12.2013 г. на трудов договор работят 124 254 души .

Броят на практикуващите на основен трудов договор лекари е 28 937, което е увеличение с 1.0% спрямо предходната 2012 г., когато техният брой е бил 28 643 лекари. Осигуреността с лекари през 2013 г. се увеличава – на 39.9‰ на 10 000 души от 39.3‰ през 2012 г. и надвишава средните европейските показатели (ЕС – 34.6 на 10 000)

Лекарите по дентална медицина са 7 247, спрямо 6 706 за 2012 г.

Броят на специалистите по здравни грижи е 48 463. От тях 32 455 са медицински сестри, които се увеличават спрямо 2012 г., когато техният брой е бил 32 059.

Увеличава се и броят на работещият на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения друг персонал с немедицинско образование от 38 220 през 2012 г. на 39 249 души през 2013 г.

И през 2013 г. се установяват диспропорции в осигуреността с медицински специалисти по области и региони, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ. Осигуреността с лекари по области варира, като е най-висока в областите, в чиито центрове има медицински университети и университетски болници - от 52.2 на 10 000 души в Плевен; 47.8‰ за София-град и 46.2‰ във Варна и до 25.8‰ в област Разград и 26.9‰ в област Кърджали и Силистра.

От всички работещи в страната 28 937 лекари през 2013 г., 6 260 (21.6%) работят в лечебните заведения в София-град. Над половината от работещите лекари в страната (53.6%) са концентрирани в 6 области - София-град, Пловдив (10.7%), Варна (7.6%), Стара Загора (4.8%), Плевен (4.7%) и Бургас (4.2%).

Към 31.12.2013 г. най-голям е броят на общопрактикуващите лекари в първичната извънболнична помощ - 4 572 или 15.8% от всички практикуващи лекари в страната. В структурата на лекарите-специалисти по специалности най-голям дялът на практикуващите по специалностите Анестезиология и интензивно лечение – 1 511 (5.2%) и Хирургия - 1 461 (5.0%). След тях с относително еднакъв дял са лекарите-специалисти по Акушерство и гинекология -1 408 (4.9%), Детски болести - 1 448 (5.0%) и Вътрешни болести - 1 258 (4.3%).

Осигуреността с лекари по дентална медицина също нараства през 2013 г. на 10.0 на 10 000 души, при показател за ЕС – 6.7‰, като варирането на показателя е от

15.9 ‰ в Пловдив и 13.6‰ в София-град до 5.5‰ за област Търговище и 5.9‰ за София област.

Показателят за брой население на 1 лекар в България намалява до 250 души, а на 1 лекар по дентална медицина до 1000 души.

През 2013 г. известно увеличение се наблюдава и при осигуреността със специалисти по здравни грижи, която през 2012 г. е 65.6 и нараства до 66.9 на 10 000 души през 2013 г. Териториалното разпределение на специалистите по здравни грижи е по-балансирано.

Възрастовата структура на медицинските специалисти остава неблагоприятна, като увеличаващата се средна възраст увеличава риска от дефицит при пенсиониране на поколенията.

Данните показват, че и през 2013 г. утвърдените места за студенти по „медицина“ са повече от местата за студенти по специалност „медицинска сестра“, въпреки приетото за оптималното съотношението медицински сестри:лекари минимум 2:1.

През 2013 г. се утвърди максимален брой места за специализанти от Министерството на здравеопазването с цел осигуряване на възможност за професионално развитие на всички медицински специалисти. Продължи тенденцията от предходните години за незаемане на неатрактивните специалности, което допринася за увеличаване на дефицита от специалисти. Извършиха се промени, които водят до усвояване в максимална степен на утвърждаваните от министъра на здравеопазването места за специализанти и до гарантиране на качеството на обучението.

Приоритет в работата на Ръководството на Министерство на здравеопазването е утвърждаване на дълготрайна държавна политика по отношение на човешките ресурси.

С цел защита интересите на специализантите и оптимизиране на процеса на обучение през 2013 г. се извършиха редица нормативни промени, с които се регламентира: конкретизиране на случаите, в които не се дължи обезщетение от лица, приети на места, финансирани от държавата; създаде се възможност Министърът на здравеопазването да утвърждава състав на трета изпитна комисия за държавен изпит; предвиди се вариант, с който лечебно заведение, което не може да изпълнява изцяло учебната програма да сключи договор с друго лечебно заведение за провеждане на обучение по съответните раздели или модули от учебната програма по специалността; конкретизира се начинът за предоставяне на средства от бюджета на държавата (МЗ) на второстепенните разпоредители за практическо и теоретично обучение.

Въведоха се промени в нормативната уредба, въз основа на които обучението на специализанти ще може да се осигурява със средства от европейски проекти и програми, включително и под формата на стипендии. В резултат на промените и ----- включването на Министерство на здравеопазването като бенефициент по проект BG051PO001-6.2.18-0001 „Нови възможности за лекарите в България“ по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ се създават максимално добри условия за заемане на утвърдените от министъра на здравеопазването места. С цел обезпечаване изпълнението на цитирания проект се създаде основание за изплащане на обезщетение на Министерство на здравеопазването от специализант, чието финансиране на обучението се извършва със средства по европейски програми, при условията и по реда, предвидени в съответния проект или програма и договора за финансиране. Намира правна регламентация въпроса всички специализанти, да продължат обучението на места финансирани от друг източник, когато са започнали обучението си на места срещу заплащане, утвърдени от министъра на здравеопазването за 2012 г. Същевременно, се създаде възможност и за лекарите специалисти по дентална медицина да се включат в целевата група на проекта.

Без съществени промени до 2012 г. остава системата за продължаващо обучение в здравеопазването. В тази връзка Министерство на здравеопазването предприема мерки за разработване на Концепция за квалификация и надграждащо продължително обучение на медицинските специалисти в системата на здравеопазването. Замисълът е продължаващото обучение да се въведе като задължителен, а не препоръчителен елемент в системата на здравеопазването.

През 2013 г. се предприеха действия за осъществяване на значителни промени в Наредба №34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването с оглед създаване на условия за оптимизиране процеса на планиране необходимостта от кадри, задоволяване на потребностите от специалисти и либерализиране процеса на обучение.

2.5. Лечебни заведения

2.5.1. Първична извънболнична медицинска помощ

Към 31.12.2013 г. по данни на РЗИ и НЦОЗА в Република България са осъществявали дейност 3 665 лечебни заведения за първична медицинска помощ.

Лечебните заведения за първична извънболнична медицинска помощ през 2013 г. намаляват с 133 броя спрямо 2012 г., като преобладава като форма на организация на работа индивидуалната практика – 3 445 индивидуални практики за първична медицинска помощ, което съставлява 94 % от функциониращите практики.

През 2013г. са сключени 13 347 договори за извънболнична медицинска и дентална помощ. От тях:

- с изпълнители на ПИМП – 3968 (ИП - 3723 и ГП - 245);
- с изпълнители за СИМП – 3463 (ИП - 2412, ГП - 129; ДКЦ - 117; МЦ - 467; МДЦ-26; СМДЛ - 238 и 74 ЛЗ за БП);
- с изпълнители за ЦПЗ - 9, ЦКВЗ - 4, ЛЗБП, изпълняващи КДН на психични заболявания - 16, ЛЗБП, изпълняваща КДН на кожно-венерически заболявания - 8, ЛЗБП, изпълняваща КДН за психични заболявания и за кожно-венерически заболявания - 5.

Сключени договори с изпълнители на ДП - 5874 (ПИДП – ИП - 5391, ГП - 363 и СИДП – ИП - 41, ГП - 1 и ДЦ - 78). Прекратени са 335 договора с изпълнители на извънболнична медицинска и дентална помощ.

Осигуреността с ОПЛ през 2013г. е един лекар на 1611 ЗОЛ средно за страната. Най-висок е броят на ЗОЛ на един лекар в две РЗОК – един лекар на 2640 души в РЗОК-Кърджали, и един лекар на 2441 ЗОЛ в РЗОК-Разград. В РЗОК-Плевен един лекар обслужва средно 1316 ЗОЛ.

Програма „Детско здравеопазване“, изпълнявана от ОПЛ:

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2013г. на лицата на възраст от 0 до 1 година възлиза на 10,2 на 1 ЗОЛ. В 10 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е над стойността на средния показател за страната, като най-голям е броят в РЗОК-Пловдив (11,2), РЗОК-София (11) и РЗОК-Ямбол (11). В останалите 18 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е под средния показател за страната, като най-нисък е в РЗОК-Кюстендил (8.5), РЗОК-Габрово (7.5) и РЗОК-Видин (7), което е под необходимия брой по програма „Детско здравеопазване“ при цитираната възрастова група.

По програма „Детско здравеопазване“ при ЗОЛ на възраст от 1 до 2 година средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2013г. възлиза на 3,2 броя на 1 ЗОЛ. В 13 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е над стойността на

средния показател за страната, като най-висок е в РЗОК-Ямбол (3,6), РЗОК - София-област (3,5) и РЗОК-Смолян (3,5), но са в рамките на програмата – четири прегледа годишно. В 15 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е под средния показател за страната, като най-малък е този в РЗОК-Добрич (2,6), РЗОК-Габрово (2,5) и РЗОК- Видин (2,2).

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2013г. на лицата на възраст от 2 до 7 години възлиза на 1,6 на едно ЗОЛ. В 15 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е над стойността на средния показател за страната, като най-висок е броят в РЗОК-Ямбол (1,8), РЗОК-Смолян (1,7) и РЗОК-Пловдив (1,7). В останалите 13 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е под средния показател за страната, като най-нисък е броят на отчетените профилактични прегледи в РЗОК-Шумен (1,4), РЗОК-Габрово (1,3) и РЗОК-Видин (1,2).

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2013г. на лицата на възраст от 7 до 18 години възлиза на 0.86 на едно ЗОЛ, при изискуем един преглед годишно. В 12 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е над стойността на средния показател за страната, като най-голям е броят в РЗОК-Смолян (0,92), РЗОК-Кюстендил (0,92) и РЗОК-Пазарджик (0,91). В останалите 16 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е под средния показател за страната, като най-нисък е в РЗОК-Силистра (0,80), РЗОК-Шумен (0,77) и РЗОК-Кърджали (0,76). При изискване на програмата за един преглед годишно не се наблюдават значителни отклонения от изискванията.

Профилактика на ЗОЛ на възраст над 18 години, осъществявана от ОПЛ:

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2013г. при лицата над 18-годишна възраст възлиза на 0,37 на едно ЗОЛ, при изискване от един преглед годишно или само около 30% от активното население на страната се е обърнало към ОПЛ за извършване на профилактика. В 13 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е над стойността на средния показател за страната, но два пъти по-малко от изискванията. Най-голяма е обръщаемостта в РЗОК-Велико Търново (0,51), РЗОК-Пловдив (0,49) и РЗОК-Търговище (0,46). В останалите 15 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е под средния показател за страната, като например в РЗОК-Перник (0,28), РЗОК-Габрово (0,28) и РЗОК-Силистра (0,16), което показва, че здравноосигурените лица над 18-годишна възраст подценяват профилактиката.

Програма „Майчино здравеопазване“ при жени с нормална бременност, изпълнявана от ОПЛ:

Средният брой на отчетените от ОПЛ профилактични прегледи на бременни с нормална бременност по програма „Майчино здравеопазване“ през 2013г. възлиза на 2,2 на едно ЗОЛ. В 7 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е над средния за страната, като най-голям е в РЗОК-Смолян (4,67), РЗОК-Шумен (3,43) и РЗОК-София-област (3,39). В останалите 21 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е под средния показател, като най-малък е в РЗОК-Хасково (0,5), а в РЗОК-Габрово и РЗОК-Кюстендил не е отчетена дейност от ОПЛ по тази програма. От представените данни се налага изводът, че профилактиката на бременни жени с нормална бременност се осъществява основно от лекари специалисти по акушерство и гинекология и това корелира с данните за изпълнение на програма „Майчино здравеопазване“ от лекар специалист.

Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от ОПЛ:

Най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ при ОПЛ има при болните от „Болести на органите на кръвообращението“ – 1 359 975 и „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ – 295 696. Най-висок е броят диспансеризирани пациенти за тези класове болести в регионите с най-голямо население – София-град, Пловдив и Варна.

Средният брой на отчетените в страната през 2013г. прегледи по диспансерно наблюдение на диспансеризирани ЗОЛ, извършени от ОПЛ, възлиза на 2,57 на едно ЗОЛ. В 14 РЗОК броят на отчетените диспансерни прегледи е над средния показател за страната, като най-голям е в РЗОК-Видин (2,9), РЗОК - София-област (2,87) и РЗОК-Велико Търново (2,77). В останалите 14 РЗОК броят на отчетените диспансерни прегледи е под средния показател за страната, като най-малък е в РЗОК-Кюстендил (2,29), РЗОК-Перник (2,34) и РЗОК-Сливен (2,37).

Инцидентни посещения при ОПЛ:

При инцидентните посещения на ЗОЛ при ОПЛ се наблюдават области с нисък дял на тези посещения и области с близо два пъти над средния брой за страната. При средно 37,9 инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ, с най-голям брой са РЗОК-Монтана (156,5), РЗОК-Благоевград (139,6) и РЗОК-Бургас (119), а най-малко инцидентни посещения при ОПЛ са регистрирани в РЗОК-Габрово (4,6), РЗОК-Кърджали (4,27) и РЗОК-Разград (1,71).

2.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ

През 2013 г. специализираната извънболнична медицинска помощ в страната се осъществява от: 117 диагностично-консултативни центъра, 604 медицински центъра, 39 медико-дентални центрове, 142 групови практики за специализирана медицинска помощ, 2 864 индивидуални практики на лекари-специалисти.

В специализираната извънболнична медицинска помощ през 2013г. са сключени 3463 договора, както следва: ИП - 2412; ГП - 129; ДКЦ - 117; МЦ - 467; МДЦ - 26; СМДЛ - 238 и 74 ЛЗ за БП по чл.13, ал.2 от НРД 2012 за МД.

Лекарите специалисти в ЛЗ за СИМП отчитат средно за страната по 0,77 първични консултативни прегледи на едно ЗОЛ. Най-много първични прегледи на едно ЗОЛ отчитат в РЗОК в София (0,89), Пловдив (0,88) и Варна (0,87). Това е логично, тъй като изброените РЗОК са университетски центрове и в тези региони има както най-голям брой лекари специалисти, работещи в изпълнение на договори с НЗОК за СИМП, така и лекари със специалности, които липсват или са недостатъчни в другите региони на страната. Най-нисък е броят на първичните прегледи на едно ЗОЛ в РЗОК в Разград (0,61), Силистра (0,57) и Кърджали (0,56), което е в съответствие и с по-малката осигуреност със лекари специалисти.

При вторичните прегледи на едно ЗОЛ средно за страната се отчитат 0,31 прегледа. В 10 РЗОК броят на вторичните прегледи е над средния за страната, движат се в диапазона между 0,36 и 0,32 прегледа и корелират с данните за първични консултативни прегледи, като отново най-високите стойности са в РЗОК - Варна, Пловдив и София. В 18 РЗОК са отчетени вторични прегледи под средното за страната. С най-ниска обращаемост са прегледите в РЗОК-Разград (0,23), Кърджали (0,22) и Силистра (0,18).

През 2013г. средният брой отчетени първични прегледи на 1 ЗОЛ на възраст от 0 до 18 години при специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ за страната е 0,65 първични прегледа. По РЗОК се открояват Благоевград (1,42 прегледа) и Видин (1,36 прегледа). Тези РЗОК са с най-високи средни показатели. В 12 РЗОК отчетеният

брой първични прегледи е под средния за страната и се движи в диапазона между 0,62 и 0,18.

При вторичните прегледи на ЗОЛ от 0 до 18-годишна възраст при лекар специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ средно за страната се отчитат по 0,48 прегледа, като РЗОК-Благоевград и РЗОК-Видин са с най-високи средни показатели (1,24), (1,10). В 15 РЗОК отчетеният брой вторични прегледи е под средния показател за страната и се движи в диапазона между 0,47 и 0,14 вторични прегледа, като РЗОК-Ямбол е с най-ниска стойност на показателя (0,14).

Съотношението между първични и вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ на възраст от 0 до 18 години при специалист по педиатрия не надвишава 1:1 и – следователно, близо една четвърт от преминалите ЗОЛ не са се възползвали или не са имали необходимост от извършването на вторични прегледи.

Броят на първичните прегледи при специалист по „Хирургия“ и „Ортопедия и травматология“ през 2013г. е 235 средно за страната на 10 000 ЗОЛ. Прави впечатление високият брой прегледи на 10 000 ЗОЛ в РЗОК-Благоевград (667), Враца (609) и София-област (415), като отчетеният обем дейности в тези области е в пъти по-голям спрямо РЗОК-Силистра (78) и РЗОК-Кърджали (63).

Средният брой за страната при вторичните прегледи при специалист по „Хирургия“ и „Ортопедия и травматология“ е 216 прегледа на 10 000 ЗОЛ. С най-висок среден брой вторични прегледи са РЗОК-Благоевград (646), Враца (588) и София-област (392), при запазено съотношение на първични към вторични прегледи 1:1.

Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от лекар специалист, в ЛЗ за СИМП:

Класовете болести по МКБ-10, с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист през 2013г., са:

„Болести на органите на кръвообращението“ със 188 751 диспансеризирани, като най-голям е броя в РЗОК-София град – 35 466, РЗОК-Сливен – 14 680 и РЗОК-Стара Загора – 14 138 ЗОЛ.

„Болести на дихателната система“ – 160 267 диспансеризирани. Най-голям брой са регистрирани в РЗОК-София град – 20 902, РЗОК-Стара Загора – 14 277 и РЗОК-Пловдив – 10891.

„Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ със 138 559 диспансеризирани.

Областите с най-много диспансерни пациенти с тези заболявания са идентични с тези при ОПЛ: РЗОК-София град – 29 130, РЗОК-Пловдив – 9863 и РЗОК-Варна – 9103.

Средно за страната броят първични прегледи по диспансерно наблюдение на 10 000 ЗОЛ за 2013г. е 93. Прави впечатление, че броят на прегледите в областите Видин (196), Ловеч (177) и Ямбол (163) са почти два пъти над средните за страната. С най-нисък брой отчетени прегледи по този показател са РЗОК-Разград (51), Благоевград (43) и Бургас (35).

Броят на специализираните прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение е 1.54 вторични прегледа на 1 ЗОЛ средно за страната. В 13 РЗОК броят отчетени вторични прегледи по диспансерно наблюдение е над средния за страната, като най-голям е броят в РЗОК-Сливен (2,23), РЗОК-Шумен (1,93) и РЗОК-Русе (1,82). В 15 РЗОК отчетеният брой прегледи е под средния за страната, като най-малък среден брой вторични прегледи са отчетени в РЗОК-Враца (1,18) и РЗОК-Кюстендил (1,25).

Общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение е 1.65 прегледа на 1 ЗОЛ средно за страната. В 11 РЗОК броят отчетени прегледи по диспансерно наблюдение е над средния за страната, като

най-голям е в РЗОК-Сливен (2,35), РЗОК-Шумен (2,05) и РЗОК-Силистра (1,93). В 17 РЗОК отчетеният брой прегледи е под средния за страната, като най-нискък среден брой прегледи са отчетени в РЗОК-Враца (1,29) и РЗОК-Бургас (1,32).

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

В РЗОК – Видин, Габрово и Кюстендил при изпълнение на програма „Детско здравеопазване“ лекарите специалисти по педиатрия отчитат сравнително висок обем профилактични прегледи, като данните корелират с отчетения по-нисък брой профилактични прегледи при ОПЛ в тези области. В 5 РЗОК – Пазарджик, Перник, Русе, Сливен и Търговище, лекарите специалисти по педиатрия не отчитат профилактични прегледи по програма „Детско здравеопазване“ и профилактиката в тези региони се извършва от ОПЛ.

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

Общият брой отчетени профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ от лекар специалист по акушерство и гинекология е 390 436. Средно за страната на една бременна са извършени 8 прегледа. Най-висок брой прегледи на една бременна се отчитат в РЗОК-Смолян – 13,7 и РЗОК-Хасково – 10,8 прегледа. Най-слабо изпълнение на програмата се наблюдава в РЗОК-Монтана – 5,9 и РЗОК-Силистра– 6,1 прегледа на една бременна жена.

Физикална и рехабилитационна медицина

От началото на 2013г. във връзка с изменение и допълнение на Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, в обхвата на физиотерапевтичния курс на лечение се включва и извършването на специализиран първоначален преглед, осъществяван от лекар специалист по физикална и рехабилитационна медицина. При съпоставка на броя на специализираните първоначални прегледи по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ с броя на заключителните прегледи, се наблюдава превес на заключителните прегледи в РЗОК-Перник, РЗОК- Разград, РЗОК-Силистра, тъй като не отчитат първоначални прегледи за месец януари, а в РЗОК-Смолян не отчитат такива прегледи за първите шест месеца на 2013г.

На 10 000 ЗОЛ средно за страната се падат по 5584 физиотерапевтични процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“. Най-висока обръщаемост е отчетена в РЗОК-Плевен (9375) и РЗОК-София град (8305).

Високоспециализирани дейности (ВСД)

Средно за страната са отчетени 813 високоспециализирани дейности на 10 000 ЗОЛ. Най-високо потребление на ВСД отчитат РЗОК – Велико Търново (1 265), Видин (1 185) и Ловеч (1 155), а РЗОК-Търговище (469), София-област (399) и Кюстендил (362) са с най-ниски показатели.

РЗОК отчитат най-голямо потребление на 10 000 ЗОЛ по следните ВСД: Ехокардиография, Електроенцефалография, Доплерова сонография, Електромиография и Диагностична и терапевтична пункция на стави.

За ВСД „Ехокардиография“ средно за страната през 2013г. са отчетени 444 дейности на 10 000 ЗОЛ. С най-високо потребление е тази дейност в РЗОК – Ловеч (852), Велико Търново (812) и Сливен (763).

ВСД „Електроенцефалография“ (ЕЕГ) средно отчетени за страната са 60,87 дейности на 10 000 ЗОЛ, като в РЗОК-Плевен (159,30) и РЗОК-Видин (137,22) показателите са над два пъти по-високи от средните за страната, а в РЗОК-Стара Загора отчитат едва 0,6 ЕЕГ на 10 000 ЗОЛ.

Средният брой ВСД „Доплерова сонография“ за страната е 50 дейности на 10 000 ЗОЛ, като в РЗОК-Видин (128) и РЗОК-Варна (121) този показател е два пъти и половина по-висок.

Средният брой на ВСД „Електромиография“ за страната е 44,57 дейности на 10 000 ЗОЛ. Най-голям брой електромиографии са отчетени в РЗОК-Разград (93,62) и РЗОК-Русе (87,73). През 2013г. в РЗОК-Перник ВСД „Електромиография“ не е отчетена, а РЗОК-Бургас и РЗОК-Търговище отчитат едва 3,2 и – съответно, 3,5 бр. на 10 000 ЗОЛ.

Във връзка с жалби и сигнали от физически и юридически лица Изпълнителна агенция „Медицински одит“ е извършила проверки на общо 108 лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ (79 за 2012 г.). Най-често поставените проблеми касаят неудовлетвореност от качеството на предоставената медицинска помощ; нарушени права на пациентите и нерегламентирани плащания. В жалбите са визирани и въпроси относно затруднен достъп до медицинско обслужване и морално-етични проблеми от компетентността на етичните комисии на РК на БЛС.

Най-често констатираните нарушения при извършените проверки са слабости в организацията и управлението на лечебния процес; нарушения, свързани с неизпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти и нарушения, свързани с неспазване правата на пациентите, в т.ч. неспазване на принципа на своевременност, достатъчност и качество на медицинското обслужване.

Най-често констатирани нарушения:

- неспазване на принципа на своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ - в 89 бр. от проверките (29%), в сравнение с 2012 г. се наблюдава увеличение на относителния дял на това нарушение (23%);

- неизпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти - в 76 бр. от проверките (25%), в частта: структура на лечебното заведение; брой и квалификация на медицинските специалисти и оборудване и апаратура; липса на предоперативна епикриза, не се определя оперативния риск, кръвногрупова принадлежност; несъответствие на състава и квалификацията на оперативния екип на тежестта и големината на операцията. Същият процент (25%) на неспазване на МС е констатиран и през 2012 г.

- пропуски в организацията и управлението на лечебния процес - в 43 бр. от проверките (14%). Тези нарушения се отнасят до: липса на вътрешни алгоритми (правила) за поведение или неспазване на такива алгоритми; липса на ценоразпис или такъв не е поставен на достъпно място; неосигуреност на ЛЗ с медицински специалисти; неосигуреност на 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицинските специалности; извършване на разнородни дейности в един и същ кабинет и др. В сравнение с 2012 г. се наблюдава значителен спад в относителния дял на тези нарушения (42%);

- неспазване правата на пациентите по отношение информирано съгласие - в 14 бр. от проверките (5%). В сравнение с 2012 г. се наблюдава спад в относителния дял на тези нарушения (8%);

- нерегламентирани плащания – в 23 бр. от проверките (7%);

- други нарушения – в 47 бр. от проверките (15%).

Медико-диагностична дейност (МДД)

През 2013г. са отчетени и заплатени общо 19 509 981 медико-диагностични изследвания в цялата страна. На 10 000 ЗОЛ са отчетени по 25 963 изследвания. В 7 РЗОК броят на отчетените изследвания е над средното за страната, като най-голям е в РЗОК-София (37 264), РЗОК-Варна (30 795) и РЗОК-Пловдив (30 791). В 21 РЗОК броят отчетени изследвания е под средния показател за страната, като най-малък брой изследвания са отчетени в РЗОК-Силистра(17 320), РЗОК-Пазарджик (15 888), София-област (15 757) и Кърджали (12 296).

Броят на отчетените изследвания по пакет **„Клинична лаборатория“** през 2013г. средно за страната е 22 431 на 10 000 ЗОЛ. В 8 РЗОК броят на отчетените изследвания е над средният за страната, като най-голям е в РЗОК-София (32 198), РЗОК-Пловдив (26 893) и РЗОК-Варна (26 869). В 20 РЗОК броят на отчетените изследвания е под средния за страната. Най-малък брой изследвания са отчетени в РЗОК – София-област (13 533), Пазарджик (13 135) и Кърджали (10 373).

За годината средно за страната на 10 000 са отчетени 2085 изследвания по пакет **„Образна диагностика“**. В 12 РЗОК броят на отчетените изследвания е над средния за страната, като най-голям е в РЗОК-Велико Търново (2775), РЗОК-Сливен (2491) и РЗОК- Перник (2446). В 9 РЗОК отчетеният брой изследвания се движи в диапазона между 2431 и 2115. Най-малък брой изследвания са отчетени в РЗОК-Кърджали (1535), Разград (1432) и Силистра (1104).

Средният брой отчетени изследвания за страната по пакет **„Микробиология“** през 2013г. възлиза на 775 на 10 000 ЗОЛ. В 7 РЗОК броят на отчетените изследвания е над средния за страната, като най-голям е в РЗОК-София (1611), РЗОК-Сливен (1201) и РЗОК-Велико Търново (959). В 21 РЗОК отчетеният брой изследвания е под средния за страната, като най-малко изследвания са отчетени в РЗОК-София-област (257), Пазарджик (248) и Кърджали (181).

Средният брой за страната отчетени **ВСМДИ** през 2013г. възлиза на 1658 на 10 000 ЗОЛ. В 11 РЗОК броят на отчетените изследвания е над средният за страната, като най-голям е в РЗОК-София (2684), РЗОК-Велико Търново (2340) и РЗОК-Пловдив (2304). В 8 РЗОК отчетеният брой изследвания се движи в диапазона между 1852 и 1673. Най-малък брой изследвания са отчетени в РЗОК-Кърджали (712), Кюстендил (665), София-област (557).

За страната средният брой отчетени **изследвания на хормони** през 2013г. е 740 на 10 000 ЗОЛ. В 7 РЗОК броят на отчетените изследвания е над средния за страната, като най-голям е в РЗОК-София (1468), РЗОК-Пловдив (984) и РЗОК-Велико Търново (950). В останалите 21 РЗОК отчетеният брой изследвания е под средния за страната, като най-малко изследвания са отчетени в РЗОК – Кюстендил (223), Кърджали (215) и София-област (170).

За страната средният брой отчетени **туморни маркери** през 2013г. е 323 на 10 000 ЗОЛ. В 9 РЗОК броят на отчетените изследвания е над средния за страната, като най-голям е в РЗОК-София (536), РЗОК-Пловдив (532) и РЗОК-Смолян (484). В 19 РЗОК отчетеният брой изследвания е под средния за страната. Най-малко изследвания на туморни маркер са отчетени в РЗОК-Силистра (114), Кюстендил (111) и София-област (67).

Средният брой отчетени **КАТ** за страната през 2013г. е 62 броя на 10 000 ЗОЛ. В 11 РЗОК броят на отчетените КАТ е над средния за страната, като най-голям е в РЗОК-Плевен (112), РЗОК-Враца (111) и РЗОК-Видин (94). В 8 РЗОК отчетеният брой КАТ се движи в диапазона между 70 и 89. В 17 РЗОК броят на отчетените КАТ е под средния за страната. Най-малък брой КАТ са отчетени в РЗОК-Шумен (30), Разград (19) и Търговище (18).

Високоспециализираното диагностично изследване **Ядрено-магнитен резонанс (ЯМР)** от пакет „Образна диагностика“ през 2013г. е отчетено в 16 РЗОК. Средният брой отчетени ЯМР за страната на 10 000 ЗОЛ е 51, като най-голям е броят отчетени ЯМР изследвания в РЗОК-София (99), РЗОК-Плевен (69) и РЗОК-Варна (60), а най-малък брой изследвания са отчетени в РЗОК-Шумен (12), РЗОК-Кюстендил (10) и РЗОК-Монтана (4). В РЗОК-Хасково се отчита под едно изследване на 10 000 ЗОЛ.

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

За осъществяване на КДН на психични заболявания са сключени 11 договора с ЦПЗ и 32 договора с ЛЗ за БП с разкрити клиници (отделения) за психични заболявания. За 2013г. са отчетени 50 138 прегледа за КДН на 9394 лица. На едно диспансеризирано лице с психични заболявания се отчитат средно по 5,3 прегледа. Сключени договори за оказване на КДН има в 16 РЗОК. Най-много прегледи се отчитат в РЗОК-София-град (8711), РЗОК-Русе (7956) и РЗОК-Добрич (2878).

За извършване на КДН на лица с кожно-венерически заболявания са сключени 8 договора с ЦКВЗ и 15 договора с ЛЗ за БП с разкрити клиници (отделения) за кожно-венерически заболявания. Общият брой прегледи, отчетени през 2013г. е 4652, като средно на едно диспансеризирано лице се падат по 3,7 прегледа. Договори за оказване на КДН на лица с кожно-венерически заболявания са сключени с 23 изпълнители в 12 РЗОК, като най-много прегледи се отчитат в РЗОК-Бургас (886), РЗОК-Велико Търново (556) и РЗОК-Враца (370).

2.5.3. Извънболнична дентална помощ

Първична извънболнична дентална помощ (ПВДП)

Към 31.12.2013 г. по данни на РЗИ и НЦОЗА в Р. България са осъществявали дейност 5 211 лечебни заведения за първична дентална помощ.

Лечебните заведения за първична извънболнична дентална помощ през 2013 г. намаляват с 135 броя спрямо 2012 г. (5 346), като преобладава като форма на организация на работа индивидуалната практика – 4 876 регистрирани практики, което съставлява 94% от функциониращите практики.

Броят на регистрираните практики за специализирана дентална помощ са 77 индивидуални практики и 1 групова практика. Броят на денталните и медико-денталните центрове е 87.

Осигуреността с лекари по дентална медицина, оказващи ПВДП през 2013г., е един лекар на 1195 ЗОЛ, като най-голяма е осигуреността в РЗОК-Пловдив – един лекар на 831, и в РЗОК-София – един лекар на 856 ЗОЛ. Най-малка е осигуреността в РЗОК-Търговище (един лекар на 2079 ЗОЛ).

Относителният дял на здравноосигурените лица, получили дентална помощ през 2013г. е 24,8%, като при ЗОЛ на възраст до 18 години той е 29,5%, а при ЗОЛ на възраст над 18 години е 23,9%. Най-голям е дялът на получилите дентална помощ в РЗОК-Смолян (31,8%) и РЗОК-Пловдив (31,1%), а най-малък – в РЗОК-София-област (19,0%) и РЗОК-Силистра (19,3%).

За страната са отчетени средно по 0,48 лечебни дейности в ПВДП на ЗОЛ, т.е. – приблизително всяко второ ЗОЛ е получило по една дейност. Диференцирано, във възрастовия диапазон до 18 години, стойността на този показател е над два пъти (2,07) по-висок отколкото в диапазона над 18 години. По-конкретно, всяко ЗОЛ на възраст до 18 години е получило средно по 0,85 дейности, докато в другата възрастова група (над 18 години) този показател е 0,41 дейности на ЗОЛ.

От посетилите ПИДП през 2013г. всяко ЗОЛ е получило средно по 1,95 лечебни дейности. Този показател, диференциран по възраст, е 2,89 дейности за ЗОЛ на възраст до 18 години, а за ЗОЛ над 18 години е 1,72 дейности. Различията в отчетените дейности за възрастовите групи се дължат предимно на нееднаквите обеми на пакетите дейности (две дейности за ЗОЛ на възраст над 18 години и четири дейности за ЗОЛ до 18 години). По този показател, на районен принцип, се открояват РЗОК-Кърджали (2,38 дейности) и РЗОК-Благоевград (2,30 дейности). Тези каси са с най-високи показатели и за двете възрастови групи.

Средният брой отчетени дейности от лекар по дентална медицина в ПИДП през 2013г. е 578,46 дейности. Най-много са отчетели лекарите по дентална медицина в РЗОК-Благоевград (826,28) – с 0,43 пъти над средното за страната. В РЗОК-София-град (432,07) са отчетени най-малко дейности от лекар по дентална медицина и те са с 0,25 пъти под средното за страната, което е в пряка връзка с броя на лекарите по дентална медицина, работещи на територията на РЗОК-София град. РЗОК-София град е на второ място по осигуреност с лекари по дентална медицина, оказващи ПИДП през 2013г.

За 2013г. са определени 806 населени места – практики с неблагоприятни условия за работа на ЛДМ, в 310 от тях работят ЛДМ (38,46%). В РЗОК-София-град и РЗОК-Варна няма населени места, определени като практики с неблагоприятни условия за работа. Най-голям е дялът на населените места – практики с неблагоприятни условия за работа на ЛДМ в РЗОК-Кърджали (186), но там е и най-ниската заетост на практиките – 5,91% (11 практики).

Специализирана извънболнична дентална помощ (СИДП)

През 2013г. в 68% от РЗОК (19) има сключени договори за оказване на специализирана извънболнична дентална помощ. Същият дял (68%) се запазва и при сключените договори с лекари по дентална медицина, оказващи хирургична дентална помощ (19 РЗОК).

Осигуреността с лекар по дентална медицина, оказващ хирургична дентална помощ през 2013г., е един лекар на 73 640 ЗОЛ, като в РЗОК-Видин има най-голяма осигуреност (един лекар на 17 574 ЗОЛ), а най-малка е осигуреността в РЗОК-Стара Загора (един лекар на 174 600 ЗОЛ).

Средният брой отчетени дейности в СИДП е 22,39 дейности на 1000 ЗОЛ. Най-висок е този показател в РЗОК-Видин (123,23), което е с 450% повече спрямо средната стойност за страната. Най-малко средно отчетени дейности има в РЗОК-Враца (1,54), което се обяснява с наличието само на един лекар, работещ в СИДП.

В 64% от РЗОК (18) има сключени договори за оказване на СИДП по специалност „Детска дентална медицина“. Осигуреността с лекари, работещи по този пакет през 2013 г., е един лекар на 15 341 ЗОЛ, като в РЗОК-Видин има най-голяма осигуреност (един лекар на 2487 ЗОЛ), а най-малка е осигуреността в РЗОК-Сливен (един лекар на 42 940 ЗОЛ).

Отчетеният брой дейности „Обстоен преглед със снемане на зъбен статус“ по пакет „Детска извънболнична дентална помощ“ средно за страната е 7,03 дейности на 1000 ЗОЛ. В РЗОК-Видин (27,75) този показател е с 295% по-голям от средната стойност за страната, а в РЗОК-София-област показателят е най-нисък (1,23 дейности).

Отчетеният брой лечебни дейности по пакет „Детска извънболнична дентална помощ“ средно за страната е 15,74 дейности на 1000 ЗОЛ. В РЗОК-Видин (107,23 дейности) този показател е с 581% по-голям от средната стойност за страната, а в РЗОК-Монтана той е най-нисък (3,11 дейности).

В 43% от РЗОК (12) има сключени договори за работа по пакет дейности за ЗОЛ с психични заболявания под обща анестезия, като в две от тези каси (РЗОК-Хасково и

РЗОК-Монтана) не е отчитана дейност по този пакет. Средно за страната, отчетеният брой дейности от лекар по дентална медицина за ЗОЛ с психични заболявания, получили дентална помощ под обща анестезия през 2013г., е 253,73 дейности. В РЗОК-Пловдив (894,50 дейности) този показател е с 2,5 пъти над средния за страната, което се обяснява с по-малкото лекари (двама), осигуряващи този вид помощ и по-големия контингент ЗОЛ.

2.5.4. Болнична медицинска помощ

По данни на НСИ и НЦОЗА, към 31.12.2013 г. болничният сектор в страната включва 316 лечебни заведения за болнична помощ, от които 217 са публична собственост (държавна и общинска, в т.ч. и 21 болници към други ведомства) и 99 са частна собственост, което формира смесена публично-частна система за болнична помощ. Освен тях стационарна дейност осъществяват и 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 7 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар. С това общият брой на заведенията, осигуряващи болнично лечение е 342, при 339 през 2012 г.

През 2013 г. лечебните заведения за болнична помощ разполагат с 46 804 болнични легла. Броят на разкритите легла в другите лечебни заведения (КОЦ, ЦПЗ, ЦКВЗ) е 2 718, с което общият брой на леглата в болничния сектор достига 49 522. Налице е увеличение на болничните легла пряко предходната 2012 г. с 1 214 легла или 2.5%.

Осигуреността на населението с болнични легла през 2013 г. нараства на 68.3 на 10 000 души при стойности на показателя през 2012 г. 66.3 на 10 000 души.

В структурата на публичните лечебни заведения за болнична помощ през 2013 г. доминират многопрофилните болници – 111 (при 114 през 2012 г.) или 56.6%, следвани от специализираните болници – 73 (при 73 през 2012 г.) или 37.2%. Специфичен дял в структурата на болничните заведения заемат 12 държавни психиатрични болници - 6.1%.

През 2013 г. общият леглови фонд в публичните болници се увеличават от 35 105 през 2012 г. на 35 120 легла, от които 71.2% в структурата на многопрофилните болници (25 014 легла), 21.9% в специализирани болници (7 693 легла) и 6.9% (2 413 легла) в заведенията за стационарна психиатрична помощ. Броят на леглата в специализирани лечебни заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация се увеличава незначително в сравнение с 2012 г. от 4 055 на 4 169 легла, което формира относителен дял от 11.9% от общия публичен леглови фонд.

Броят на леглата в частните болници през 2013 г. се увеличава от 6 916(15%) на 7 949 легла в 47 многопрофилни, 46 специализирани болници за активно лечение и 6 болници за рехабилитация, което съставлява 17% от болничния леглови фонд.

В структурата на леглата в болничния сектор към 31.12.2013 г. по видове (в съответствие с използваната в Евростат статистическа групировка) най-голям относителен дял – 75.0% имат леглата за активно и интензивно лечение, което формира осигуреност на населението 47.4 на 10 000 души на базата на 34 352 легла.

Леглата за дългосрочна грижа са 1 154 (2.5%) при ниска осигуреност на населението – 1.6 на 10 000 души. Леглата за физиотерапия и рехабилитация са 5 349 (11.7%) при осигуреност 7.4 на 10 000 души.

По области се наблюдават значителни различия на показателите за осигуреност на населението с болнични легла и структура на легловия фонд. С най-висока осигуреност с болнични легла на 10 000 души през 2013 г. са област Пловдив – 82.4, Ловеч – 82.2, Стара Загора – 81.1, Габрово – 79.9. Най-ниска е осигуреността с

болнични легла на населението в област Ямбол – 34.5 на 10 000 души, Перник – 34.9, Видин – 38.2, Силистра – 39.0.

Над половината от общия болничен леглови фонд (53.1%) е концентриран в 7 области - София-град (20.0%); Пловдив (10.8%), Стара Загора (5.2%); Варна (4.9%), Пазарджик (4.3%), Бургас (4.2%), Плевен (3.7%).

През 2013 г. през стационарите на болниците в страната са преминали 2 051 814 болни, което е с 154 597 (8.1%) повече от преминалите през 2012 г. Общият брой на хоспитализираните случаи (изписани и умрели) в стационарите на лечебните заведения през 2013 г. е 2 221 115 при 2 040 666 през 2012 г.

Честотата на хоспитализациите продължава да нараства от 27.9 през 2012 г. до 30.6 хоспитализации на 100 души от населението през 2013 г. През 2013 г. през публичните лечебни заведения са преминали 1 587 904 болни при 1 520 021 болни за предходната година (ръст от 67 883 души или 4.3%) Преминалите болни през частните лечебни заведения се увеличават от 377 196 през 2012 г. на 463 910 болни (ръст от 86 714 души или 23.0%). В резултат на това само за 1 година относителния дял на публичния сектор в структурата на хоспитализираните болни намалява от 80.1% на 77.4%), а делът на частния сектор се увеличава от 19.9% на 22.6%) .

В лечебните заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация са преминали 128 676 болни, формиращи относителен дял на хоспитализациите в тези болници 6.3%, което е спад с 0.1% спрямо предходната година..

През 2013 г. от всички хоспитализирани случаи, хоспитализациите в лечебните заведения на София-град са 514 968 (23.2% от всички случаи през годината), област Пловдив – 333 309 (15.0%), Варна – 125 139 (5.6%), Бургас – 111 300 (5.0%), Пазарджик 94 412 (4.3%) и Стара Загора – 91 636 (4.1%). Тези 6 области са осигурили болнично лечение общо на 57.2% от болните през 2013 г.

Броят на проведените леглодни в болниците през 2013 г. нараства незначително спрямо ръста на хоспитализациите - от 10 555 667 през 2012 г. на 11 076 386.

Средният престой на 1 болен намалява от 5.6 на 5.4 дни, като за легла за интензивно лечение – 3 дни; легла за активно лечение – 4.7 дни и легла за долекуване, продължително лечение – 17.6 и рехабилитация - 7.5 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен се запазва значително по-нисък - 3.6 дни.

Използваемостта на леглата през 2013 г. общо за сектора остава ниска – 262 дни, като най-ниска е в частните болници – 217 дни. Използваемостта на леглата в публичните многопрофилни болници за активно лечение е 271 дни, а в специализираните болници за активно лечение – 279 дни.

Броят на лечебните заведения, сключили *договор с НЗОК през 2013 г., е 383 спрямо 361 през 2012 година.*

От тях - *за дейност по клинични пътеки* договори са сключили 350 лечебни заведения, от които – 171 многопрофилни болници, 86 специализирани болници, 16 диспансера, 24 МЦ, 7 ДКЦ, 24 СБР, 17 болници за долекуване и продължително лечение, 4 хосписа и 1 диализен център. Спрямо 2012 г. броят на сключените договори по КП е увеличен с 3 договора.

Общият брой на *договорите за дейност по високоспециализирани медицински дейности* на лечебни заведения за болнична помощ и лечебни заведения от СИМП с разкрити легла е 37, от които 11 са МБАЛ, 5 СБАЛ, 7 диспансери, 2 МЦ, 12 ДКЦ. Спрямо 2012 г. броят на договорите за дейност по ВСД не е намален.

През 2013 г., предвид финансирането от страна на НЗОК на нови дейности по клинични процедури и процедури, бяха сключени общо 122 договора за този вид дейност. От тях 76 договора с МБАЛ, 19 договора със СБАЛ, 7 договора с диспансери, 16 с МЦ и 4 с ДЦ.

Общо сключените договори с изпълнители на болнична медицинска помощ през 2013 г. са 509 и спрямо 2012 г. този показател е увеличен с 38 договора.

Броят преминали ЗОЛ по КП в лечебните заведения за болнична помощ през 2013 г. е нараснал с 8,5 %, спрямо 2012 г., съответно от 1 813 965 ЗОЛ през 2012 г., на 1 968 001 ЗОЛ през 2013 г.

Най-високият относителен дял на ЗОЛ, получили направления за хоспитализация спрямо общия брой регистрирани здравноосигурени лица по региони бележи РЗОК Пазарджик – 44,3 %, т.е в РЗОК Пазарджик от общо 220 379 регистрирани здравноосигурени лица, болнична медицинска помощ са потърсили 97 619 ЗОЛ. Следват РЗОК Пловдив – 43,0 %, РЗОК Монтана – 40,3 %, РЗОК Враца – 38,6 % и РЗОК Сливен – 36,5 %, в резултат на което може да се направи извод, че това са региони с най-голяма заболяемост на ЗОЛ в страната. Средно за страната този показател е 32,2 %, т.е за периода на дейност януари – декември 2013 г. от общо регистрирани 6 116 105 ЗОЛ са хоспитализирани – 1 968 001.

Предвид свободния достъп на ЗОЛ до изпълнителите на болнична медицинска помощ, през 2013 г. са регистрирани 410 687 случая на пренасочени ЗОЛ от други РЗОК. Пренасочванията са основно към РЗОК София град – 179 129, РЗОК Пловдив – 63 096, РЗОК Варна – 33 689, РЗОК Плевен – 20 719, РЗОК Стара Загора – 15 048 и РЗОК Бургас 15 359.

Следва да се отбележи и фактът, че от общия брой издадени направления в РЗОК на ЗОЛ за хоспитализация, най-голям дял от пациенти, потърсили медицинска помощ в ЛЗ за болнична помощ на територията на същата РЗОК се пада на РЗОК София град – 95,2 %. Следват РЗОК Пловдив – 94,2 %, РЗОК Варна – 91,6 %, РЗОК Плевен – 86,0 %, РЗОК Русе – 82,0 % и РЗОК Стара Загора – 79,07.5 %. Тенденцията по този показател се запазва спрямо предходната година, което дава основание да се направи извод, че в големи РЗОК ЗОЛ успяват да намерят предпочитана от тях болнична медицинска помощ.

В същото време най-голям дял от пациентите, получили направление за хоспитализация по място на регистрация и потърсили медицинска помощ в друг регион, е от РЗОК Перник – 53,7 %. Следват РЗОК София област – 51,7 %, РЗОК Ямбол – 40,3 %, РЗОК Добрич – 38,6 % и РЗОК Видин – 38,3 %.

Най-голям брой отчетени случаи по КП на национално ниво за 2013 г. се наблюдава по следните клинични пътеки:

- КП 52 - Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. Клас без механична вентилация – 93 736 броя или 4,8 % от общия брой отчетени случаи за болнична помощ за 2013 година ;
- КП 244 - Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат – 81 449 или 4,1 %;
- КП 7 - Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми + Вертеброгенни дискови и дискартикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми – 78 710 или 4,0 %;
- Кп 298 - Системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години с минимален болничен престой 2 дни – 66 030 или 3,4 %;
- КП 102 - Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст – 57 806 или 2,9 %
- КП 141 -Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение – 51 511 или 2,6 %.

Нови клинични пътеки, включени с Наредба 40 на МЗ в пакета болнична медицинска помощ, заплащан от НЗОК от 01.01.2013 г. са: КП 305 „Физикална

терапия, рехабилитация и специализирани грижи при персистиращо (хронично) вегетативно състояние“, КП 306 „Лечение на доказани първични имунодефицити“, КП 307 „Реплантации с микросъдова хирургия“, КП 308 „Диагностика и лечение на остри внезапно възникнали състояния в детската възраст“. През 2013 г. по тези КП са отчетени 4 813 случая за 740 хил.лв., което формира 0,2 % от отчетените случаи по КП.

Общият брой заплатени от НЗОК процедури по хемодиализа през 2013 г. е 556 118 броя, а процедурите за лечение и проследяване на пациенти с онкологични заболявания са 169 127 броя. Относително малък е броят на заплатените процедури за интензивно лечение за новородени - 536 броя.

През 2013 г. НЗОК финансира нови дейности по асистирана репродукция, интензивно лечение и нуклеарномедицинско компютър-томографско образно изследване – PET/CT и SPECT/CT, за които са отчетени 161 052 интензивни процедури, 5 141 процедури по асистирана репродукция и 5 091 нуклеарномедицински процедури - PET/CT и SPECT/CT.

Изпълнителна агенция „Медицински одит“ е извършила през 2013 г. 125 проверки на лечебни заведения за болнична медицинска помощ във връзка с постъпили жалби и сигнали от физически и юридически лица. И в болничната медицинска дейност най-често се констатира нарушения в организацията и управлението на лечебния процес; неизпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти; неспазване правата на пациентите и качество на медицинското обслужване.

Най-често констатирани нарушения:

- неспазване на принципа на своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ - в 89 бр. от проверките (29%), в сравнение с 2012 г. се наблюдава увеличение на относителния дял на това нарушение (23%);

- неизпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти - в 76 бр. от проверките (25%), в частта: структура на лечебното заведение; брой и квалификация на медицинските специалисти и оборудване и апаратура; липса на предоперативна епикриза, не се определя оперативния риск, кръвногрупова принадлежност; несъответствие на състава и квалификацията на оперативния екип на тежестта и големината на операцията. Същият процент (25%) на неспазване на МС е констатиран и през 2012 г.

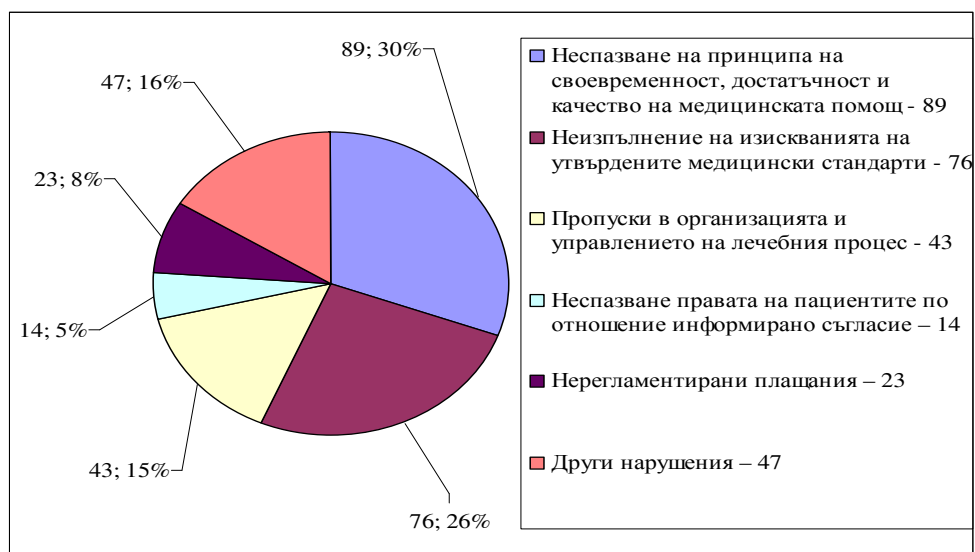
- пропуски в организацията и управлението на лечебния процес - в 43 бр. от проверките (14%). Тези нарушения се отнасят до: липса на вътрешни алгоритми (правила) за поведение или неспазване на такива алгоритми; липса на ценоразпис или такъв не е поставен на достъпно място; неосигуреност на ЛЗ с медицински специалисти; неосигуреност на 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицинските специалности; извършване на разнородни дейности в един и същ кабинет и др. В сравнение с 2012 г. се наблюдава значителен спад в относителния дял на тези нарушения (42%);

- неспазване правата на пациентите по отношение информирано съгласие - в 14 бр. от проверките (5%). В сравнение с 2012 г. се наблюдава спад в относителния дял на тези нарушения (8%);

- нерегламентирани плащания – в 23 бр. от проверките (7%);

- други нарушения – в 47 бр. от проверките (15%).

Фигура 32. Най-често констатирани нарушения



Изводи:

- Преобладава броя на констатираните нарушения, свързани с неспазване принципа на своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ – в 29% от извършените проверки.
- Запазва се относителния дял на констатираните нарушения на изискванията на утвърдените медицински стандарти - в 76 бр. от проверките (25%).
- Наблюдава се значителен спад в констатираните във връзка с жалби и сигнали пропуски в организацията и управлението на лечебния процес - в 43 бр. от проверките (14%).
- През 2013 г. се констатира промяна на структурата на установените нарушения. На първо място са нарушения на качеството на оказаната медицинска помощ.

Медицински изделия (импланти) използвани при лечение в ЛЗБП

Отчетеният през 2013 г. брой на поставени медицински изделия (импланти) (50 949) и съответната стойност на извършената дейност за 2013 г. (76 290 хил.лв) се увеличава с близо 13 135 хил.лв. и с 7 233 броя поставени медицински спрямо 2012 г., когато са отчетени 43 716 импланта на обща стойност 63 155 лв. изделия (увеличение с 8.6% за броя).

Дейност с медицински изделия през 2013 г. са отчетели общо 84 лечебни заведения за болнична медицинска, спрямо 83 през 2012г.

На ниво видове медицински изделия най-голям дял от разхода на НЗОК за медицински изделия заема – „съдов стент“, който формира над 51% от всички разходи за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ. Следват ставна протеза за тазобедрена става 6 543 броя или 12.8% и постоянен кардиостимулатор – 3 831 броя или 7.5%.

Осъществените **високоспециализираните дейности от ЛЗ за болнична помощ и ЛЗ за СИМП с разкрити легла** през 2013 г. е 17 908 при 16 976 за 2012 г.

Най-голям брой ВСМД са отчетени в РЗОК София град – 46,4 % или 8 314 броя, следвана от РЗОК Пловдив – 26,3 % или 4 703 броя и РЗОК Стара Загора – 5,4 % или 972 броя.

В структурата по видове изследвания най-голям относителен дял заемат „Костна сцинтиграфия” – 57,4 % или 10 276 броя, „Сцинтиграфия на щитовидна жлеза” – 11,2 % или 2 004 броя и „Надпрагова аудиометрия - тимпанометрия и импедансметрия” – 6,9 % или 1 229 броя. Тенденциите спрямо 2012 г. се запазват.

В сравнение с 2012 г. се наблюдава тенденция в посока увеличение на разходите за ВСМД с 80 хил. лв или 8,3 %, което за разликата от предходния период не се дължи на промяна в цените на някои видове ВСМД, а се дължи на увеличение на броя отчетените ВСМД с 932 броя или с 5,5 %.

Психиатрична мрежа

През 2013 г. финансирането на психиатричната помощ, в т.ч. амбулаторно проследяване и стационарно психиатрично лечение на болни с психични заболявания се осъществява изцяло от МЗ.

Дейността се осъществява в 3 вида лечебни заведения – 12 Държавни психиатрични болести (ДПБ), 12 Центрове за психично здраве (ЦПЗ) и 22 Многопрофилни болници за активно лечение с разкрити психиатрични клиници и отделения. Финансирането на държавните психиатрични болници като второстепенни разпоредители с държавни кредити се осъществява чрез бюджет, определен на исторически принцип, който не е пряко обвързан с обема на осъществяваната дейност, докато финансирането на дейностите, осъществявани от ЦПЗ и МБАЛ като търговски дружества се осъществява чрез субсидия, формирана на база отчетен обем дейност. Различният начин на финансиране, обусловен от различната юридическа форма води до известно диверсифициране на стационарната психиатрична помощ, осъществявана в различните видове лечебни заведения.

Общият брой на леглата в ДПБ, ЦПЗ и МБАЛ с психиатрични клиници и отделения е 4792. От тях 2413 (50.3%) са в държавните психиатрични болници, 1480 (30.9%) са в центрoвете за психично здраве и 899 (18.8%) в психиатрични клиници и отделения към МБАЛ.

Общият брой преминали болни през психиатричните стационари през 2013 г. е 53 852, като от тях 41.4% са преминали в центрoвете за психично здраве, 36.6% в многопрофилните болници за активно лечение и 22.0% в държавните психиатрични болници. Това съотношение се определя от краткосрочното и активно лечение, каквото се осъществява в центрoвете за психично здраве и многопрофилните болници и по-дългия срок на лечение в държавните психиатрични болници, където провежда лечение на лица с психични разстройства с хронично протичане и лица, настанени за задължително лечение, което предполага и по-дълъг срок на лечение. Продължава тенденцията към пренасочване на потока пациенти от традиционните институционални звена като държавните психиатрични болници към структури в близост до общността – центрoвете за психично здраве и многопрофилни болници за активно лечение. Това може да се интерпретира като повишена интензивност на лечебния процес там, но е възможно да е резултат и от различния начин на финансиране на тези стационари (на преминал болен) което мотивира по-ранното изписване на болните.

Лечебни заведения за лечение на пациенти с опиева зависимост

Към края на 2013 г. в страната функционират 30 програми за лечение с агонисти и агонист-антагонисти с общ капацитет 4642 лечебни места (5 171 за 2012 г.), от които 4242 (4 681 за 2012 г.) за лечение с Метадон хидрохлорид, 225 за лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол) при 460 за 2012 г. и 175 места за лечение с Бупренорфин хидрохлорид при 30 за 2012 г. Общо заетите места към дата 31.12.2013 г. са 3563 при 3 445 за 2012 г., от които 3419 на лечение с Метадон хидрохлорид и 138 на

лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол) и 6 места за лечение с Бупренорфин хидрохлорид.

Програмите са разположени на територията на 14 града и са от три типа:

- Държавни програми – общ брой лечебни места - 541 за лечение с Метадон хидрохлорид. Лечението се осъществява в Държавната психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм (ДПБЛНА) гр. София, ЦПЗ - София област и Държавна психиатрична болница гр. Пазарджик;

- Общински програми - общ брой лечебни места - 800 за лечение с Метадон хидрохлорид. Програмите се осъществяват в Центровете за психично здраве в градовете Велико Търново, Враца, Пловдив, Добрич, Русе и Варна;

- Програми без държавно и/или общинско участие с общ брой 3 301 лечебни места, от които 2 901 за лечение с Метадон хидрохлорид, 225 за лечение Морфин сулфат пентахидрат (Субститол) и 175 за лечение с Бупренорфин Хидрохлорид.

Таблица 27

Година	Държавни *програми - разрешени места	Общински програми – разрешени места	Програми без държавно и/или общинско участие- разрешени места
2011 година	3 програми 600 места за	6 програми 850 места за	23 програми 3746 места
	лечение с Метадон	лечение с Метадон	3286 места Метадон 460места Субститол
2012 година	3 програми 600 места за лечение с Метадон	6 програми 850 места за лечение с Метадон	22 програми 3721 места 3231 места Метадон 460места Субститол 30 места Бупренорфин
2013 година	3 програми 541 места за лечение с Метадон	6 програми 800 места за лечение с Метадон	21 програми 3301 места 2901 места Метадон 225 места Субститол 175 места Бупренорфин

**Данните в таблицата се отнасят за общия брой разрешени места за лечение.*

Запазва се тенденцията за намаляване на броя на разрешените места за лечение с Метадон, в сравнение с данните от 2011г. и 2012г. Броят на разрешените места за лечение със Субститол е намалял двойно в сравнение с данните от 2012г. / от 460 места през 2011 и 2012г. на 225 през 2013г./ . По отношение на броя на разрешените места за лечение с Бупренорфин единствено се забелязва увеличение /от 30 места през 2012г., на 138 през 2013г. /, тъй като Бупренорфин е новорегистриран продукт и по-голямата част от ръководителите на програмите заявиха определен брой места за лечение с Бупренорфин, за сметка на разрешените до преди това места за лечение със Субститол.

Общият брой на държавните и на общинските програми се запазва и през 2013г., но капацитетът на разрешените места за този вид програми намалява от общо 1450 места през 2012г. на 1341 през 2013г. /намаление със 109 места- 8%. Това намаление се дължи намаляване на местата на ДПБ-Пазарджик и ДПБЛНА по договор.

В заключение би могло да се каже, че и през 2013г. с най-голям капацитет от места за лечението на зависимости (по-конкретно на опиатна зависимост) остават програмите за лечение с агонисти и агонист-антагонисти. През 2013 г. се запазва

тенденцията, започнала през 2009 г., за намаляване на общия брой места за лечение с агонисти и агонист-антагонисти, особено по отношение на местата за лечение със Субститол. Данните показват, че броят на разрешените места за лечение със Субститол е намалял с 80 % през 2013г. в сравнение с 2009 г. Броят на разрешените места за лечение с Метадон е също е намалял /с 10 %/ през 2013 г. в сравнение с 2012 г., но от 2009г. броят на лечебните места с лекарствен продукт Метадон са динамични и не може да се посочи трайна тенденция към намаляване или повишаване на местата. Увеличение се забелязва единствено по отношение на броя на разрешените места за лечение с Бупренорфин /от 30 места през 2012г., на 138 през 2013г. /, което е очаквано, тъй като Бупренорфина е новорегистриран продукт и по-голямата част от ръководителите на програмите заявиха определен брой места за лечение с Бупренорфин, за сметка на разрешените си до преди това места за лечение със Субститол.

През последните три години, може да се отбележи спад на приема на нови пациенти в програмите за лечение с агонисти и агонист-антагонисти. Също така в последните три години преди 2013г., е имало леко увеличение на броя планово изписани пациенти, но през 2013г. тази тенденция се прекъсва и се отбелязва минимален спад.

Важно е да се отбележи, че през 2013г. броя на смъртните случаи на пациентите от програмите е нараснал с цели 33 % в сравнение с данните през 2012г. и с 45% в сравнение с данните от 2011г. През 2013г. има 3 случаи на смърт вследствие на свръхдоза. Забелязва се увеличение на броя на пациентите, които са с употреба на повече от едно вещество (с 36% в сравнение с данните от 2012г.), както и на пациентите с двойна диагноза (с 15% повече в сравнение с данните от 2012г.)

Като цяло почти всички програми през изминалата година са заложили на разширяване на предлаганите психосоциални интервенции и по-задълбочена работа както с родителите и близките на пациентите (разкрити са групи за родители в част от програмите), така и със самите тях /тенденция започнала през 2011г./ В част от програмите пациентите и техните близки биват насочвани към програми за ресоциализация (като част от лечебния процес или след като завършат програмата).

Запазва се тенденция и за по-разширен обхват на сътрудничество с различни институции, организации и лечебни заведения, значително по-голям е и броят на насочените пациенти към тези служби. Като в повечето програми насочването е свързано с лечение на Хепатит С и други кръвно предавани инфекции, също и за лечение на друг тип съпътстващите заболявания, въпреки трудностите, които се срещат при опитите за лечение.

Психосоциалната рехабилитация и ресоциализация на лица зависими към наркотични вещества се осъществява в 10 програми в градовете – София и област, Варна, Пловдив, Русе, Добрич. Програмите са разкрити към лечебни заведения и към организации с нестопанска цел, регистрирани като доставчици на социални услуги.

Лечебните заведения, към които функционират рехабилитационни програми са изминалата година са 5; Към ЦПЗ – 3 (Русе, Добрич, Пловдив); 1 рехабилитационна програма към СПП – „АГПСМП – ЦПЗ – гр. Варна” и 1 дневен център към ДПБЛНА – гр. София.

Общия брой на доставчици на социални услуги през 2013 година е 5. Организации с нестопанска цел, регистрирани като доставчици на социални услуги – 3 резиденциални програми тип „Терапевтична общност” (ТО „Феникс”, с. Бракъовци, ТО „Октава”, с. Вакарел, София – област, ТО „Билани”, с. Клисурса, общ. Баня); 1 програма за психо-социална рехабилитация и интеграция към Сдружение „Проект Пеперуда” – гр. София, 1 дневна програма за психосоциална рехабилитация и

интеграция - тип „отворена терапевтична общност” към АРЗ „Солидарност” – гр. София.

Програмите разполагат с капацитет 244 места като общият брой преминали клиенти/пациенти през изминалата година в рехабилитационните програми е 519 човека. Общият брой пациенти/клиенти, завършили програмите е 262 човека, което представлява 50.4 % от приетите пациенти/клиенти. От тях 160 (30.8 %) са преминали на места, финансирани по Националната стратегия. За сравнение през 2012 година зависимите, преминали на места, финансирани по Националната стратегия са били 91. Това вероятно се дължи на застъпвания на финансирането за 2012 и 2013 година, и така общия брой на преминалите е висок, както и на популяризирането му сред целвата група. Основните проблемни вещества са на първо място алкохол, следвано от опиати, марихуана и амфетамини. Друг проблем е комбинираната употребата на различни вещества, коморбидността, както и повишаване на броя на зависимите към хазарт, отделно или в комбинация със зависимост към някое психоотивно вещество.

Програмите за психо-социална рехабилитация за пациенти в СПП продължават да са ефективен модел за подобряване на тяхното състояние, преодоляване на инерцията и пасивността в лечението, повишаване на качеството им на живот и интеграция в обществото. Пациентите намаляват употребата на непредписани и забранени вещества, намаляват криминалните си прояви, и съответно повишават своето социално приемливо функциониране, подобряват своето здравословно състояние и отношенията в семейството. Намалява употребата на алкохол сред пациентите, лекуващи се с метадон.

Трансплантации

През 2013 са въведени в българското законодателство по трансплантация допълнителните изисквания на Директива 2012/17/ЕО по отношение на някои технически изисквания за изследване на тъкани и клетки и на Директива за изпълнение 2012/25/ ЕС на Комисията от 09.10.2012г. за установяване на информационните процедури за обмен между държавите-членки на човешки органи, предназначени за трансплантация.

През 2013 г. са извършени общо 39 органни трансплантации (19 за 2012 г.), в т.ч. 28 бъбречни трансплантации (13 за 2012 г.), от тях 11 трансплантации на бъбрек от жив донор и 17 трансплантации на бъбрек от трупен донор; 4 сърдечни трансплантации (2 за 2012 г.); 7 чернодробни трансплантации (4 за 2012 г.), всичките на черен дроб от трупен донор. Трупните донори през 2013 г. са 11 болнични лечебни заведения при 2 за 2012 г.

Извършените трансплантации на роговици през 2013 г. са 148 при 118 за предходната година. Увеличава се броят на присадените през тъкани и клетки от трупен донор, в т.ч. част от кост – 16; спонгиоза – 56; шпан – 5, сухожилие – 3.

Дейностите по асистирана репродукция през 2013 г. са завършили с 1446 раждания на едно здраво дете (+14 едноплодни бременности), 546 раждания на близнаци (+2 двуплодни бременности) и 12 раждания на повече от два плода. Същите стойности за 2012 година са съответно: 1068 раждания на едно дете, 263 раждания на близнаци и 11 раждания на повече от 2 деца.

Трансфузионна хематология

Трансфузионната система в България се състои от 5 самостоятелни специализирани лечебни заведения – 1 национален център по трансфузионна хематология (НЦТХ) и 4 регионални центъра по трансфузионна хематология (РЦТХ) в Пловдив, Плевен, Стара Загора и Варна – второстепенни разпоредители с бюджетни

кредити към МЗ. Освен тях функционират 23 отделения по трансфузионна хематология към многопрофилни болници за активни лечение, 56 лаборатории към болнични заведения и 1 структура по трансфузионна хематология към ВМА.

През 2013 г. са организирани и реализирани различни инициативи за стимулиране на кръводаряването, в т.ч. 265 акции за кръводаряване – 104 в предприятия, фирми и организации, 17 в поделенията на МВР и 15 в училища, 84 студентски кампании за кръводаряване, 7 акции сред религиозни общности др.

Отчетените резултати през 2013 г. са аналогични в сравнение с предходните години.

Общият брой кръводарявания за 2013 г. е 35 995. Фамилното кръводаряване има водещо място за подпомагане осигуряването с кръв и кръвни продукти на плановите операции в лечебните заведения в гр. София.

През 2013 г. се наблюдава слабо повишаване на процентния дял на тези кръводарявания в сравнение с този от предходната година. Процентът безвъзмездни кръводарявания от близки на болни от 2013 г. спрямо общия брой безвъзмездни кръводарявания е 80.80%.

Наблюдава се леко намаляване на броя на редовните (платени кръводарявания). Средно редовните (платени) кръводарители даряват 2.8 пъти за година. С тези кръвни продукти се отговаря на повишените изисквания по отношение лечението с кръв и кръвни съставки на съвременната неонатология, трансплантационна медицина и хематология.

През 2013 г. са приготвени 2 441 единици тромбоцитен концентрат, получени чрез афереза. Изработени са 176 плазмаферезни продукта с 87.760 л. отделена плазма, като лечебен кръвен продукт в отговор на изискванията за адекватна компонентна терапия в клиниките по кардиохирургия и клиниките по изгаряния. Изработени са 2 / аферезни еритроцитни концентрата с общ обем 450 мл.

Количеството взета глюкозоцитратпа кръв за 2013 г. е 18 395.965 литра, а преработената общо е 30050.943 литра.

От преработени те кръвни съставки през 2013 г. са получени 16901.683 л. еритроцитен концентрат, от които 5.590 л. еритроцитец концентрат с отстранена левкоцитна пелена и 3 742.436 л. обезлевкоцигев еритроцитен концентрат. Произведени са 5 077.890 литра плазма без лабилни фактори на съсирването. Производството на прясно замразена се е увеличило през 2013 г. като са получени 7 387.960 литра плазма. През 2013 г. са получени 686.210 литра тромбоцитен концентрат от цяла кръв, от които 219.380 литра обезлевкоцтен тромбоцитен концентрат от цяла кръв.

През 2013 г. са предадени на Бул-Био НЦЗПБ 4 882.340 л. плазма за получаване на лекарства от плазма.

През отчетната 2013 г. се забелязва лек спад в количеството преработена кръв и кръвни съставки в сравнение с 2012 г., което е в съответствие с намаляване броя на кръводарителите. Намаленото производство на еритроцитен концентрат през 2013 г. се дължи на факта, че в голяма степен се работи със сакови конфигурации с добавен разтвор, при които се увеличава добива на плазма за сметка на еритроцитния концентрат.

При производството на еритроцитни концентрати от единици кръв се наблюдава трикратно увеличение на производството на обезлевкоцитените еритроцитни концентрати, което се явява една много добра тенденция в подобряване качеството на лечение на пациентите.

През 2013 г. се задържа тенденцията от последните години за намаляване на технологичния брак, доказателство за прецизна работа.

През 2013 г. за лечебните заведения от териториалния обхват на НЦТХ гр. София са предоставени 16 625.005 литра еритроциген концентрат, от които 5,837 л. (по-малко 1%) с отстранена левкоцитна пелена и 3 668.860 л. (22.06%) обезлеукоцитен еритроцитен концентрат. За лечебните заведения на територията на гр. София е експедиран 68.11% от еритроцитния концентрат и за лечебните заведения на територията на ОТХ от териториалния обхват на НЦТХ- 31.89%.

Предоставени са 6 872.05 литра прясно замразена плазма за 2013г., от които 71.04% е използвана в лечебните заведения на територията на гр. София и 28.96% са предоставени на лечебните заведения в териториалния обхват на НЦТХ.

Предоставени са на лечебните заведения общо 8 173 единици тромбоцитен концентрат от единица кръв за 2013 г. От тях. 89.93% са за задоволяване на нуждите на ЛЗ на територията на гр.София и 10.07% за ЛЗ от региона, което се обяснява с концентрацията на специализирана медицинска помощ на територията на столицата. Експедирани са и 2 443 единици тромбоцитен концентрат, получени чрез апаратна тромбоцитозфераза.

Количеството експедирана цяла кръв е минимално в сравнение с количеството експедирани кръвни съставки. За 2013 г. то е 49.76 л. от които 5.1 % за ЛЗ от региона на териториалния обхват на НЦТХ.

За операции под ЕКК са експедирани 1 857,164 л. еритроцитен концентрат за 2 887 пациента в следните кардиохирургични клиники:

- СБАЛССЗ "Св. Екатерина": за 1162 пациента -	767.294 л.;
- Болница Токуда: за 659 пациента -	393.959 л.;
- МБ АЛ - НКБ: за 577 пациента -	364.927 л.;
- УБ "Лозенец": за 258 пациента -	159.133 л.;
- CITY CLINIC: за 231 пациента -	171.851 л.

През 2013 г. са експедирани 0,909 л. ЕК и 0,450 л. ПЗП за 2 /два/ броя обменни кръвопреливания.

През отчетната година са извършени следните спешни лабораторни изследвания:

1. На донори:

- изследвани лица - 80;
- брой изследвания - 195.

2. На пациенти:

- изследвани лица - 3 775;
- брой изследвания - 6 435.

Броят на всички изследвания на кръводарител и и дарена кръв (виж табл.) за 2013 г. е завишен в сравнение с изследванията през 2012 г. Броят на изследванията на пациенти за 2013 г. е намален в сравнение с този за 2012 г. (виж табл.) за сметка на изследванията за скрининг за антиеритроцитни антители и изследванията за ин витро съвместимост. През 2013 г. в НЦТХ са извършени и следните имунохематологични изследвания по спешност за пациенти от лечебните заведения на територията на София:

1. На донори:

- изследвани лица - 85;
- брой изследвания - 119.

2. На пациенти:

- изследвани лица - 4 152;
- брой изследвания - 8 345.

Таблица 28. Лабораторни изследвания на кръводарители и дарена кръв в НЦТХ

Показател	2011 г.	2012 г.	2013 г.
1. Имунохематологични изследвания на дарена кръв	610 951	600 178	700 889
2. Изследвания на трансмисивни инфекции на дарена кръв	296 102	277 763	272 527
2.1. HBsAg	73 466	70 322	68 802
2.2. HCV	78 941	69 847	67 982
2.3. HIV	72 145	68 923	67 603
2.4. Tr. Pallidum	71 550	68 661	68 140

Таблица 29. Имунохематологични изследвания на пациенти и паспортизиране на граждани в НЦТХ

Показател	2011 г.	2012 г.	2013 г.
1. Имнохематологични изследвания на пациенти	139 601	121 735	103 268
2. Паспортизиране на граждани	2 476	1 281	1 350

Център „Фонд за лечение на деца“ /Ц“ФЛД“/

С ПМС № 74 от 06.04.2012 г. отпадна лимитът от 180 000 лв. за финансиране и съфинансиране от Ц“ФЛД“ за едно дете в рамките на една година, което значително подобри дейността на Фонда.

През 2013 г. ЦФЛД отчита следните показатели:

1. Приходи: Общо приходите на Ц“ФЛД“ за 2013 г. са в размер на 13 031 807 лв., от които:

- Субсидия от Републиканския бюджет в размер на 12 443 510 лв.
- Дарения в размер на 565 257 лв.
- Глоби, санкции и наказателни лихви, наложени по чл.45а от Закона за закрила на детето и други неданъчни приходи - общо в размер на 23 494 лв.

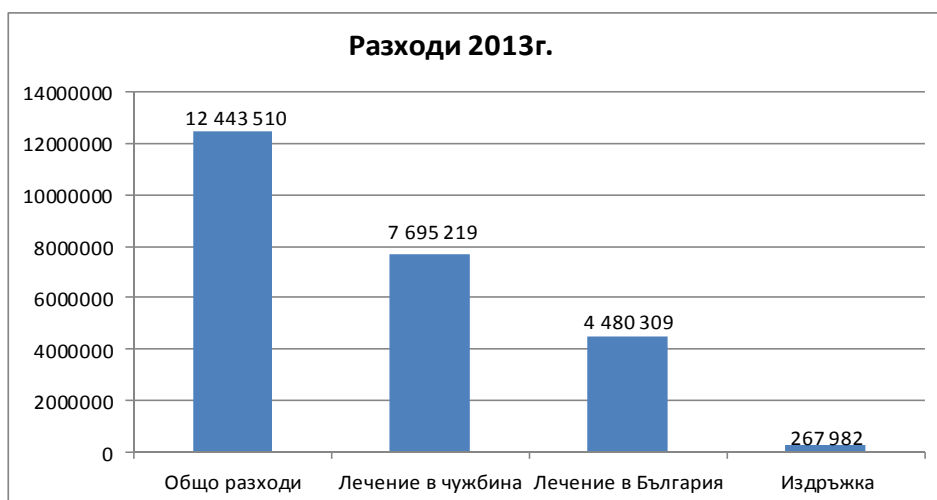
Фигура 33. Приходи за 2013г.



II.Разходи: Общо разходите са в размер на 12 443510 лв., като от тях: Разходите за организационно и финансово подпомагане на деца са в размер на 12 175528 лв.

- Разходи за лечение в чужбина в размер на 7 695219 лв. /353 деца/
- Разходи за лечение в България в размер на 4 480309 лв. /867 деца/
- Разходите за издръжка на ЦФЛД са в размер на 267982 лв., в т.ч.:
- Заплати и възнаграждения на персонала, нает по трудови и извънтрудови правоотношения в размер на 159939 лв.
- Задължителни осигурителни вноски от работодателя в размер на 26177 лв.
- Текуща издръжка в размер на 81866 лв.

Фигура 34. Разходи за 2013г.



През 2013 г. ОС към Ц“ФЛД“ проведе 18 заседания. Бяха одобрени 1220 заявления от общо 1350 подадени и разгледани, като в това число се включват и заявления от предходната година, заявления за продължаващо лечение и дофинансиране, заявления за контролни прегледи, свързани със заболяването. За лечение в чужбина бяха одобрени 353 деца, а 867 бяха одобрени за подпомагане на лечението им в България. Неодобрените за организационно и финансово подпомагане заявления са 130, поради отрицателни медицински становища, защото лечението е могло за се проведе в България или тъй като заявеното подпомагане не попада в обхвата на дейността на Ц“ФЛД“.

Съгласно чл.3, ал.1, т.2 от ПДОР на Ц“ФЛД“, Фондът организира и финансира участието на чуждестранни медицински специалисти в диагностични и лечебни процедури и трансплантации на наши деца в Р България в случаите, когато няма български медицински специалисти в съответната област или това е необходимо за лечебния процес.

Ц“ФЛД“ организира и финансира посещението на френските медицински специалисти проф. Патрик Делем и проф. Филип Пелерен и техния екип от Медицинския университет в гр.Лил в Клиниката по пластична и краниофациална хирургия към УМБАЛ“Св.Георги“, гр.Пловдив, през м.март 2013 г. По време на посещението си френските медицински специалисти консултираха и лекуваха 24 деца.

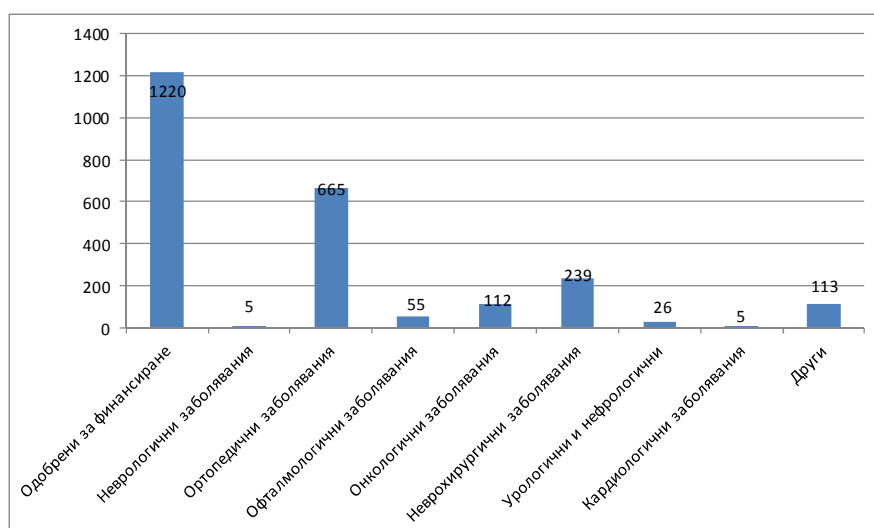
През м. април 2013 г. Фондът организира и финансира и посещението на проф. Джанлука Ригатели от болницата в гр. Ровиго, Италия, в Университетската национална

кардиологична болница. По време на визитата си италианският експерт е участвал при диагностиката и лечението на 4 деца.

Според диагнозите одобрените деца за финансиране на диагностични и лечебни процедури се разпределят през 2013 г. по следния начин:

- Неврологични заболявания – 5, от тях 1 в чужбина
- Ортопедични заболявания – 665, от тях 118 в чужбина
- Офталмологични заболявания – 55, от тях 50 в чужбина
- Онкологични заболявания – 112, от тях 103 в чужбина
- Неврохирургични заболявания – 239, от тях 14 в чужбина
- Урологични и нефрологични заболявания – 26, от тях 23 в чужбина
- Кардиологични – 5, от тях 2 в чужбина
- Други – 113, от тях 42 в чужбина

Фигура 35. Одобрени за финансиране деца, според диагностичните и лечебни процедури през 2013 г.

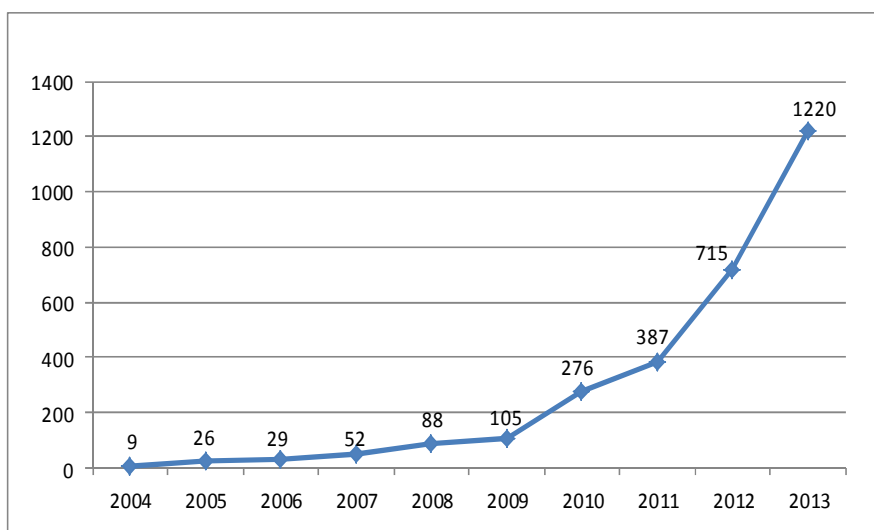


За всички одобрени заявления за финансово подпомагане за лечение на деца са предоставени докладни до МЗ.

С ПМС № 121 от 09.05.2011 г. Ц“ФЛД“ пое функциите, активите, пасивите, архива, както и другите права и задължения на закрития Център „Фонд за трансплантация“ в частта, отнасяща се за лица до 18-годишна възраст. За 2013 г. Фондът е одобрил подпомагането за осъществяване на 23 трансплантации, от които:

- Костно-мозъчни трансплантации на 3 деца;
- Чернодробни трансплантации на 15 деца;
- Бъбречни трансплантации на 5 деца

Фигура 36. Одобрени за финансиране деца - сравнение 2004 - 2013г.



Категорична е тенденцията на увеличаване на подадените заявления пред изтеклата 2013 г. в сравнение с предходни години. През цялата 2013 г. са разгледани общо 1350 заявления, от които одобрените са 1220, докато през 2012 г. са разгледани общо 837 заявления, а през 2011 г. те са били 480 заявления, като одобрените за 2012 г. са 715 заявления, а през 2011 г. те са били 387.

Фигура 37. Сравнение одобрени заявления-извършени разходи 2004г.-2013г.

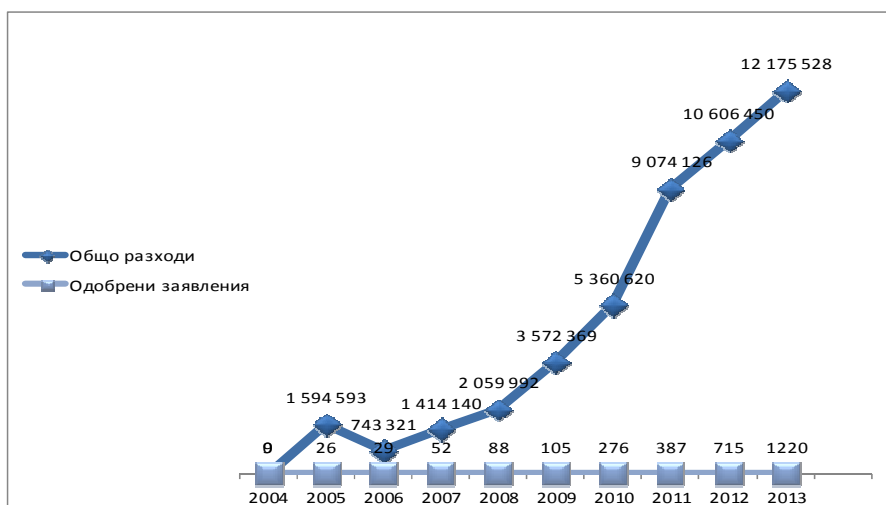


Таблица 30. Сравнителни таблици за дейността на Ц“ФЛД“ за 2012 г. и 2013 г.

2012г.

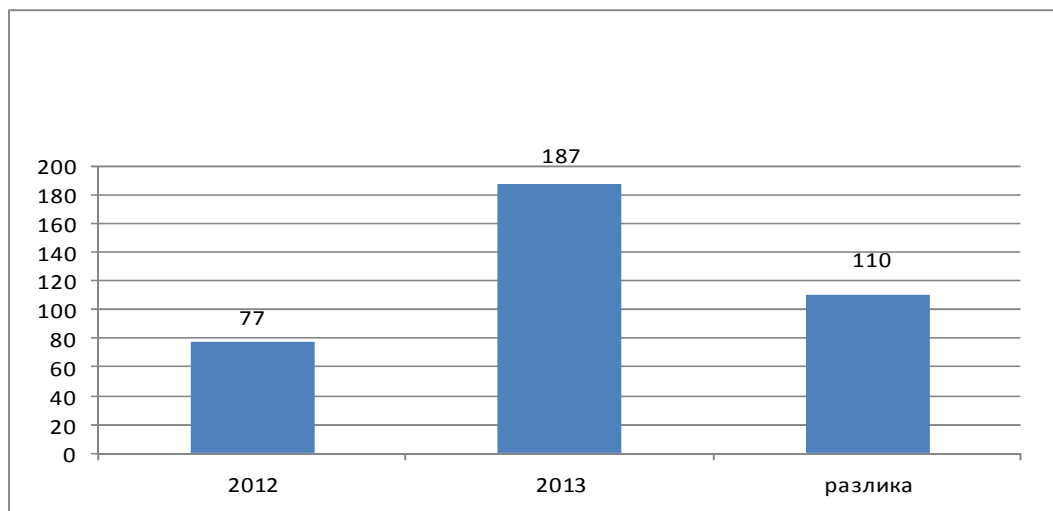
I-во тримесечие 01.01.2012г. – 31.03.2012г.	II-ро тримесечие 01.04.2012г. – 30.06.2012г.	III-то тримесечие 01.07.2012г. – 30.09.2012г.	IV-то тримесечие 01.10.2012г. – 31.12.2012г.	Общо за 2012г.
118 одобрени деца (16.5 % от общия брой за годината) 1 741 972.61 лв	183 одобрени деца (25.59 % от общия брой за годината) 2 404 223.32 лв	191 одобрени деца (26.7 % от общия брой за годината) 1 856 092.10 лв	223 одобрени деца (31.21 % от общия брой за годината) 4 377 118 лв	715 одобрени деца 10 379 406.03 лв
Чужбина – 78 деца	Чужбина – 98 деца	Чужбина – 69 деца	Чужбина – 96 деца	Чужбина - 341 деца
България – 40 деца	България – 85 деца	България – 122 деца	България – 127 деца	България – 374 деца

2013г.

I-во тримесечие 01.01.2013г. – 31.03.2013г.	II-ро тримесечие 01.04.2013г. – 30.06.2013г.	III-то тримесечие 01.07.2013г. – 30.09.2013г.	IV-то тримесечие 01.10.2013г. – 31.12.2013г.	Общо за 2013г.
288 одобрени деца (23.6 % от общия брой за годината) <i>Нарастване с 244% спрямо същия период на 2012г.</i> 2 536 795.64 лв	334 одобрени деца (27.4 % от общия брой за годината) <i>Нарастване с 182.51% спрямо същия период на 2012г.</i> 3 346 604.30 лв	292 одобрени деца (24 % от общия брой за годината) <i>Нарастване с 152.88% спрямо същия период на 2012г.</i> 3 391 352 лв	306 одобрени деца (25 % от общия брой за годината) <i>Нарастване с 137.22% спрямо същия период на 2012г.</i> 2 900 776 лв	1220 одобрени деца <i>Нарастване с 170.63% спрямо същия период на 2012г.</i> 12 175 527.94 лв.
Чужбина – 87 деца	Чужбина – 99 деца	Чужбина – 76 деца	Чужбина – 91 деца	Чужбина - 353 деца 7 695 218.77 лв.
България – 201 деца	България – 235 деца	България – 216 деца	България – 215 деца	България – 867 деца 4 480 309.17 лв.

Прави впечатление, че броят на одобрените заявления за подпомагане лечението на деца през 2013 г. значително расте. Същевременно изразходваните средства не бележат осезаемо увеличение. Това се дължи на предприетите стъпки на МЗ и Ц“ФЛД“ за работа посредством европейския формуляр S2. Благодарение на работата с формуляра, значително се намалиха цените за лечение в тези болници и се избегна предварителното заплащане като частни пациенти.

Фигура 38. Лечение на деца с формуляр S2 - сравнение 2013 спрямо 201



От създаването на Ц“ФЛД“ през 2004 г., броят на подпомогнатите за лечение деца и разходите за тяхното лечение, включително банкови такси и транспорт през годините, са в размер, както следва:

Таблица 31. Брой лекувани деца по години, подпомогнати от ЦФЛД

Година	Брой деца
2004	9
2005	26
2006	29
2007	52
2008	88

2009	105
2010	276
2011	387
2012	715
2013	1220

ПРИХОДИ

Година	Сума в лв
2004	514 511
2005	6 095 176
2006	2 046 819
2007	2 148 165
2008	1 753 098
2009	1 100 124
2010	5 360 000
2011	9 074 126
2012	10 649 083
2013	13 031 807

РАЗХОДИ

Година	Сума в лв
2004	0
2005	1 594 593
2006	743 321
2007	1 414 140
2008	2 059 992
2009	3 572 369
2010	5 360 620
2011	9 074 126
2012	10 606 450
2013	12 443 510

Нарастването на броя на подадените заявления и одобрените за лечение деца, се дължи на популяризирането на дейността на Фонда през последните години, на въведените правила за организация и работа на Фонда, както и на провежданата държавна политика по отношение на детското здравеопазване, и на усилията на МЗ, изразяващи се в отпадането на лимитите за подпомагане лечението на деца, а така също и за регулярното осигуряване разходите на Ц“ФЛД“ чрез бюджета на първостепенния разпоредител с бюджет - МЗ изцяло със субсидия от Републиканския бюджет.

2.5.5. Спешна медицинска помощ

През 2013 г. структурата на системата за спешна медицинска помощ остава постоянна и включва 28 центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП), съответстващи на областите, съставляващи административното деление на страната, с разкрити към тях 198 филиала (ФСМП), осъществяващи дейността на територията на съответната административна област.

Определената щатна численост на ЦСМП е 7111 щатни бройки при 6781 за 2012г.

В рамките на осигурената щатна численост са формирани 336 (354 за 2012 г.), от които 75 реанимационни екипа, 261 екипа за първа помощ, от които лекарски екипи –

114 и долекарски екипи 147. Освен тях функционират 35 транспортни екипи и 167 стационарни екипи.

Обемът на осъществяваната от ЦСМП дейност през 2013 г. бележи леко увеличение, като броят на постъпилите повиквания нараства от 780 285 през 2012 г. до 784 959 през 2013 г.

Изпълнените повиквания през 2013 г. са 761 398 (774 458 през 2012 г. по данни на ЦСМП), като запазват тенденция да съставляват около 97% от общия брой на постъпилите повиквания. Относителният дял на повикванията, при които не е открит адрес или лице, както и на отказ от повикване за спешна медицинска помощ е нисък (1,6 %).

В структурата на повикванията по причина най-голям относителен дял имат повикванията за спешна медицинска помощ – 85% (658 254 повиквания), следвани от повикванията за специализиран медицински транспорт – 4% (31 151).

Като неспешни са определени 95 554, които формират относителен дял от 11% и са увеличени спрямо предходната година (83 890). Следва да се отчете липсата на критерии и протоколи за триаж на постъпилите повиквания и диференциране на техният спешен характер. Сформирана е работна група за промяна в нормативната уредба и се предвижда изработване на триаж за приемане на обажданията.

Обслужените лица над 18 годишна възраст през 2013 г. са 730 056 (при 661 619 през 2012 г.), като от тях на 632 843 е оказана спешна медицинска помощ, а на 97 213 – медицинска помощ.

Броят на обслужените деца до 18 години е 76 272 (78 075 за 2012г.), от тях на 72 002 е оказана спешна медицинска помощ. От всичките обслужени деца 24 837 са били хоспитализирани по спешност (при 26 582 през 2012г.).

И през 2013 г. се запазва тенденция за осъществяване на голям брой амбулаторни прегледи, осъществени във филиалите извън областните центрове, като за годината те са 573 492 при 582 904 за 2012 г., т.е. са съизмерими с броя на осъществените от тези структури спешни повиквания и в голямата си част са по повод състояния и медицински проблеми, които не могат да бъдат определени като спешни.

И през 2013 г. 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 2013 г. е както следва: за реанимационните екипи 3,4 повиквания на 12 часово дежурство (3,1 за 2012 г.), за лекарските екипи 3,0 и за долекарските екипи 2,8, като се наблюдават значителни различия в натовареността на отделните центрове за спешна медицинска помощ. Най-висока е натовареността на 1 екип в ЦСМП-София град – 8,9 повиквания, Пловдив - 7,8 и Перник - 6,9 за реанимационните екипи. За лекарските екипи: София град - 6,9, Пловдив и Перник - 4,6. Най-малка натовареност са отчетели ЦСМП-Търговище и ЦСМП-Смолян – под 2,0 повиквания. Центровете, отчетели ниска натовареност на мобилните екипи, имат висок брой амбулаторни прегледи. Останалите ЦСМП са отчетели средна натовареност между тези показатели.

Специализираният медицински транспорт, осъществен от ЦСМП, включва транспорт на републикански и районни консултанти – 2264 бр. - почти три пъти повече от предходната година (777 бр.). Това се дължи на липсата на специалисти в общинските болници. Специализиран транспорт на кръв, кръвни продукти и др. е 45 930 - двойно увеличен от 2012г. (24777), осъществен транспорт на болни от/между лечебни заведения – 12 375 бр.(14242 бр.за 2012 г.), осъществен транспорт със

санитарна авиация – 2 бр. (6 за 2012 г.) за донорски ситуации и осъществен транспорт на български граждани от чужбина – 6 бр. (15 за 2012 г.)

ЦСМП все още осъществяват и несвойствени дейности като транспорт на кръвни проби за алкохол и упойващи вещества, транспорт на починали за съдебномедицинска експертиза и др.

През 2013 г. е разработена „Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България до 2020 г.“, която ще послужи като основен документ в процеса на планиране и адекватно усвояване на публичните и европейски средства. Стратегическата цел е цялостно интензивно развитие на съществуващата доболнична и болнична спешна медицинска помощ с цел постигане на равен достъп до качествена и навременна спешна медицинска помощ.

Функциониращата в момента система за спешна медицинска помощ е резултат на осъществен проект за реструктуриране на съществуващата до 1994 г. структура за „Бърза и неотложна медицинска помощ“, която се състоеше от 5 самостоятелни Станции и множество отделения към болници и поликлиники за бърза и неотложна медицинска помощ, финансирани от местните общински бюджети.

Сега системата е изградена от 28 самостоятелни Центъра за спешна медицинска помощ към които има разкрити 198 филиала, подчинени на министъра на здравеопазването и финансиращи се от държавния бюджет. Нормативната база която регламентира дейността на системата поставя в равнопоставеност кадровата и техническата обезпеченост на центровете, както и обслужването на спешните пациенти, независимо от тяхната националност, етническа принадлежност, местоживееене, социален и здравноосигурителен статус.

Дейностите, които се осъществяват от системата са:

- Оказване на спешна медицинска помощ на мястото на инцидента и по време на транспорт до лечебно заведение (до 01.02.2007г. и в спешно приемно отделение).
- Транспорт на пострадали и болни, кръв и кръвни съставки, донори или органи за трансплантация, спешни републикански консултанти или медицински екипи, със специализирани автомобили (линейки) или санитарна авиация – външен изпълнител (към момента летателни апарати на Военно въздушните сили (ВВС).

В структурата на всеки център за спешна медицинска помощ (ЦСМП) има Районна координационна централа (РКЦ), мобилни спешни медицински екипи (реанимационни, лекарски, долекарски и транспортни), и стационарни екипи във филиалите (по-голяма част от тях функциониращи нерегламентирано като спешни приемни отделения).

Районните координационни централи приемат, обработват и предават за изпълнение на мобилни екипи спешните повиквания. Те координират изпълнението на спешните повиквания и съхраняват данните за дейността в информационна система. Системата за спешна медицинска помощ разполага със стара радио-комуникационна система „Сажем“, със собствени радиочестоти, която е резервен вариант (в много от центровете не се поддържа), и с новоизградена през 2009г. информационно-комуникационна система за интегриране с Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112. Поради лошата свързаност между Националната система 112 и РКЦ на центровете, значително е затруднено приемането и прецизирането на спешните повиквания. Липсата на договор за поддръжка на компонента GPS, в много от центровете той не се използва.

Мобилните екипи са 357, от които 75 – реанимационни, 127 – лекарски, 125 – долекарски и 30 транспортни. Санитарните автомобили с които разполага системата са 663, като последните 159 са закупени през 2009г.

Всички мобилни и стационарни екипи са снабдени с необходимите медицинска апаратура, която в по-голямата си част следва да бъде подменена и медикаменти за овладяване на живото-застрашаващи състояния.

Болничната спешна медицинска помощ в момента се осъществява от едно функционално структурирано спешно лечебно заведение УМАЛСМ „Н.И.Пирогов”, 36 Спешни отделения към областните и по-големи болнични лечебни заведения, и от много болници за активно лечение, с различна собственост и финансов ресурс, но без обособени спешни структури.

Кадровата обезпеченост на системата за спешна медицинска помощ е 7113 лица, от които: лекари – 1146, медицински специалисти – 2611 и шофьори 2268 щатни бройки. За съжаление около 400 длъжности (предимно лекарски) в момента не са заети.

Непривлекателните условия на труд, сравнително ниското заплащане и значително ограничените възможности за специализация и професионална реализация са причините за все по-осезаемият дефицит на лекарски кадри в системата.

Системата за спешна медицинска помощ при бедствия, аварии, катастрофи и спасителни действия във водоемите и планините, си взаимодейства със спасителните структури на Министерството на вътрешните работи, Водно-спасителната и Планинско-спасителната служби на Българския червен кръст.

Анализирайки сегашното състояние на системата за спешна медицинска помощ и в отговор на повишените изисквания към дейността по оказване на спешна медицинска помощ, както и във връзка с изискванията на Закона за здравето, който регламентира, че „държавата организира и финансира система за оказване на медицинска помощ при спешни състояния”, Ръководството на Министерството на здравеопазването разработи проект на „Стратегия за развитието на спешната медицинска помощ за периода 2014-2020г.” В тази стратегия са заложили промени за стабилизиране на сега съществуващата доволнична спешна медицинска помощ и изграждане на нов модел за спешна болнична медицинска помощ (приложение № 1).

За стабилизиране на сега съществуващата доволнична спешна медицинска помощ е необходимо:

- Промяна на нормативната база за дейността на спешната медицинска помощ в срок до 01.06.2014г.
- Обособяване към спешните центрове и филиалите им на многофункционални спешни приемни отделения.
- Интегриране на информационно-комуникационната система на ЦСМП с тази на Националната система за спешни повиквания – 112.
- Замяна на комуникационната система „Сажем” с присъединяване към комуникационната система на МВР – „Тетра”.
- Внедряване в мобилните екипи на система за „Телемедицина”.
- Регламентиране използването на стандартизирани санитарни автомобили и обновяването на наличния автопарк с 30% на всеки 2 до 3 години.
- Повишаване взаимодействието със структури предлагащи специализиран санитарен въздушен транспорт и със структури разполагащи с плавателни съдове за оказване на спешна помощ в акваторията на страната.
- Повишаване квалификацията на работещите в системата, чрез облекчен режим на специализация и изграждане на Национален център за продължително обучение на кадрите.

- Утвърждаване в Медицинските колежи на профила „Спешна медицина”.
- Регламентиране дейността на специалистите с професионална квалификация „Парамедик”.

Болничната спешна медицинска помощ е продължаване на лечебния процес при невъзможност за овладяване на живото застрашаващото състояние в спешното отделение или при необходимост от стабилизиране на жизнените показатели и функции. Тази дейност се осъществява в специализирани, добре окомплектовани с апаратура и кадри, поемащи минимум 60% от спешната патология Спешни болнични комплекси. Институционализирането на Спешния болничен комплекс като болнична система за мениджмънт на спешния пациент дава възможност за ясно определяне на:

- Структура за извършване на диагностично-лечебния процес при спешни пациенти.
- Относителна самостоятелност на структурата по отношение на приходно-разходната част, както и възможността за държавно финансиране на дейността.
- Реално разделяне обслужването на спешния от плановия пациент.

Ешалонирането на спешната болнична помощ се осъществява на:

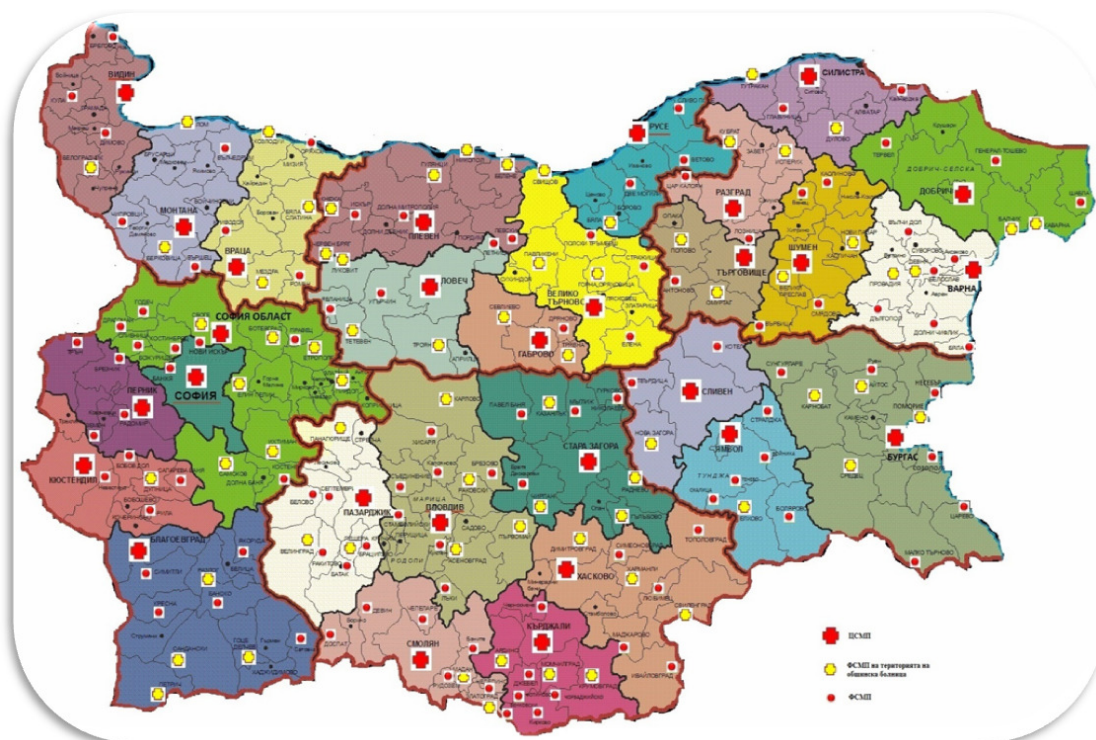
- Второ ниво- лечебни заведения които разполагат с материално-техническа и кадрова обезпеченост за покриване на не по-малко от 60% от спешната патология. Пред тях съществува авангард от ЦСМП, включващ в структурата си СПО и Координационна централа.
- Първо ниво- лечебни заведения които разполагат с материално-техническа и кадрова обезпеченост за покриване на над 90% от спешната патология. Пред тях съществува авангард от ЦСМП, включващ в структурата си СПО и Координационна централа. Такива лечебни заведения е необходимо да бъдат разкрити за покриване територията на страната и да поемат обслужването на спешния пациент в радиус от 100 км.: Монтана, Плевен, Велико Търново, Шумен, Варна, Бургас, Стара Загора, Хасково, Пловдив, Благоевград и София.

Специализирани лечебни заведения за оказване на спешна медицинска помощ:

Тези лечебни заведения се обособяват на национално ниво съобразно нуждите и здравната карта. Могат да се разкриват като тясно профилирани или със структури по основни направления: Педиатрична спешна медицинска помощ, Детска хирургична спешна медицинска помощ, Спешна медицинска помощ по изгаряния, Токсикологична спешна медицинска помощ, Офталмологична спешна медицинска помощ, Кардиологична и кардиохирургична спешна помощ, Спешна психиатрична медицинска помощ.

Национален център по Спешна медицина:

Естествен лидер и полигон за развитие на системата за Спешна медицинска помощ в Република България е УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” ЕАД, който трябва да се обособи като Национален център. Този център осигурява непрекъснато, денонощно обслужване на спешни пациенти от цялата страна и оказва спешна консултативна помощ на други лечебни заведения в страната. Този център трябва да функционира като стратегически методичен, консултативен, научно-практически, логистичен и квалификационен субект в системата на спешната медицинска помощ. Този център е ангажиран с продължителното медицинско обучение на всички кадри от системата на спешната медицина. Трябва да е регламентирано и допълнителното му държавно финансиране.



Чрез изпълнението на Концепцията се постигат следните задачи:

- Актуализация в нормативната и документна база, регламентираща дейността.
- Изграждане на единна многофункционална система за спешна медицинска помощ, чрез:

- -създаване на Национален център по спешна медицина;
- -създаване на спешни болнични комплекси;
- -регламентиране на дейността на спешните отделения;
- -регламентиране на дейността на филиалите за спешна медицинска помощ;
- -изработване на здравна карта за системата на спешната медицинска помощ;
- Ресурсна обезпеченост по отношение на материална база и апаратура.
- Поддържане на многофункционален специализиран медицински транспорт.
- Подобряване дейността на комуникационно-информационната система.
- Усъвършенстване управлението при кризи.
- Образование и квалификация.
- Непрекъснатост на лечебно-диагностичния процес.
- Повишаване на качеството на спешната медицинска помощ.
- Гарантирано постоянно финансиране на спешната медицинска помощ.
- Трансгранично сътрудничество при оказване на спешна медицинска помощ.

Чрез изпълнението на поставените задачи се гарантира равнопоставеност на качеството на диагностично-лечебния процес при спешни състояния.

Източници на финансиране:

- Европейски фонд за регионално развитие, чрез Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020г.
- Европейски социален фонд, чрез Оперативна програма „Човешки ресурси“.
- Държавен бюджет.
- Други.

2.6. Специализирани програми

Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИН - 2008-2015 г. и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария

От държавния бюджет се отделят средства за безплатна диагностика и лечение на всички болни от СПИН и туберкулоза, независимо от техния здравно- и социално-осигурителен статус. В изпълнение на дейностите по програмата се регистрира: задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ в страната - под 1% през 2013 г.; задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ сред младите хора на възраст 15-24 г. - под 1%.

През 2013 г. продължава надграждането на управленския, административния и изпълнителския капацитет за превенция на ХИВ в здравния, социалния и неправителствения сектор на национално и общинско ниво чрез: функциониране на 28 пилотни функционални звена за превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и сексуално предавани инфекции към РЗИ; функциониране на 1 национално звено към НЦЗПБ и 12 регионални звена за второ поколение епидемиологичен надзор на ХИВ; поддържане на изградената мрежа от 19 кабинета за безплатно и анонимно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС); изграждане и функциониране на 9 местни обществени комитети по СПИН. 1 854 млади хора са обучени по подхода "Връстници обучават връстници".

През 2013 г. продължи предоставянето на нископрагови здравни и социални услуги на най-уязвими групи от населението в: 9 нископрагови центъра за инжекционно употребяващи наркотици, 8 здравно-социални центъра, базирани в ромска общност, 9 дневни центъра за предоставяне на услуги на проституиращи, 5 здравно-образователни центъра за предоставяне на превантивни услуги сред мъже, правещи секс с мъже, 4 кабинета за психо-социална подкрепа за хората, живеещи с ХИВ/СПИН, 18 младежки клуб за обучение на връстници от връстници, поддържани от неправителствени организации, поддържането на мрежа от 19 кабинета за безплатно и анонимно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС); 17 мобилни медицински кабинета към неправителствени организации за достигане на представителите на уязвимите групи. Със средства от Глобалния фонд се подкрепя функционирането на 3 нископрагови метадонови програми за инжекционно употребяващ наркотици в Пловдив, Пазарджик и София с общ капацитет 360 места. Достигнати с нископрагови здравни и социални услуги са 59 394 лица от уязвимите групи чрез екипите на над 50 неправителствени организации в 21 общини-областни центрове в страната.

Безплатно от Министерство на здравеопазването се предоставя съвременна антиретровирусна терапия (АРТ) на всички нуждаещи се с ХИВ/СПИН. Броят пациенти на АРТ към 31.12.2013 г. е 626 от общо 861 лица с ХИВ, регистрирани за проследяване в 5-те сектора за лечение на пациенти с ХИВ. Създаден е двумесечен резерв от антиретровирусни лекарства за лечение на живеещи с ХИВ и СПИН.

Национална програма за превенция и контрол на туберкулоза (2012-2015) и Програма «Укрепване на националната програма по туберкулоза в България», финансирани от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария

В изпълнение на дейностите по националната програма през 2013 г. и в резултат на предоставяните услуги се регистрира: намаляване на заболяемостта от туберкулоза от 39.1 на 100 000 през 2006 г. на 23.2 на 100 000 през 2013 г.; запазване на висок процент на успех от лечението на новооткритите случаи с белодробна туберкулоза с положително микроскопско и/или културелно изследване – 86,1% (816/948) за пациентите, регистрирани през 2012 г.; задържане на висок брой на обхванатите

контактни на болните с туберкулоза – 6 638 лица през 2013 г. Поддържа се Националният регистър на пациентите с туберкулоза в съответствие с препоръките на СЗО и изискванията на Европейския център за превенция и контрол на заболяванията (ECDC).

Предоставени са безплатни средства за диагностика, лекарства за лечение на всички болни с туберкулоза и лекарства за профилактика на лицата с латентна туберкулозна инфекция; осигуряване на противотуберкулозни лекарствени продукти от първи ред за всички пациенти с туберкулоза;

29 областни лечебни заведения осъществяват контрол на туберкулозата на областно ниво; като са назначени и 26 регионални координатори. Общо 58 патронажни сестри участват в наблюдаване на лечението на пациентите в продължителната фаза, обхващане на контактните им и на суспектните за туберкулоза, и съвместни дейности с неправителствените организации, работещи с рисковите групи.

През 2013 г. е осъществен ремонт в дванадесет болнични стаи и прилежащите им помещения в Специализираната болница за активно лечение на лица, лишени от свобода – гр. София. Провежда се ремонт и във фтизиатрично отделение към „СБАЛПФЗ – София област“.

Броят на обхванатите контактни на болните с туберкулоза - 4906 лица през 2013г.

Проведени са 2 национални кампании под мотото „Седмица на Отворени врати“ във всички 28 административни области в страната, като са обхванати 5 197 лица, от които 3814 са консултирани и прегледани от лекар. Диагностицирани са 62 лица с активна туберкулоза и 267 лица са насочени за химиопрофилактика

Успешно функционира секторът за лечение на пациенти с мултирезистентна туберкулоза към „СБАЛББ – Габрово“ ЕООД. През 2013 г. всички 60 пациенти от с MDR-TB (мултилекарствена резистентност) са започнали лечение с медикаменти от втори ред. Общо 6 811 лица, лишени от свобода, са били скринирани за туберкулоза чрез анкета, проба на тест на Манту или рентгенологично изследване.

Обхванати са 14 163 лица от уязвимите групи (лица, инжекционно употребяващи наркотици; лица с алкохолна зависимост; ромска общност; деца на улицата; млади хора в риск; мигранти; бежанци и лица, търсещи убежище) чрез скрининг на риска от туберкулозна инфекция в резултат на съвместните дейности на лечебните заведения за диагностика и лечение на туберкулоза и неправителствените организации, които работят в 28-те области на страната. От тях 3302 лица са получили медицинско изследване чрез микроскопско изследване, рентгенологичен преглед и туберкулинов кожен тест.

I. Промоция на здраве и профилактика на болестите

1. Национална програма за действие по околна среда и здраве (НПДОСЗ) (2008-2013).

През 2013 г. от 28-те РЗИ са реализирани 841 обучителни мероприятия с 18603 участника в тях (39 семинари и курсове с 754 лица, 471 лекции и дискусии, обхванати 12251 лица, 331 видеопозази пред 5598 лица). От 22 РЗИ са организирани и проведени 64 масови мероприятия с 11575 участници. Издадени са 26 заглавия в тираж 27688 бр.; разпространени са 77004 бр. информационни материали свързани с въздействието на факторите на жизнената среда и евентуалните рискове за здравето.

НЦОЗА е изпълнявал 10 дейности, повечето от които са свързани с провеждане на проучвания за въздействието върху здравето на фактори на жизнената среда и оценка на здравния риск.

Националният център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ) е изпълнявал 2 дейности: „Национално проучване на дозите на пациентите при рентгенови и нуклеарно-медицински изследвания, актуализиране на националните диагностични референтни нива и оценка на лъчевото натоварване на българското население” и „Провеждане на контрол на нивата на радон в училищни сгради и детски градини, в които децата и подрастващите прекарват по-голяма част от времето си. Формулиране на мерки за предотвратяване на експозицията на радон”.

Приоритет в реализирането на програмата са дейностите, насочени към опазване и възстановяване на детското здраве. В тази връзка през 2012-2013 г. са проведени проучвания за оценка на здравния риск при деца и ученици и са разработени предложения за дейности, свързани с опазване, укрепване и възстановяване на здравето им. Основна цел е постигане на добра информираност по отношение на рисковите фактори, повишаване на здравната култура на подрастващите и утвърждаване на здравословен начин на живот. Проучванията включват разпространението на рисковите фактори, свързани с въздействието на виртуалната среда върху учениците, състоянието на спортната база в училищата (ОУ и СОУ) в страната и възможностите за повишаване двигателната активност на учениците.

Със средства по НЦДОСЗ през 2013 г. се проведе семинар за повишаване квалификацията на кадрите, работещи по проблема околна среда и здраве с участие представители на МЗ, НЦОЗА, НЦРРЗ и на 28-те РЗИ. Представени бяха резултати от реализираните през 2012-2013 г. дейности от МЗ, както и от проучвания проведени от НЦОЗА и НЦРРЗ, свързани с въздействието на факторите на жизнената среда върху здравето на населението. От РЗИ бяха представени данни за извършени дейности по отделни теми. Споделен беше опит между колегите за решаване на възникнали казуси по проблеми, свързани с околната среда и здравето на населението.

През 2013 г. МЗ закупи уреди за измерване на електромагнитни полета и ги предостави на четири РЗИ (Пловдив, Русе, Велико Търново и Столична).

Безопасност на движението:

Акцент в работата на всички РЗИ са дейности, свързани с повишаване знанията и изграждане на нагласи и умения у родителите за обучение и възпитание на децата за безопасно поведение на улицата и провеждане на кампании за повишаване мотивацията на хората за спазване на правилата за движение за опазване живота и здравето на хората в пътното движение. Децата-участници в пътното движение представляват рискова група за възникване на пътнотранспортни травми поради малкия социален опит, възрастовите, физиологични и психични особености. Изследвания установяват пет основни ситуации от ежедневието на децата, в които те са застрашени от пътни инциденти: при игра на пътя, на път за училище и обратно, при каране на велосипед, при използване на обществен транспорт, при използване на МПС от семейството. Това обуславя необходимостта от провеждане на системна и целенасочена дейност за профилактика на детския пътнотранспортен травматизъм, като основен елемент от нея е обучението на родителите по безопасност на движението.

2. Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 – 18 г. (2009-2014 г.), приета с Протокол №15 от заседание на МС на 16.04.2009 г.

През 2013 г. с участието на Българския зъболекарски съюз са организирани редица дейности за повишаване нивото на информираност на населението за профилактика на оралните заболявания. Разработени са два вида постери/плакати и два

вида дигитални с информация за профилактика на кариеса чрез здравословно хранене, профилактика на кариеса чрез силанизиране на първите постоянни дъвкателни зъби, правилна устна хигиена и съвети насочени към родителите и децата от различни възрастови групи. Отпечатани са общо 74000 бр. здравно-образователни материали (постери/плакати в тираж 24000 бр., дигитални в тираж 50000 бр.).

Организиран са 13 кръгли маси в 10 областни градове и годишен форум за популяризиране дейността на програмата. От лекари по дентална медицина са проведени здравни беседи по профилактика на оралните заболявания в училища и детски градини по предварително утвърден тематичен план: „Методи и средства за поддържане на стриктна орална хигиена при децата”, „Обучение на децата на методите на орална хигиена” и „Силанизирането като профилактична дейност – същност, технология, ефект”.

За трета поредна година се проведе силанизиране на първите постоянни молари на деца от 6 до 8 годишна възраст в 28-те области на страната. Силанизирането стартира с информационна кампания с активното съдействие на регионалните здравни инспекции. През 2013 г. - 363 лекари по дентална медицина са силанизирали общо 52 114 зъби на 14 845 деца.

Планираните финансови средства по програмата на стойност 1 800 000 лв., осигурени от бюджета на МЗ, са усвоени за поставяне на силанти, за закупуване на силанти и инструментариум, необходим за извършване на силанизиране, за изработване, издаване и разпространение на информационни и учебни материали, за провеждане на дейности за повишаване нивото на информираност на населението за профилактика на оралните заболявания.

3. Национален план за действие на инициативата „Десетилетие на ромското включване” 2010 – 2015 г.

За повишаване здравната култура на лицата от уязвимите социални групи, в т.ч. от ромски произход и за подобряване на здравния им статус, от РЗИ са извършени редица дейности като: беседи и лекции, излъчени видео и аудио клипове, проведени разяснителни кампании за: значението на профилактичните прегледи, ваксиниране на населението със задължителните имунизации по Националния имунизационен календар, информиране на ромското население за здравноосигурителните права и задълженията, които имат като пациенти, по теми, свързани с вредата от най-разпространените рискови за здравето фактори и предимствата на здравословния начин на живот.

По темите през 2013 г. са реализирани общо 1205 учебни мероприятия с 5828 лица (119 обучения, обхванати са 1280 лица; 1034 беседи и лекции с 4435 лица; 9 дискусии със 113 лица; видеопокази - 43 филми и клипове на здравна тематика).

Проведени са 94 разяснителни кампании, като са обхванати 3650 лица.

Раздадени са 20889 здравно-образователни материали.

През 2013 г. са организирани и проведени профилактични прегледи на здравно неосигурени лица от ромски произход и на лица със затруднен достъп до лечебни заведения с мобилни кабинети. Извършени са общо 11453 прегледа, при 2740 лица са диагностицирани заболявания и са установени отклонения в здравословното състояние: с педиатрични мобилни кабинети са извършени общо 2706 прегледа, при 420 деца са диагностицирани заболявания. Извършени са 905 имунизации на деца от 0-18 г. възраст с непълна имунизационна статута, съобразно Националния имунизационен календар; с мобилните гинекологични кабинети са извършени общо 2711 прегледа, при 818 жени са диагностицирани заболявания; с мобилните кабинети обща практика са извършени 968 прегледа, при 21 лица са диагностицирани заболявания; с клинична

лаборатория са извършени общо 1507 прегледа, при 296 лица са установени отклонения от нормата; с мобилните ехографски кабинети са извършени общо 1510 прегледа, при 611 лица са диагностицирани заболявания; с мобилните флуорографски кабинети са извършени 1010 прегледа, при 293 лица са диагностицирани заболявания; с мобилните мамографски кабинети са извършени 1041 прегледа, при 281 жени са диагностицирани заболявания.

4. Дейности, насочени към предотвратяване употребата на тютюн и тютюневи изделия:

През отчетния период от 28-те РЗИ в страната са извършени 198 758 броя проверки на 192 749 обекта. Издадени са 654 предписания, съставени са 1 283 актове за констатиране на нарушения и са издадени 957 наказателни постановления на обща стойност 660 450 лв.

От РЗИ са организирани многобройни превантивни дейности за ограничаване на тютюнопушенето: Проведени са общо 1016 обучителни мероприятия с 21822 лица (73 семинари и курсове с 1414 участници, 486 лекции и дискусии с 11662 лица, 457 видеопокази пред 8746 лица). Издадените здравно-информационни материали са 9 бр. заглавия, в тираж 7621.

Организиран са 80 масови прояви, свързани с отбелязване на различни тематични дни: Световният ден без тютюн на 31 май, Международният ден без тютюнопушене на 21 ноември и 26 септември „Денят на Екс пушача“. В кампаниите са участвали над 13 000 лица. Проведени са безплатни измервания на нивото на въглероден оксид в издишания въздух и количеството на карбоксиемоглобин в кръвта на пасивни и активни пушачи.

Проведени са два конкурса: Национален ученически конкурс „Проектът на нашия клас – за живот без тютюн 5“, включиха се над 2 200 ученици от 1 до 12-ти клас с 53 проекта. Номинирани са 14 проекта, реализирани от 621 участника. Раздадени са предметни награди на стойност 5 500 лв., осигурени от МЗ. През м. октомври 2013 г. стартира първата фаза на „Проектът на нашия клас – за живот без тютюн 6“ за учебната 2013/2014 г. В МЗ са получени общо 43 проекта, които ще се реализират от 2 046 ученика под ръководството на 69 учители;

Международен конкурс за детска рисунка: „Не на цигарите“ – 17-то издание, за деца на възраст от 5 до 11 години. Конкурсът се провежда ежегодно съвместно с НЦОЗА и Италианската национална асоциация за борба срещу раковите заболявания. През 2013 г. в конкурса са участвали 1260 рисунки на деца от цялата страна.

През 2013 г. продължи активната дейност на 28-те кабинета за консултиране и отказване от тютюнопушенето.

5. Дейности, свързани с утвърждаване на здравословен модел на хранене

През 2013 г. от Регионалните здравни инспекции (РЗИ) са осъществени редица обучителни дейности насочени към различни възрастови групи от населението с цел да се повиши информираността относно здравословното хранене и рисковете за здравето при затлъстяване и хранителни дефицити.

Организиран са 38 масови прояви с 5380 участници по повод отбелязване на „19 май – Европейски ден за борба със затлъстяването“, 1-7 август „Световна седмица на кърменето“ и Националната седмица за борба със затлъстяването през м. ноември.

Проведени са общо 644 обучителни мероприятия с 1201 лица (44 семинари и курсове с 863 лица, 393 лекции и дискусии с 8 436 участника, проведени са 207 видеопокази за 3602 лица). Издадените са 5 бр. заглавия здравно-информационни

материали, в тираж 3250. Изготвени и публикувани са 173 материала за промоция на здравословното хранене на интернет страниците на РЗИ и 148 публикации в пресата.

Министерството на здравеопазването осъществява на всеки 4 години контрол на въздействието на йодираната сол върху йоддефицитните заболявания и нарушения чрез изследвания сред рискови групи от населението (деца и бременни жени). Началото на изследванията е поставено през м. декември 2012 г.; обхванати са 804 лица. През 2013 г. са анализирани взетите проби, за да се определи концентрацията на екскретирания йод с урината, както и съдържанието на калиев йодат в готварската сол. Резултатите от проучването са обобщени в доклад на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), в който се посочва необходимостта от провеждане на информационна кампания сред населението, както и на регулярни изследвания за определяне количеството на калиев йодат в солта от търговската мрежа.

6. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г.

В отговор на нарастващите нива на заболяемост и смъртност от хронични незаразни болести (ХНБ) - сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, хронични белодробни болести и диабет, които са причина за над 80 % от смъртните случаи в България, Министерство на здравеопазването разработи Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (НППХНБ) 2014-2020 г. Националната програма е приета от Министерския съвет с Решение № 538 от 12.09.2013 г. и може да бъде намерена на електронната страница на МЗ: <http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=515&categoryid=6381>

В Работната програма (Приложение № 1 на НППХНБ) са посочени дейностите за превенция на ХНБ чрез намаляване нивото на 4-те основни рискови фактора (тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол) и ранна диагностика на ХНБ.

Основни изпълнители на програмата са Министерство на здравеопазването, Националния център по обществено здраве и анализи, регионалните здравни инспекции, общопрактикуващи лекари, лекари специалисти в определени области на медицината.

Стратегическата цел на програмата е да се подобри здравето на населението и да се повиши качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболваемост и последствията за здравето (инвалидизация) от основните хронични незаразни болести свързани с 4-те основни рискови фактора.

Целевите групи за интервенции са кърмачета, деца и млади хора до 29-годишна възраст, жени в детеродна възраст, бременни и кърмещи жени, население в трудоспособна възраст, възрастни и стари хора, медицински специалисти и асоциирани медицински специалисти/здравни професионалисти, немедицински специалисти и партньори.

7. Дейности, насочени към подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве на населението:

През 2013 г. от РЗИ са реализирани общо 468 обучителни мероприятия с 10 895 участници (22 семинари и курсове с 449 лица, 312 лекции и дискусии с 6 959 участника, проведени са 134 видеопокази за 3 487 лица). Издадени са здравно-информационни материали - 6 бр. заглавия, в тираж 23 500. Предоставени са 43 275 здравно-информационни материали.

Организиран са 15 масови прояви с участието на 6 247 лица.

8. Дейности, свързани с ограничаване на остеопорозата:

През 2013 г. са реализирани дейности от РЗИ, част от които са проведени в партньорство с Асоциация „Жени без остеопороза”.

От 14 РЗИ са организирани 54 масови прояви с 5 585 участници. От 26 РЗИ са проведени общо 301 обучителни дейности с 7 556 участници (15 семинари и курсове с 387 лица, 179 лекции и дискусии, в които са обхванати 5 003 лица, осъществени са 107 видеопокази за 2166 присъстващи). Издадени са 9 бр. заглавия здравно-информационни материали, в тираж 4 032 бр.

В проведените от РЗИ кампании за измерване на костната плътност са обхванати общо 5289 жени и мъже.

II. Изпълнение на програма „Надзор на заразните болести”:

Цели на програмата - ограничаване възникването и разпространението на заразни болести, поддържане на сигурна система за своевременно разпознаване и съобщаване на случаите на заразни болести, осигуряване на качествена диагностика на заразните болести, опазване на страната от внос на инфекции с висок епидемичен риск

Постигането на целите се осъществява чрез надзор на заразните болести, включително и ваксинапрофилактика, като от изключително важно значение е постигане и поддържане на национално ниво на над 90 % обхват при подлежащите на задължителни имунизации деца.

С приетия Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2013 г. и настъпилите промени в чл. 82, ал. 2, т. 1 в Закона за здравето (обн., ДВ, бр. 101 от 18.12.2012 г.), осигуряването на ваксините за задължителните имунизации и реимунизации отпадна от задълженията на Министерството на здравеопазването и от 01.04.2013 г. премина в отговорност на НЗОК.

Предвид на важността на имунопрофилактиката за предпазване здравето на нацията от заразни болести, чието разпространение може да предизвика епидемии, в хода на боледуването могат да възникнат временни или трайни усложнения или заболяването да предизвика смърт, с цел осигуряване непрекъснатост на имунизациите между МЗ и НЗОК бе сключено споразумение за доставяне, съхраняване, отпускане на общопрактикуващи лекари и лечебни заведения с родилни отделения и отчитане на ваксините за задължителни имунизации и реимунизации, осигурени по договорите на НЗОК. Бяха изготвени указателни писма до РЗИ за механизма на изготвяне на заявки за получаване на необходимите им количества ваксини, съобразени с плана и нуждите на лечебните заведения, извършващи задължителни имунизации.

Съвместните усилия на двете институции осигуриха непрекъснатост на имунизационния процес.

Постигнатият през годината имунизационен обхват на национално ниво с основните имунизации при деца, отразен в проценти и съпоставен с предходните три години е представен в табличен вид:

Година	БЦЖ – новородени	Хепатит Б – трети прием	Дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, хемофилус инфлуенце тип Б – трети прием	Пневмококова ваксина – трети прием	Морбили, паротит, рубеола – първи прием
2010	97,8	95,0	95,6	68,6	96,5
2011	97,7	96	95,2	93,6	94,5
2012	97,0	95,4	95,3	93,5	93,7
2013	97,2	95,2	94,9	93,7	95,1

Източник: НЦОЗА

През 2013 г. в изпълнение на Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2012-2016 г., приета от Министерски съвет с протокол № 29 от 25 юли 2012 г. с пълна схема от три приема на профилактична имунизация срещу човешки папиломни вируси са обхванати 7 163 момичета на 12 годишна възраст. Постигнатия имунизационен обхват отчетен към броя на подлежащите и отразен в проценти е 24 %.

Във връзка с регистрираните през м. май 2013 г. епидемични огнища на морбили на територията на страната, с цел овладяване на ситуацията и недопускане разпространение на инфекцията сред рискови групи от населението се изготви заповед за провеждането на допълваща имунизационна кампания в седем области чрез прилагане на една доза комбинирана ваксина срещу морбили, паротит и рубеола на всички лица от 13-месечна до 15-годишна възраст, които нямат необходимите приеми съгласно Имунизационния календар на Република България или нямат данни за проведени имунизации. Изготвено бе съобщение за медиите, което бе публикувано на страницата на МЗ и указателно писмо до съответните РЗИ с насоки, конкретни мерки и срокове за провеждане и отчитане на резултатите от кампанията. В рамките на кампанията са издирени и имунизирани 4 916 лица с пропуски в имунизационния статус.

За овладяване на извънредната ситуация, възникнала вследствие на увеличаване миграционен натиск в Република България се създаде необходимата организация за недопускане на епидемични взривове в центровете за настаняване на бежанци:

- Засилен държавен здравен контрол на обектите с обществено предназначение в населените места в пограничните райони на областите Хасково, Ямбол, Бургас и Сливен.
- Ежеседмичен държавен здравен контрол върху санитарно-хигиенното състояние в центровете за настаняване на бежанци.
- Пълен набор от микробиологични, паразитологични и вирусологични изследвания на лицата, настанени в приемателните центрове.
- Създадена бе необходимата организация за получаване от РЗИ и предоставяне на центровете за настаняване на бежанци на дезинфекционни и почистващи препарати, дарени от БЧК.
- Ежедневно проследяване на епидемиологичната обстановка в страната и в центровете за настаняване на бежанци.

Във връзка с големия риск от внос и разпространение на тежки ваксинапредотвратими инфекции, както сред бежанците, така и сред българското население бе разпоредено имунизирването на всички лица до 15 навършени години, които са с открито производство за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище и нямат документи за извършени профилактични имунизации, с петкомпонентна или четирикомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, полиомиелит, хемофилус инфлуенце тип Б според възрастта и трикомпонентна ваксина срещу морбили, паротит и рубеола.

Имунизациите се осъществиха от имунизационни екипи на РЗИ и бяха обхванати 1250 деца.

Във връзка с разпространена информация от СЗО на 29.10.2013 г., за регистрирани 22 случая на остри вяли парализи от началото на м. октомври 2013 г., сред деца в провинция Деир ал Зур в Сирийската Арабска република, МЗ спешно предприе изпълнение на Националния план на Република България за поддържане статуса на страната свободна от полиомиелит и за недопускане разпространението на полиомиелит сред уязвимите групи от населението.

На 01.11.2013 г. в МЗ се проведе извънредно заседание на Експертния съвет по надзор на заразните болести, имунопрофилактика и противоепидемичен контрол, на което е взето решение за спешно осигуряване на полиомиелитни ваксини за имунизирани на рискови контингенти, както и за засилен контрол над острият вяли парализи сред населението и в пунктовете за настаняване на бежанци.

С цел недопускане на евентуален внос на полиомиелитен вирус бе засилен надзора над острият вяли парализи сред населението и особено в пунктовете за настаняване на бежанци, където бе организирано и пробонабиране на фекални проби от деца до 5 годишна възраст и изпращането им в Националната референтна лаборатория по ентеровируси към Националния център по заразни и паразитни болести. От изследваните общо 154 проби всички са с отрицателен резултат.

Програма „Медико-социални грижи за деца в неравностойно положение”

В края на м. декември 2013 г. функционират 29 дома за медико-социални грижи за деца (ДМСГД), лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения. В тях се отглеждат 1190 деца, от които 60 новородени недоносени, настанени в отделенията за доотглеждане на недоносени (към 5 от ДМСГД). За целия период на годината през ДМСГД са преминали 2778 деца, от които 1104 с увреждания. В края на 2013 г. в ДМСГД 690 деца (58%) са с увреждания и хронични заболявания и 440 са здрави.

Услугите на Дневните центрове към ДМСГД в края на годината се ползват от 534 деца, като за годината са преминали общо 1452 деца. Дневните центрове към ДМСГД – 18 на брой, предоставят рехабилитационни, кинезитерапевтични и физиотерапевтични услуги за деца от общността, услуги по обучение на родителите за грижи за деца с увреждания, психологически и логопедични услуги и др.

В системата на ДМСГД работят 2381 служители, които са включени през годината в 99 обучения за работа с деца в риск и деинституционализация.

И през 2013 г. МЗ продължи изпълнението на дейностите по деинституционализация на децата от ДМСГД, в изпълнение на приетата през 2010 г. от Министерския съвет Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България” и Плана за действие към нея. В сравнение с предходната година, броя на децата в ДМСГД е намалял с 28 % (1647 деца в края на 2012 г.)

От 01.01.2013 г., с ПМС № 340/20.12.2012 г. (ДВ бр. 103/2012 г.) беше закрит ДМСГД – с. Широка лъка, а с ПМС № 156/29.06.2013 г. (ДВ бр. 67 от 2013 г.) от 1 юли 2013 г. беше закрит ДМСГД – гр. Кюстендил.

През 2013 г. продължи изпълнението на двата взаимно допълващи се проекта (проект „Преструктуриране на домовете за медико-социални грижи за деца от 0-3 г.“ по Оперативна програма „Регионално развитие 2007 – 2013 г.“ и проект „ПОСОКА: семейство“ по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“), за деинституционализация и закриване на осем пилотни ДМСГД, тези в градовете Габрово, Монтана, Перник, Пазарджик, Пловдив, Русе, „Св. Параскева“ в София и Търговище.

На територията на 8-те пилотни ДМСГД продължи изграждането на следните структури, които ще предоставят здравно-социални услуги по превенция на изоставянето на малки деца: 7 Семейно-консултативни центъра, 3 Центъра за приемна грижа, 5 Центъра за ранна интервенция, 3 Центъра за детско психично здраве, 8 Дневни центъра, 2 Звена „Майка и бебе“, 8 центъра за майчино и детско здраве, 9 Центъра за настаняване от семеен тип. Предстои стартиране на дейността им през 2014 г. В 4 от пилотните ДМСГД услугите са напълно изградени и е издаден Акт 16.

През 2013 г., в рамките на проект „ПОСОКА: семейство“ са извършени оценки на децата и семействата им в пилотните домове, проведено е обучение на персонала за работа в новите здравно-социални услуги, продължени са процесите по извеждане на децата от институциите и настаняването им в семейна и близка до семейната среда. Така от 260 деца в пилотните домове в началото на годината, в края ѝ са останали 90 деца, всички с тежки увреждания и заболявания, налагащи постоянна здравна грижа. Тези деца през 2014 г. ще бъдат настанени в изградените 9 Центъра за настаняване от семеен тип с постоянни медицински грижи.

Продължи изпълнението Проект „Семейство за всяко дете – закриване на ДМСГД Шумен“ в партньорство между УНИЦЕФ, МЗ, МТСП, ДАЗД, АСП, областния управител на област Шумен и Община Шумен. През отчетната година продължи работата по извеждането на децата от ДМСГД – гр. Шумен и настаняването им в семейна среда. В края на 2013 г. в дома има само 12 деца (104 деца при стартирането на проекта през 2011 г.), всички с тежки здравословни проблеми, което затруднява отглеждането им в семейна среда.

Дейности в сферата на сексуалното и репродуктивно здраве със специален фокус върху нуждите на уязвимите млади хора и младите хора в най-голям риск:

Международен център за обучения и изследвания PETRI

През лятото на 2013 г. е проведено международно обучение за обучители на връстници в три модула: „Развитие и управление на проекти“, „Застъпничество за сексуалното и репродуктивно здраве на младите хора“ и „Превенция на ХИВ сред уязвимите групи млади хора“. В него взимат участие 52 представители от 20 страни от региона на Източна Европа и Централна Азия. Темите на обучението са определени на база нуждите и предпочитанията на националните младежки Y-PEER мрежи, които са проучени в изследване, предварително проведено от PETRI-София в страните от региона.

За повишаване на професионалното развитие и укрепването на вътрешния капацитет на екипа на НЦОЗА и PETRI-София е проведено обучение, в рамките на което участват 12 експерти и стажанти. Продължава да функционира и стажантската програма на PETRI-София. През 2013 г. двама младежки лидери от България и от Узбекистан и 1 от новоизбраните Международни координатори на Y-PEER работят в центъра.

Като част от новите регионални приоритети в сферата на сексуалното и репродуктивно здраве на младите хора от ромска общност през 2013 г. в рамките на двумодулно обучение за ромски младежки лидери са пилотирани адаптираните в предходната година две стандартизирани ръководства на Y-PEER за работа с ромски младежи: „Обучение на обучители“ и „Застъпничество“. В обучението взимат участие 12 млади хора от общността от 7 страни. Негови основни цели са развитие на капацитет за застъпничество в сферата на сексуалното и репродуктивно здраве на ромите в юношеска и младежка възраст и придобиване на знания и умения за разработване и прилагане на програми за обучение на връстници от връстници за младите хора от общността. В периода 23-27 октомври 2013 г. се провежда семинар на тема застъпничество и мобилизация на ресурси за националните партньорски организации от страните в региона на Източна Европа и Централна Азия, които работят с ромска общност. В семинара взимат участие 15 експерти от 7 страни от региона.

За поредна година PETRI-София подпомага експертно координирането на международни застъпнически кампании и събития на Международната мрежа от

обучители на връстници Y-PEER. С подкрепата на PETRI-София и през 2013 г. се провежда Международната застъпническа кампания „10 Дни на активизъм” (1-10 декември 2013 г.), реализирана в над 30 държави в света. PETRI-София продължава да издава и бюлетина на Международната Y-PEER мрежа.

През 2013 г. започват да функционират и постоянно да се обновяват две системи за база данни: специализирана експертна база данни, позволяваща достъп на националните младежки мрежи на Y-PEER до актуална информация за експерти и обучители на връстници в региона; система за база данни за мониторинг и оценка, допринасяща за създаване на по-добри практики в тази област.

Уеб страницата на PETRI-София продължава да се актуализира постоянно и има за цел да популяризира работата на центъра и да повишава възможностите за бъдещи партньорства.

2.7. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика

3.7.1. Ценообразуване и реимбурсиране на лекарствени продукти

От месец март 2013 г. стартира работата на Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти /НСЦРЛП/, създаден с изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина /обн. в ДВ бр. 102 от 2012г., в сила от 21.12.2012г./.

Като резултат от активната дейност на НСЦРЛП за девет месеца са намалени цените на 842 лекарствени продукта. Намалението на стойността на опаковка на лекарствени продукти, изчислена на база референтна стойност на оценените 31 INN е в границите от 0.1 % до 57.26 %. Общата стойност, заплатена от НЗОК за лекарствени продукти от анализирания групи за периода октомври-декември 2013 г. е в размер на 28 346 994 лв. Намалението на референтната стойност на тези е довело до намаление на публичните средства в размер на 1 756 401 лв. за последните 3 месеца на 2013 г., което на годишна база би довело до 7 025 604 лв.

Навлизането през 2013 г. на генерични лекарствени продукти в областта на онкологията също довежда до сериозен спад в цените им. Намалението на стойността на опаковка, изчислена на база референтна стойност дори само при 10 INN на ЛП, предназначени за лечение на онкологични заболявания би довело до спестяване от бюджета на НЗОК на близо 8 млн. лв. за 2014 г. Останалите лекарства с намалени цени, извън референтните продукти, също оказват голям финансов ефект като реализират икономии на финансови средства, по-специално за пациенти, които ги закупуват на свободна продажба на по-ниските цени, съответно се намалява размера на доплащането.

Най-сериозните резултати, постигнати от Националният съвет през 2013г., са подобрените срокове на разглеждане на процедурите, своевременното издаване на решения и уведомяване на заявителите, създаване на собствен сайт за публичните регистри и друга актуална информация.

Осигуряване на лекарствени продукти на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване

По реда на Наредба № 34/25.11.2005г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване /обн. ДВ, бр. 95 от 29.11.2005 г./ Министерство на здравеопазването осигурява лекарствени продукти за лечение на следните заболявания:

- СПИН
- Туберкулоза

- психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост

По реда на цитираната Наредба се осигуряват и необходимите за лечение и диагностика радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори.

1. Лекарствена терапия на пациенти със СПИН

През 2013г. Министерство на здравеопазването е осигурило лечение на 691 ХИВ положителни пациенти със СПИН.

Антиретровирусната терапия е включила 20 лекарствени продукти, от Приложение 3 на Позитивния лекарствен списък.

Лекарствените продукти са осигурили напълно терапевтичните режими както от първа линия, така и от втора линия при резистентни пациенти.

2. Лекарствена терапия на пациенти, страдащи от туберкулоза

През 2013г. Министерство на здравеопазването е осигурило лечение на 2 507 пациенти с туберкулоза.

Терапията за туберкулоза се провежда с 4 лекарствени продукти, от Приложение 3 на Позитивния лекарствен списък, представляващи основни туберкулостатици, участващи в базисни терапевтични режими.

Министерство на здравеопазването е осигурило лекарствения продукт Streptomycin, един от основните туберкулостатици по реда на Наредба № 10/17.11.2011г.

3. Лекарствена терапия на пациенти с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост

По реда на Наредба № 34/25.11.2005г. Министерство на здравеопазването осигурява лекарствения продукт Methadone за лечение на пациенти с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди.

През 2013г. са разпределени 74 353 000 mg Methadone за обезпечаване лечението на 2 577 пациента.

4. Осигуряване на радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори.

През 2013г. Министерство на здравеопазването е осигурило 15 вида радиоактивни лекарствени продукти и 29 вида радиофармацевтика, предназначени за терапия и диагностика на онкологични, хематологични, ендокринологични и др. заболявания.

3. ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО

Министерство на здравеопазването е конкретен бенефициент за държавните лечебни и здравни заведения по Оперативна програма “Регионално развитие” и конкретен бенефициент по Оперативна програма “Развитие на човешките ресурси” 2007-2013 по следните проекти:

I. Оперативна програма “Развитие на човешките ресурси 2007 - 2013”

В рамките на Приоритетна ос 5, област на интервенция 5.3. “Работоспособност чрез по-добро здраве”:

Договор № BG051PO001-5.3.01-0001-C0001 по проект „**ИНФОРМИРАНИ И ЗДРАВИ**” - общ бюджет на проекта 4 692 754,30 лв.

Изпълнението на проекта стартира на 21 май 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 21 юли 2013 г.

Общата цел на проекта е подобряване трудоспособността, повишаване продължителността на активния трудов живот на населението и поддържане на здрава работна сила чрез повишаване нивото на знания, умения и мотивация за здравословен начин на живот.

Специфични цели на проекта са:

- Повишаване информираността, особено на уязвимите групи по отношение на поведенческите рискови фактори, свързани със значителната консумация на готварска сол, употребата на психотропни вещества сред младите хора, тютюнопушенето, производствения, битовия и транспортния травматизъм.
- Начало на промяна в поведението по отношение на посочените рискови фактори чрез повишаване познанията за здравословен начин на живот и възможностите за ограничаване на травматизма сред целевите групи.

Реализирани основни дейности:

✓ Проведена двудневна национална здравна конференция по проект „Информирани и здрави“ с общо участници 200 души от страната, работещи в сферата на промоция на здраве и профилактика на заболяванията, както и в областите транспортен, битов и производствен травматизъм.

✓ Проведени 12 обществени обсъждания в градовете: Благоевград, Бургас, Варна, Велико Търново, Враца, Кърджали, Ловеч, Пазарджик, Плевен, Пловдив, София и Стара Загора с представители на работещите в сферата на промоция на здраве и профилактика на заболяванията, както и в областите транспортен, битов и производствен травматизъм. Общ брой участници: 600

✓ Изработени са и са отпечатани ръководства за добра практика, както следва:

- Методически наръчник за успешни подходи и добри практики за ползване от работещите в областта на превенцията на употребата на психотропни вещества;
- Ръководство за добра практика за медицинските специалисти относно оценка и контрол на риска при пушачи;
- Ръководство за добра практика за медицинските специалисти относно оценка и контрол на риска при производствен травматизъм;
- Методически наръчник за успешни подходи и добри практики за производители на храни с ниско съдържание на сол.;
- Графично оформяне и отпечатване на четири ръководства за добра практика и два доклада от репрезентативни проучвания за познанията, нагласите и уменията за здравословен начина на живот сред целевите групи в началото и в края на информационните кампании по проекта.

✓ Реализирано финално проучване за познанията, нагласите и уменията за здравословен начин на живот сред целевите групи.

✓ Реализирани са шест национални здравни кампании насочени към ограничаване на употребата на сол, психотропни вещества и тютюнопушенето, както и на транспортния, производствения и битов травматизъм с цел информиране на населението за потребностите от водене на здравословен начин на живот. Разработени са и са излъчени в електронните медии (национални и регионални телевизии и радиа, както и интернет страници): 22 филма с продължителност 27 минути, 22 филма с продължителност 10 минути, 72 видео и 72 аудиоклипа, 72 интернет банера. Разработени са всички информационни и промоционни материали по шестте кампании.

✓ Информационните и промоционни материали са разпространени по време на масовите информационни събития, проведени за всяка от шестте кампании в следните 19 населени места: Айтос, Берковица, Варна, Дулово, Крумовград, Кула (Видинска област), Кърджали, Никопол, Пазарджик, Плевен, Пловдив, Разлог, Ракитово (Пазарджишка област) Русе, София, Средец (Бургаска област), Стара Загора, Търговище и Шумен). Участници в тези събития са жителите на съответното населено място.

✓ Информационни и промоционни материали се предоставят и на Регионалните здравни инспекции, които в рамките на дейността на дирекциите/звената „Промоция на здраве и профилактика на заболяванията” да ги предоставят на заинтересованото население.

Договор № BG051PO001-5.3.02-0001-C0001 по проект **“СПРИ И СЕ ПРЕГЛЕДАЙ”** (Национална кампания за ранна диагностика на онкологични заболявания) - общ бюджет на проекта 13 993 001.60 лв.

Изпълнението на проекта стартира на 21 май 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 21 октомври 2014 г.

Общата цел на проекта е подобряване трудоспособността, повишаване продължителността на активния трудов живот на населението и поддържане на здрава работна сила, оптимизиране на здравните и социални разходи чрез увеличаване на относителния дял на откритите и насочени за лечение в предклиничен и ранен стадий на заболелите от рак на маточната шийка и млечната жлеза при жените и колоректален карцином при двата пола; повишаване на информираността на населението относно превенцията и лечението на тези социално значими заболявания.

Специфични цели на проекта са:

- Увеличаване на относителния дял на ранно диагностицираните случаи на заболели от рак на маточната шийка и млечната жлеза при жените и колоректален карцином при двата пола;
- Повишаване на познанията на населението за идентифициране на рисковите фактори за поява на рак на маточната шийка и млечната жлеза при жените и колоректален карцином при двата пола и повишаване на личната отговорност към собственото здраве;
- Повишаване на ефективността на мерките за превенция на онкологичните заболявания и ранното им диагностициране чрез създаване на Национален скринингов регистър;
- Повишаване капацитета на изпълнителите на здравни услуги за прилагане на превантивна политика и ранно диагностициране на онкологични заболявания.

Реализирани основни дейности за 2013 г.:

- ✓ Във всяка РЗИ са обособени по един регионален координатор, като е доставена съответната техника, обезпечаваша работата на регионалните координатори;
- ✓ Изпратени са уведомителни писма чрез РЗИ до всички ЛЗ на територията на РЗИ с цел предоставяне на информация за възможностите за извършване на скринингови прегледи по проекта;
- ✓ Приета, въведена в експлоатация и е в процес на поддръжка информационна система: Национален скринингов регистър и система за известяване по проект BG051PO001- 5.3.02-0001-C0001 „СПРИ и се прегледай” (<http://nsr.mh.government.bg/>). На страницата на проект „СПРИ и се прегледай” могат да бъдат намерени ръководства за работа със системата, както и координати за връзка с регионалните координатори на проекта от всички областни градове в страната;
- ✓ Проведени са информационни кампании и достигнати над 2 000 000 души чрез излъчванията в средствата за масова информация;
- ✓ Изпратени са 400 000 първи и 380 871 втори покани за явяване на скринингов преглед;
- ✓ Извършени са над 40 000 скринингови прегледа и изследвания общо по трите локализации;
- ✓ Гражданите, преминали през скринингово изследване могат да проверят своите резултати след регистрация в Националния скринингов регистър, използвайки кода на гражданина, вписан в поканата им.

Договор BG 051 PO 001-5.2.10-001-C0001 по проект „**ПОСОКА: СЕМЕЙСТВО**“ – общ бюджет на проекта 1 972 503. 62 лв.

Изпълнението на проекта стартира на 26 октомври 2011 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 26 август 2014 г.

Общата цел на проекта е подготовката за реструктуриране на Домовете за Медико-Социални Грижи за Деца (ДМСГД) от 0 до 3-годишна възраст чрез извършване на целенасочена подготвителна дейност в 8 пилотни области: Габрово, Монтана, Пазарджик, Перник, Пловдив, София, Русе, Търговище, чрез аналитичен подход и синергична интервенция с други, отговорни за процеса институции.

Специфични цели на проекта са:

- Планиране на подходящите услуги в пилотните 8 ДМСГД, обект на реструктуриране;
- Подготовка за извеждане на децата от институциите;
- Комуникиране на процеса и целенасочени мотивационни и информационни действия спрямо заинтересованите страни в негова подкрепа.

Реализирани основни дейности през 2013 г.:

- ✓ проведени са 8 обучения на персонала на ДМСГД за подготовката на децата за преместване при реорганизацията на дейността на ДМСГД по време на СМР.
- ✓ проведени са 8 срещи с персонала за представяне и комуникиране на процеса на деинституционализация.
- ✓ изготвени са 11 актуализирани оценки на потребностите на всяко дете от пилотните ДМСГД;
- ✓ оценен е капацитетът на 50 семействата на деца;
- ✓ актуализирани и обогатени индивидуалните планове за действие и грижа;
- ✓ предприети са действия за насърчаване на работата по превенцията на изоставянето на ниво родилен дом за успешното реструктуриране на ДМСГД.
- ✓ изготвени са анализи за подготовка на реструктуриране на ДМСГД в 8-те пилотни общини – 8 анализа на причините за настаняване на децата в ДМСГД за всяко

пилотно ДМСГД; 8 анализа на наличните здравни и социални услуги за всяка пилотна област и 8 анализа на ресурсите на всяко пилотно ДМСГД.

✓ извършена е необходимата подготовка за извеждане на децата – изведени са 155 деца от целевата група;

✓ проведени и 2 срещи в ДМСГД Пазарджик и ДМСГД „Св. Параскева” за обмяна на опит на персонала на пилотните ДМСГД.

✓ извършени 527 посещения за проследяване на реинтеграцията на децата от пилотните ДМСГД;

✓ планирани са най-подходящите услуги, съобразно актуалните нужди на съответната община, които да заменят съществуващите специализирани институции (ДМСГД) с интегрирани услуги, които да спомагат за отглеждането на децата в семейна или близка до семейната среда;

✓ разработени са 5 броя методологии;

✓ разработени са 8 актуални регионални планове за деинституционализация на децата от целта група от пилотните институции;

✓ проведени са 8 дискусии за представяне на регионалните планове във всички пилотни общини;

✓ проведена 1 процедура по ЗОП - избрани са изпълнители и сключени договори за производството на информационни материали – табели, банери и торбички и изпълнител на провеждане на фолклорни събития в ромската общност;

✓ изработени и разпространени са следните информационни материали – 8 табели, 8 банери и 30 000 торбички;

✓ проведен е конкурс за плакат за ученици на възраст 14-19 години;

✓ проведени са 8 фолклорни събития в ромските общности в пилотните общини;

✓ проведени 8 въвеждащи и 8 надграждащи обучения в пилотните ДМСГД - обучени са 432 служители на ДМДГД;

През периода от 1.01.2013 г. до 31.12.2013 г. в 8-те пилотни Домове за медико социални грижи са настанени 38 деца. За същия период са изведени 196 деца като на 180 от тях е осигурена семейна среда. В началото на 2013 г. в 8 – те пилотни ДМСГД са 248, а в края на 2013 г. са останали само 90 деца.

В рамките на Приоритетна ос 6: “Повишаване ефективността на институциите на пазара на труда, социалните и здравни услуги”, област на интервенция 6.2 “Укрепване на капацитета на институциите за социално включване и за предоставяне на здравни услуги”:

1. Договор № BG051PO001-6.02.02 ПУЛСС (ПРАКТИЧЕСКИ УВОД В ЛЕЧЕНИЕТО НА СПЕШНИТЕ СЪСТОЯНИЯ) - общ бюджет на проекта 4 483 501,08 лв.

Изпълнението на проекта стартира на 10 юли 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 10 декември 2014 г.

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

Специфичната цел на проекта е подобряване знанията и уменията на персонала на спешната медицинска помощ на територията на цялата страна чрез надграждащо обучение.

Реализирани основни дейности през 2013 г.:

✓ Проведена 2-ра пресконференция за публичност на дейностите по проекта през м. май 2013г.

✓ Подписано Допълнително споразумение № 11 на 11.07.2013г. за обучение на допълнително 462 лекари и медицински специалисти от 33 лечебни заведения с разкрити спешни отделения.

✓ Изготвен и представен с приемо-предвателен протокол на 30.10.2013г. на интердисциплинарен медицински стандарт „Спешна медицина“.

✓ Приключило обучение на 5 580 лекари, медицински специалисти и шофьори от 28 ЦСМП на 08.11.2013г..

✓ Разпространение на отпечатани информационни-рекламни материалите в 28 ЦСМП и УМБАЛСП „Н.И.Пирогов“.

✓ Подготвен междинен технически доклад № 4 и № 5 към искане за плащане по договор за БФП за общо 1 902 504,62 лв.

✓ Верифициране на извършени разходи в размер на 3 237 065,53 лв. (с натрупване)..

✓ Подписано Допълнително споразумение към договор № РД-17-466/29.08.12г за осигуряване на публичност на дейностите по проекта.

2. *Договор № BG051PO001-6.02.03* по проект **„АКРЕДИТАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ И ПРОДЪЛЖИТЕЛНОТО ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ”** - общ бюджет на проекта 997 224,20 лв.

Изпълнението на проекта стартира на 10 юли 2009 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 10 октомври 2014 г.

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

Специфичните цели на проекта са:

Укрепване на системата на акредитация на лечебната дейност, изготвяне и актуализиране на медицински стандарти.

Реализирани основни дейности през 2013 г.:

✓ Стартиране на процеса на актуализиране на 49 медицински стандарта като със Заповед на министъра на здравеопазването бяха утвърдени съставите на авторските колективи.

✓ Определяне на национални консултанти по съответните специалности за председатели на авторските колективи, в съответствие с действащата нормативна база.

✓ Стартиране на организационно–логистичните дейности във всеки от авторските колективи.

✓ Изготвен е анализ на законодателството в областта на продължаващото медицинско обучение в България и препоръки;

✓ Изготвен е анализ на програмите и институциите в други държави-членки на ЕС, извършващи продължителното медицинско обучение.

3. *Договор BG051PO001–6.2.18-0001* по проект **„НОВИ ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ЛЕКАРИТЕ В БЪЛГАРИЯ”** – общ бюджет на проекта. 10 270 020,71лв и продължителност. 26 месеца – от 01.11.2012 г. до 31.12.2014 г

Изпълнението на проекта стартира на 01 ноември 2012 г. с подписване на договора за финансиране и ще приключи на 31 декември 2014 г.

Общата цел на проекта е да се повиши професионалният капацитет на служителите, ангажирани в сферата на здравните услуги.

Специфичните цели на проекта са:

- Подобрване достъпа на 700 служители на доставчици на здравни услуги до обучения за придобиване на специалност до края на 2013 г.

- Усъвършенстване на съществуващите и въвеждане на нови управленски практики, имащи отношение към условията и реда за придобиване на специалност в здравеопазването. Чрез проекта ще бъде значително увеличен броят на лекарите, които ще могат да специализират и по-този начин да повишат своята квалификация. Пряк резултат от това е подобряване на здравното обслужване на населението.

Реализирани основни дейности през 2013г.:

- ✓ Проведен подбор (шест класирания) на кандидати за периода декември 2012 г. – ноември 2013 г.; Сключени общо над 600 петстранни договора за финансиране на служители на доставчици на здравни услуги;
- ✓ Осигуряване на теоретично и практическо обучение за над 600 служители на доставчици на здравни услуги;
- ✓ Извършена промяна в Наредба № 34/2006г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (ДВ. бр.73 от 20 Август 2013 година) с цел допускане на лекарите – специализанти по дентална медицина като целв група, допустима за финансиране по проекта.

II. Оперативна програма „Регионално развитие” 2007 – 2013

Средносрочна рамкова инвестиционна програма /СРИП/ на Министерство на здравеопазването се изпълнява по схема за безвъзмездна финансова помощ BG161PO001/1.1-08/2010 „Подкрепа за реконструкция, обновяване и оборудване на държавни лечебни и здравни заведения в градските агломерации” финансирана по Оперативна програма „Регионално развитие” 2007-2013г. са в общ размер **на БФП до 147 978 554 лв. в т.ч. принос на ЕФРР до 125 781 771 лв.**

Резултатите и продуктите, които се очаква да бъдат постигнати вследствие от изпълнението на Средносрочната рамкова инвестиционна програма са:

1. Подобрен достъп до здравни грижи на населението в целевите райони.
2. Повишено ниво на достъп до качествена ранна диагностика на онкологичните заболявания чрез *инвестиции в Многопрофилни болници, разположени в областни градове с 51% или повече държавна собственост.*
3. Промяна на подхода към отглеждане на изоставени деца в Домовете за медико-социални грижи за деца (ДМСГД) чрез стартиране на инвестиция в инфраструктура, осигуряваща предлагането на услуги в общността, които ще допринесат за деинституционализацията на ДМСГД.
4. Повишено ниво на достъп до качествена лъчетерапия чрез развиване на *Центрове за лечение на онкологични заболявания с национално значение.*
5. Внедрени *иновативни технологии и оборудване за ранна диагностика и лечение на онкологично болни.*
6. Модерна, отговаряща на европейските стандарти среда в държавните лечебни заведения:
 - Повишен комфорт и удовлетвореност на пациентите от комплексното лечение и на персонала от високото качество и ефективност на положения труд.
 - Осигурени безопасност, комфорт и уют за пациентите и персонала на лечебните заведения чрез реконструирани, ремонтирани и приведени в съответствие със съвременните изисквания за хигиена и условия на работа на медицинския персонал сгради на държавните лечебни заведения.

- Монтирано съвременно медицинско оборудване, което отговаря на актуалните европейски и национални медицински стандарти за съответното лечебно заведение:
7. Въведени мерки за енергийна ефективност, чрез топлинно изолиране на външни стени и покриви, подменени дограми, осветителни тела, отоплителни инсталации на онкологичните отделения на държавните болници.
 8. Повишено и подобро качество на медицинското обслужване на пациентите, включително:
 - Предоставени висококачествени здравни услуги и правилно лечение на пациентите, което води до спасяване на човешки животи.
 - Намаляване престоя на пациента в лечебните заведения.
 - Висока ефективност на терапиите и намалявани рискове от усложнения.
 - Преодоляване на рисковете за пациентите и лекарите които възникват при използването на морално остарялото оборудване(например различни травми при третиране на пациента).
 - Осигурени възможности за поставяне на бърза и точна диагноза и планиране на подходящите лечебни методи.
 9. Повишаване ефективността на медицинския персонал и създаване на съвременни и улеснени условия на работа.
 10. Подобен достъп до здравеопазване за хората в неравностойно положение (хора с увреждания, роми, социално уязвими групи и др.).
 11. Повишена рентабилност и икономическа ефективност на държавните лечебни заведения:
 - Спестени излишни разходи за транспортиране на пациенти в други лечебни заведения извън целевите, време, дублиране на дейности и търсене на необходим специалист, извършване на външни за болните услуги, намалено потребление на антибиотици.
 - Намаляване на разходите, както на самите болни, така и на държавата, за оперативни интервенции, неправилно лечение и профилактика.
 - Икономия на енергия в резултат от подобрените енергийни характеристики на сградите и повишена енергийна ефективност на лечебните заведения.
 - Въведени нови клинични пътеки.
 12. Създадени възможности за обучение и практикум на студенти на място, както за страната, така и за цяла Югоизточна Европа, в т.ч. и за повишаване квалификацията на медицинския персонал на държавните лечебни заведения и същинска научна дейност.
 13. Повишена конкурентоспособност на целевите региони като цяло, като резултат от предоставянето на улеснен достъп до специализирана апаратура и по-качествено здравно обслужване на населението им.
 14. Информирание на обществеността за финансовата подкрепа на ЕС чрез ОП "Регионално развитие" за обществено значими проекти в областта на здравеопазването.

Като цяло резултатите, придобити от реализацията на инвестиционните проекти, неразделна част от СРИП, ще подпомогнат процесите на реструктуриране, реформиране, финансова устойчивост и ефективност на българската здравна система, която ще осигурява по-качествени здравни грижи по промоция, профилактика, лечение и рехабилитация.

Индикатори за резултати:

С реализирането на всички предвидени проекти и намерения, вписани в Средносрочната рамкова инвестиционна програма ще се задоволят необходимостите на целевите групи от :

- **Правилна диагностика и лечение на онкологичните заболявания**
- Качествени здравни услуги и медицинска помощ.
- Гарантиран достъп до качествена и координирана медицинска помощ при спешни състояния за всички граждани.
- Модерна среда и ефективна диагностика, рехабилитация и физиотерапия за деца в риск на възраст между 0-3 години, за които се полагат грижи в ДМСГД.
- Подобряване здравният статус на нацията.
- Намаляване на смъртността чрез провеждане на централизирана държавна политика за насърчаване на раждаемостта.

По отношение на целевите региони, СРИП влияе върху:

- Намаляване различията между отделните региони, чрез подобряване състоянието на социалната инфраструктура и пригаждането ѝ към настоящата ситуация и възникващите нужди на обществото. Оптимизацията и модернизацията на социалната инфраструктура ще доведе до повишаване качеството на живот и ще съдейства за подобряване на човешкия капитал и пазара на труда в районите, като така ще допринесе за изпълнение на целите от Лисабон.
- Интегрирането на по-слабо развитите територии към агломерационните ареали, в които ще се извършват дейностите и мерките по СРИП, ще гарантира осигуряване на качествени здравни грижи и медицинска помощ на по-широк кръг хора, включително и на такива в неравностойно положение. По този начин ще се намали дисбалансът в качеството на медицинското обслужване и в инфраструктурата на здравеопазването.
- Бъдещи дейности, свързани с подобряване качеството на здравната инфраструктура и физическата среда. Реализацията на предвидените проекти ще създаде благоприятна среда за живеене и инвестиции в агломерационните ареали. Това ще гарантира финансовата обезпеченост на поддържането и развиването на резултатите от СРИП в дългосрочен план.

Очаквани количествени резултати вследствие на предприетите действия

В резултат на реализирането на СРИП ще бъдат **обновени 16 лечебни заведения** за болнична помощ в шестте района за планиране на страната и ще бъде създаден пилотен модел за деинституционализиране на ДМСГД.

Наред с това ще бъде осигурена подходяща и ефективна здравна инфраструктура, допринасяща за развитието на устойчиви градски ареали. Чрез подобряване, обновяване и модернизиране на държавната здравна инфраструктура в градските ареали, равнопоставеност при предоставяне и ползване на болнична помощ и осигуряване на социално включване и равен достъп на групите в неравностойно положение, ще се подобри Това несъмнено ще подобри качеството на живот и работната среда.

- Създадени нови работни места – **380 бр.;**
- Икономия на енергия от обновяване на сградите на държавни лечебни и здравни заведения - **8128,5 МВтЧ/г;**

- Общ брой население, облагодетелствано от обновяване на сградите на държавни лечебни и здравни заведения – **4 428 396 души**;
- Общ брой посетители, облагодетелствани от обновяване на сградите на държавни лечебни и здравни заведения – **504 243 души**;
- Общ брой деца, облагодетелствани от реструктуриране на 8 ДМСГД – **до 483 деца**;
- Реконструирани/ ремонтирани/ обновени сгради на държавни лечебни и здравни заведения – **18 бр.**;
- Внедрено съвременно медицинско оборудване – **113 бр.**;
- Брой реструктурирани ДМСГД – **8 бр.**

Реализирани основни дейности през 2013 г.:

СРИП на МЗ включва 17 проекта на университетски и областни лечебни заведения за болнична помощ за модернизирани инфраструктурата и монтаж на медицинско оборудване за прилагане на високотехнологични болнични дейности по отношение на диагностика и лечение на онкологични заболявания и 1 проект за реструктуриране на 8 дома за медико-социални грижи за деца от 0 – 3 г. От стартирането на Програмата до момента са проведени всички основни обществени поръчки и избрани изпълнители за извършване на СМР, доставка на високотехнологична апаратура, за осъществяване на строителен и авторски надзор, одит, осигуряване на публичност и управление на проектите на местно ниво. Към края на 2013 г. е доставена и въведена в експлоатация 90 % от предвидената апаратура, като успоредно с това са завършени необходимите СМР и СРД в лечебните заведения.

С оглед на успешно проведените обществени поръчки бе спестен значителен финансов ресурс, което позволи да се стартира процедура за закупуване на допълнително високоспециализирано оборудване за лъчетерапия и подготовка на проектни предложения на още три лечебни заведения, включени като резерви в Концепцията за реструктуриране на болничната помощ, а именно – МБАЛ „Тота Венкова” АД, гр. Габрово, МБАЛ „проф. д-р Стоян Киркович” АД, гр. Стара Загора и УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, гр. София.

През месец август 2013 г. се подписаха договори за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ за многопрофилните болници в гр. Габрово и гр. Стара Загора и предстои провеждане на обществени поръчки за избор на изпълнители по заложените в тях проекти дейности

Сключени са анекси към договори за БФП за доставка на допълнително високотехнологично оборудване, в т.ч. нови линейни ускорители, PET/CT и апаратура за образна диагностика.

- **Изпълнението на СМР и съпътстващите ги дейности** за изпълнение на СМР- строителен и авторски надзор - Ремонт и реконструкция и модернизация на сгради и помещения в държавните лечебни и здравни заведения и ДМСГД в т.ч. мерки за енергийна ефективност; подобряване достъпа до медицинска помощ на хора с увреждания, представители на малцинствата и лицата в неравностойно положение – през 2013 г. по проектите за 9 лечебни заведения е общо 100 %.

- **Доставка и инсталация на медицинска апаратура** за диагностика и лечение на онкологични заболявания;

Извършена е доставката, монтажа, тестването и въвеждането в експлоатация на 90 % от включената в проектите **медицинска апаратура за диагностика и лечение на онкологични заболявания**, транспортни средства и оборудване за лечебните заведения, както следва:

Таблица 32. Доставка, монтаж, тестване и въвеждане в експлоатация на включената в проектите медицинска апаратура за диагностика и лечение на онкологични заболявания, транспортни средства и оборудване за лечебните заведения

№	Оборудване	МБАЛ Благоевград	МБАЛ Бургас	МБАЛ Кърджали	МБАЛ Монтана	МБАЛ Русе	МБАЛ Сливен	МБАЛ Смолян	МОБАЛ В. Търново	УМБАЛ Плевен	УМБАЛ Пловдив	Общо бр.	изпълнено
1	Дигитална ехографска система											9	8
2	Дигитален скопично- графичено рентгенов апарат											9	8
3	16 срезов Многодетекторен Компютърен томограф											8	7
4	64 срезов Многодетекторен Компютърен томограф											2	2
5	Апаратура за магнитно-резонансна образна диагностика (MRI –equipment)											9	9
6	Дигитален мамограф											8	8
7	Система за архивиране и разпространение на образи (PACS)											9	9
8	Лабораторна Система - МАЛКА											5	0
9	Лабораторна Система - ГОЛЯМА											3	0
10	Лабораторна информационна система											8	0
11	Ендоскопска апаратура /видеоколоноскопи, видеогастроскопи											10	9
12	Санитарен автомобил											7	7
13	Дигитална ендоскопска видео система за автофлуоресцентни изследвания на белия дроб											7	6
14	Стационарен дигитален графичен рентгенов апарат											3	2
15	Стерилизации											2	2

Таблица 33. Включена и изпълнена в проектите доставка на медицинска апаратура за лъчелечение

№	Оборудване	СБАЛО ЕАД	УМБАЛ „Св. Марина” ЕАД	Общо	Изпълнено
1	Мултимодалени линеени ускорители с многолистен колиimator			4	2
2	Компютър-томографски симулатор			2	1
3	Магнитно резонансен томограф			1	
4	Система за планиране на лъчелечението			2	1
5	Локална мрежа за обмен на лъчетерапевтична информация			2	1
6	Дозиметрична апаратура			2 комплекта	
7	Устройства за имобилизация на пациента			2 комплекта	

В УМБАЛ”Александровска” са доставени 12 бр. медицинска апаратура.

III. Разработване на проектни предложения:

1. Изготвяне на програмно предложение по приоритетни области **13 § 27 "Инициативи за обществено здраве"**, финансирани от Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм.

Обща стойност на Програмата е €15 782 353, като финансирането от двата механизма е в размер на €13 415 000. Крайният срок за изпълнението и е м.април 2017г.

Програмата има четири приоритетни области на интервенция:

- Подобро управление в здравеопазването;
- Подобрен достъп и качество на здравните услуги - детско и репродуктивно здраве;
- Подобри услуги в сферата на психичното здраве;
- Намалени неравенства между различните групи потребителите на здравни услуги.

Министерството на здравеопазването е определено за Програмен оператор, подпомагано от Дирекция „Оперативна програма „Техническа помощ” в Администрацията на Министерски съвет (АМС) като Подкрепящо звено, а Световната здравна организация (СЗО) е партньор на Министерството на здравеопазването по Програмата.

Извършени са следните действия:

- ✓ проведени преговори и одобрена Програма BG07;
- ✓ съгласувано Споразумение за изпълнение на Програма BG07;
- ✓ участие в среща на Програмните оператори на Програми „Инициативи за обществено здраве“, проведена в Будапеща на 28-29 ноември 2013 г.
- ✓ проведена встъпителна среща във връзка с подписване на Споразумение за изпълнение на Програма BG07 на 13 декември 2013 г. в София Хотел „Балкан“ и подписано Споразумение от г-жа Марияна Кордова, директор на дирекция „Мониторинг на средствата от ЕС” в МС и ръководител на Националното координационно звено и зам.-министъра на здравеопазването д-р Чавдар Славов, от името на Програмния оператор.

IV. Участие в проекти като партньор

1. Проект **„ДОМАШНИ ГРИЖИ ЗА НЕЗАВИСИМ И ДОСТОЕН ЖИВОТ“**

Финансиран по Българо-швейцарската програма за намаляване на икономическите и социалните различия в разширения ЕС. Водещ партньор е Българският червен кръст.

Общият бюджет на проекта е 1 900 000 швейцарски франка евро, а бюджетът предвиден за Министерство на здравеопазването е 112 000 швейцарски франка.

Изпълнението на проекта стартира през 2011 г. и се очаква да приключи 2015 г.

Целта на проекта е да се подпомогне въвеждането в България на модел за комплексно предоставяне на здравни грижи и социални услуги по домовете, като форма на дългосрочна грижа за възрастни хора и хора с хронични заболявания и трайни увреждания при отчитане на специфичните нужди на представителите на ромската общност.

Целевия регион е област Враца, като по проекта са създадени четири Центъра «Домашни грижи» в общините Враца, Бяла Слатина, Криводол и Оряхово. В тези общини е осигурено обучение и заетост на 50 души – медицински сестри и домашни помощници. Изградените центрове ще предоставят качествени и професионални услуги в дома на повече от 400 възрастни, хронично-болни и хора с увреждания.

Основната дейност на МЗ в проекта е работа по законодателните промени относно въвеждане на услугата „домашна грижа”, както и разработване на обучителна програма и въвеждане на специализацията „фамилна медицинска сестра”.

4. ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ ЗА 2013 Г.

При оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия за 2013 г. са използвани същите методи при оценката, приложени в предишните четири години с цел съпоставимост на резултатите през периода 2009-2013 година и осигуряване на обективност при оценяването.

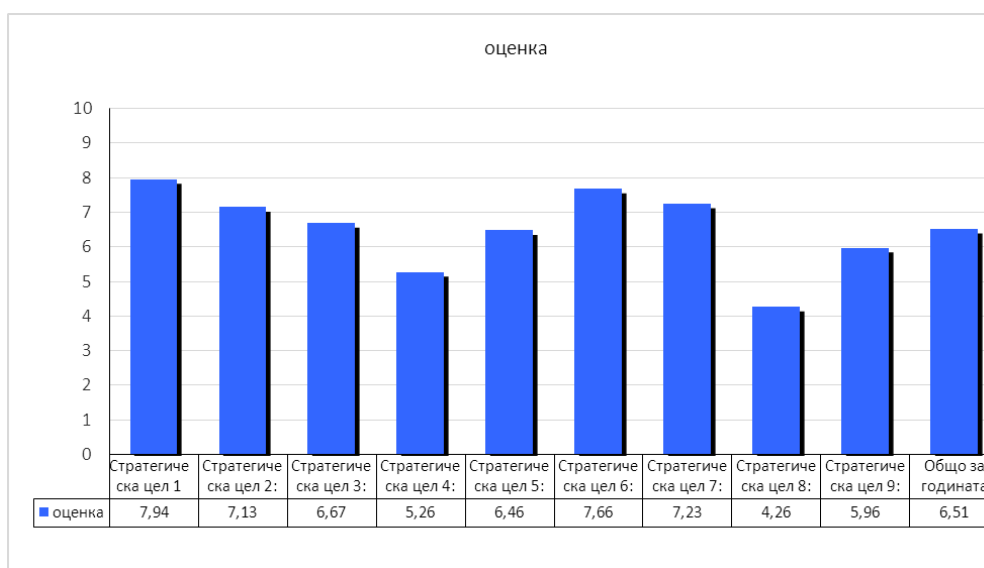
За изработването на оценката по постигнатото изпълнение на заложените задачи в Стратегията е прилаган метода на експертната (Делфи метод). Оценката по този метод се основава на получаването и обработката на експертните оценки на специалисти с голям опит, квалификация и (желателно) интуиция. Нарича се още метод на евристичното прогнозиране.

Изпратени бяха въпросници до експерти в Министерство на здравеопазването, институции на подчинение на МЗ, както и до всички РЗИ, като се получиха 40 отговора. Броят на получените отговори е съпоставим с тези от предходната година (42 отговора), поради което сравнението на оценките през годините е коректно. От експертите бе поискано да дадат оценка за постигнатото изпълнение между 0 и 10, където 0 е 0% изпълнение, а 10 е 100% изпълнение.

В голямата си част експертите отговориха на въпросите в областите в които работят. Този факт показва, че голяма част от експертите се концентрират единствено в непосредствените отговорности. Това може да бъде посочено и като илюстрация за липсата на единен интердисциплинарен и междусекторен подход в самата система на здравеопазване.

След съответната статистическа обработка на получените отговори и съответните оценки на изпълнението на заложените цели и задачи в националната здравна стратегия за 2013 г. бяха получени следните резултати представени на фигури от 40 до 50.

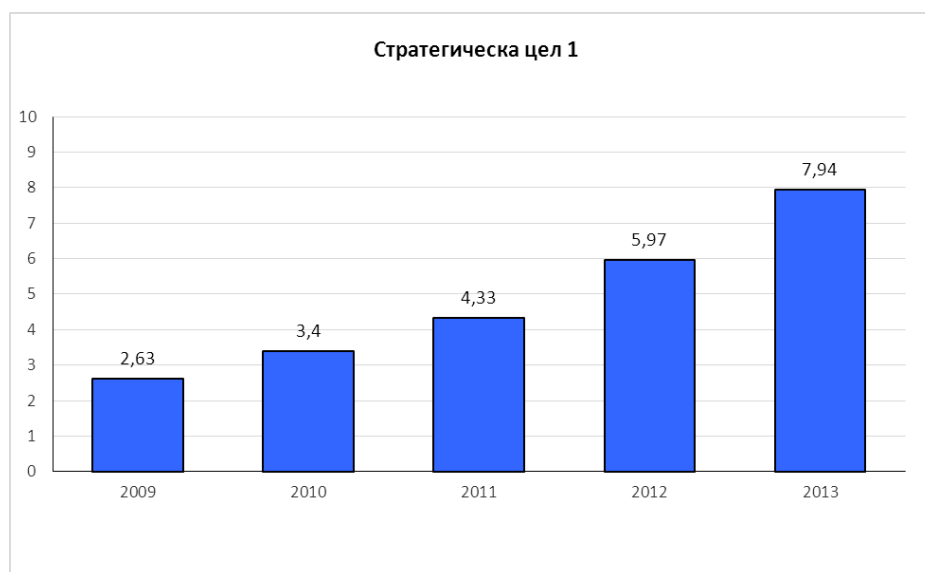
Фигура 39. Оценка на изпълнението на стратегията



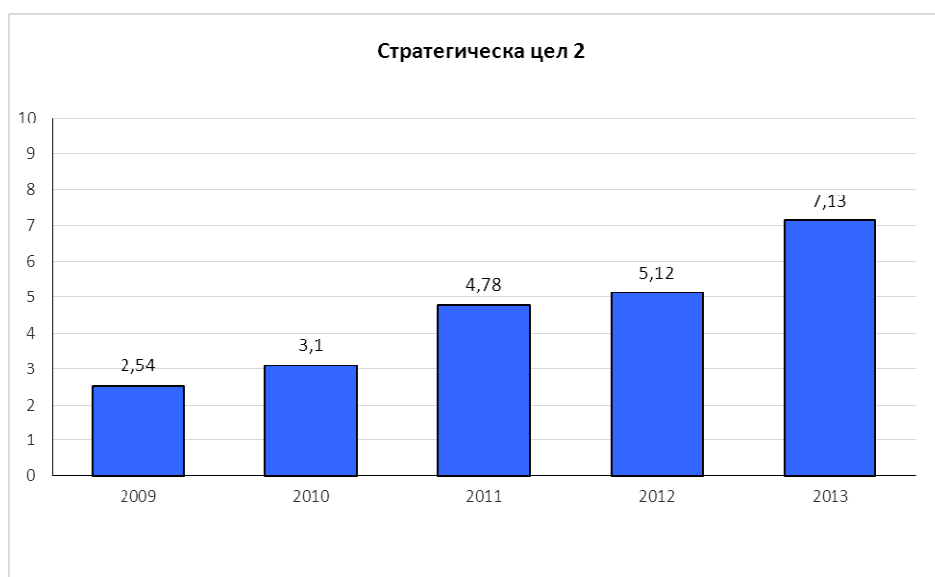
От представените данни е видно, че общата оценка за изпълнение на стратегията за 2013 г. е в рамките на 65.1% (оценка 6.51), като най-ниско изпълнение има при стратегическа цел № 8 - *Осигуряване на финансова устойчивост на националната система на здравеопазване* (42.6%), следвана от стратегическа цел № 4 – *Преструктуриране и ефективно управление на болничната помощ* (52.6%). стратегическа цел № 9 - *Ефективно членство в Европейския съюз* (44.9%). Най-високо изпълнение (по оценка на експертите) има при стратегическа цел № 1 - *Осигуряване условия за промоция на здравето и профилактика на болестите* (79.4%) и стратегическа цел № 6 – *Развитие на човешките ресурси в здравеопазването* (76.6%).

За да се постигне пълна оценка на стратегията бяха съпоставени данните от предишните години, през които е извършвана оценка, които показаха следното:

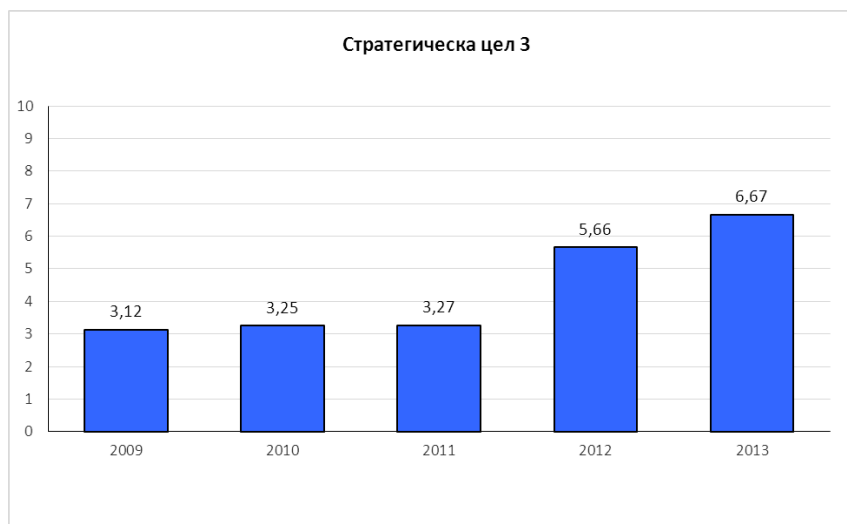
Фигура 40. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 1



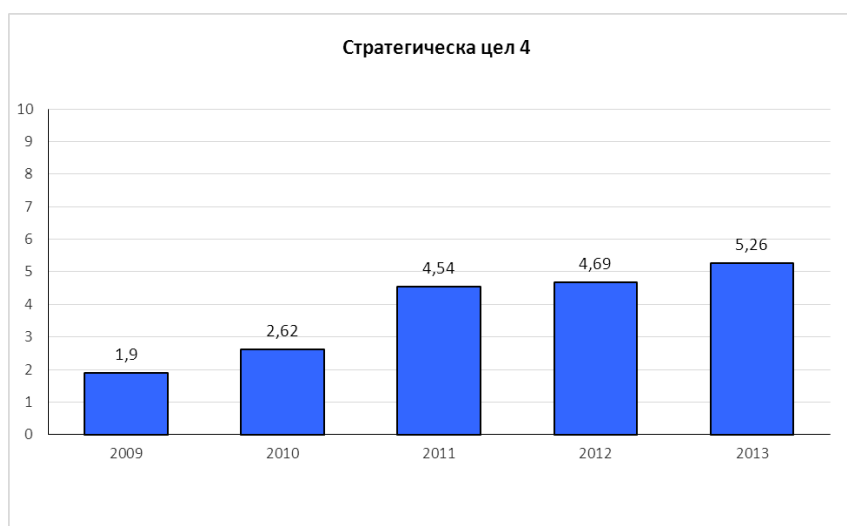
Фигура 41. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 2



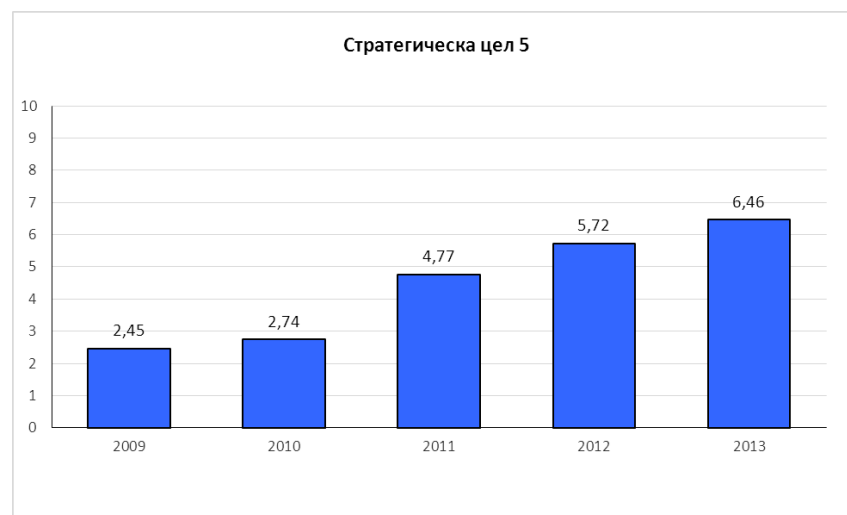
Фигура 42. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 3



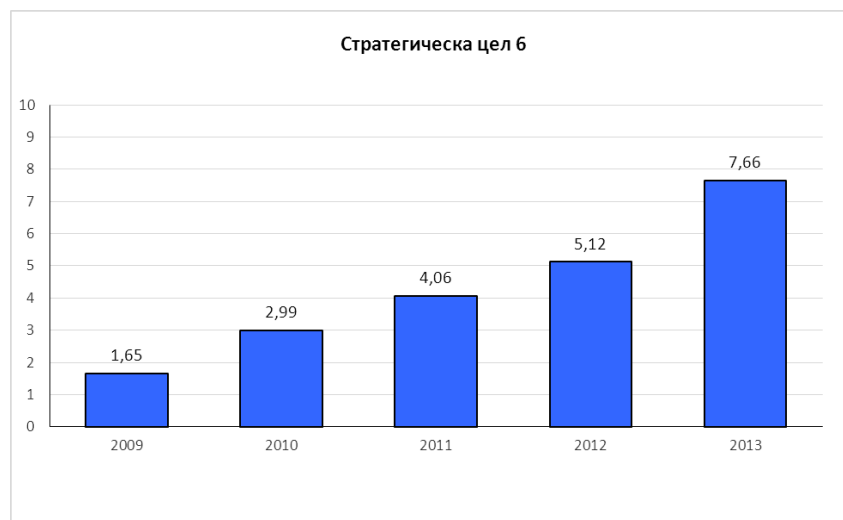
Фигура 43. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 4



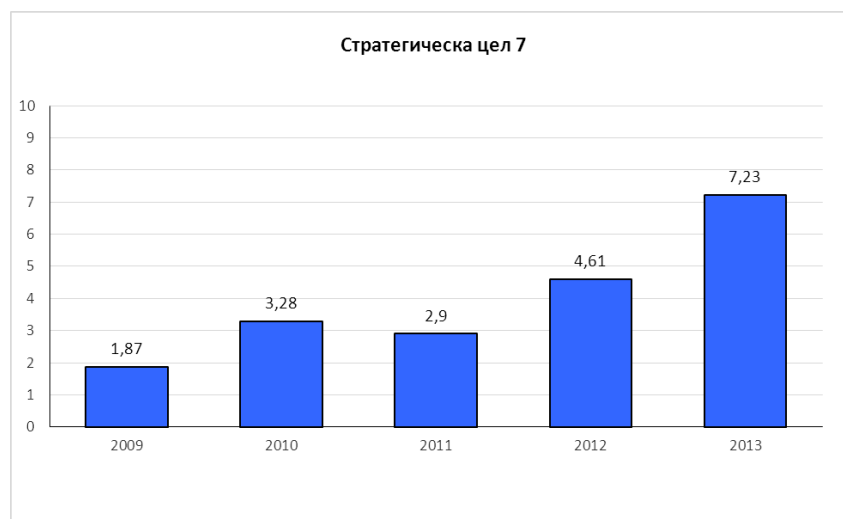
Фигура 44. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 5



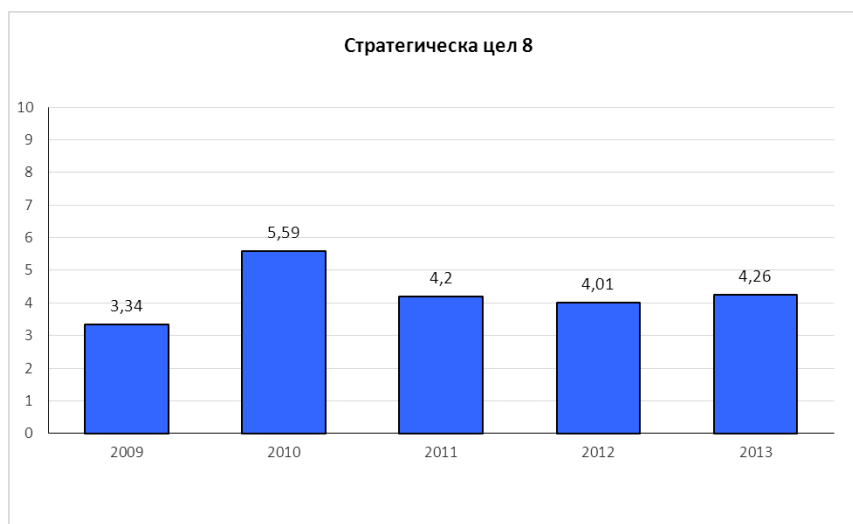
Фигура 45. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 6



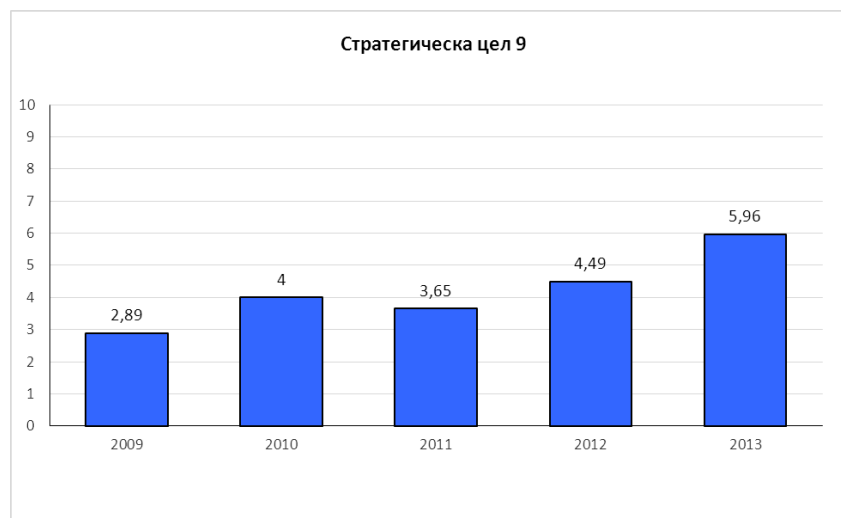
Фигура 46. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 7



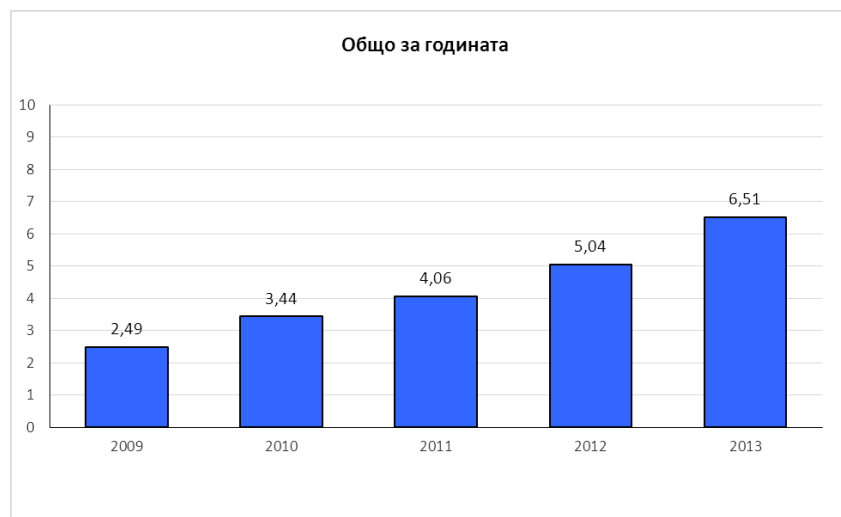
Фигура 47. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 8



Фигура 48. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – стратегическа цел 9



Фигура 49. Сравнителен анализ на оценка на стратегията по години – общо



От представените данни и графики е видно, че за повечето стратегически цели има постепенно, постъпателно изпълнение на задачите и целите в стратегията, докато при други има колебание в различните години. За целия период се наблюдава увеличаване на степента на изпълнението на целите и задачите на стратегията.

Тъй като при ежегодните оценки за изпълнението на Националната здравна стратегия, като неизменна част от Докладите за здравето на гражданите, които са правени само за предходните години, е необходимо да се направи отделно целенасочено окончателното оценяване на изпълнението на Стратегията, като се оценят заложените цели и задачи за всяка от стратегическите цели, като се оценят и заложените количествени показатели и критерии. Освен прилагания подход за оценка на изпълнението на стратегията, при окончателната оценка, могат да бъдат поканени по-широк спектър от експерти и да бъдат приложени други методи за оценка на заложените в стратегията показатели за оценка и мониториране, чрез които да се съпоставят получените досега резултати.

5. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Здравно-демографско състояние

- Демографската ситуация в България е резултат от продължителното действие на множество фактори и се характеризира с трайна тенденция на намаляване броя на населението и на неговото застаряване. Основни причини за това са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора.
- Ниското ниво на раждаемост и високата смъртност обуславят отрицателния естествен прираст на населението през последния десетгодишен период.
- Запазва се тенденцията за нарастване на съотношението жени/мъже след 53 годишна възраст. Въпреки общия незначителен превес на жените, в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението. Населението в България към 31.12.2013 г. е 7 245 677 души, което представлява 1.5% от населението на Европейския съюз и нарежда страната ни на 17-то място по брой на населението. В сравнение с предходната година то е намаляло с 38 875 души (0.5%). Запазва се тенденцията за увеличаване на относителния дял на градското население и намаляване на това в селата
- Продължават негативните промени във възрастовата структура на населението, изразен с процес на демографско остаряване (намаляване на броя и дела на населението до 15-годишна възраст, който за 2013 г. е 13.7% от общия брой на населението и е по-нисък от същия за ЕС (15.56%). и увеличаване на дела на населението над 65 години, който през 2013 г. достига 19.6%. В 15 области на страната, е повече от 1/5), - проблем, характерен и за другите страни-членки на ЕС
- Средната продължителност на живота у нас продължава да нараства, но остава по-ниска от тази в ЕС.
- Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта (9.2‰), обективно обусловена от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори, но остава по-ниска от средната стойност за ЕС (10.27‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.
- Въпреки изразеното намаляване на броя на абортите, те съставляват половината от ражданията през годината. Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2013 г. е 443 е 2 пъти по-висок от средния за ЕС (216.33‰), т.е. всеки единадесети аборт е извършен на лице до 19-годишна възраст. Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената.
- Проблем за България остава високото ниво на смъртността – обща и преждевременна. Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете, отколкото при жените и в селата, отколкото в градовете, със запазени териториални различия по области .Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС.
- Показателят на преждевременната смъртност запазва нивото си за последните 5 години и продължава да е високо, като за 2013 г. се увеличава незначително. Почти всяко четвърто умира в страната е на лице, ненавършило 65 години. При мъжете преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените.

- България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност по всички причини сред страните от ЕС, независимо от изразената тенденция за намаление.
- Запазва се структурата на умиранията по причини, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията.
- В структурата на умиранията от болестите на органите на кръвообращението с най-висок дял са представени сърдечната недостатъчност, мозъчносъдовата и исхемична болест на сърцето.
- В структурата на умиранията от злокачествени новообразувания водещи са заболяванията на бронхите и белия дроб, следват тези на дебелото черво, млечната жлеза при жените, стомаха, панкреаса и на простатата. Общо те обуславят повече от половината умирания от този клас болести.
- Продължава да е висока детската смъртност, независимо от изразената положителна тенденция към снижаване. Достигнатото равнище на детската смъртност (7.3‰) е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България и въпреки това остава 2 пъти по-високо, отколкото в ЕС.
- Неблагоприятни остават повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), сравнени с ЕС, въпреки намаляването на перинаталната и постнеонаталната детска смъртност.
- Показателят за *мъртвораждаемостта* намалява спрямо предходната година - 7.2‰, но е по-висок от средната стойност за ЕС (4.83‰).
- В структурата на умиранията при децата до 1-годишна възраст по причини най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период, вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации, болести на органите на кръвообращението и на дихателната система, обуславящи 82.5% от всички умирания в тази възраст.
- Интегралният показател, характеризиращ *вероятността за умиране на децата преди достигане на 5-годишна възраст*⁴² в България е с 2 пъти по-високо ниво от средното за ЕС
- Майчината смъртност на 100 000 живородени намалява от 19.07 през 2001 г. намалява до 12.0 през 2013 г., като съответният показател за ЕС е 5.05‰.
- Запазва се териториалните различия в нивата на отделните здравно-демографски показатели.
- През 2013 г. България беше изправена пред проблема с прииждащите бежанци, много от които идват от ендемични за различни паразитози региони на света и като паразитоносители могат да станат ефективни източници за местна трансмисия. Във връзка с бежанската вълна през годината се отчита нарастване на броя на профилактичните изследвания за малария и други внасяни паразитози.
- През 2013 г. няма заболявания от дифтерия и полиомиелит, регистриран е 1 случай с **тетанус**.
- Данните за националния имунизационен обхват с включените в Имунизационния календар ваксини показват много добро изпълнение на имунизационната програма и през 2013 г
- Продължават да намаляват болестността и заболяемостта от туберкулоза. Намаляват и случаите с мултирезистентна форма на туберкулоза.

⁴² Броят смъртни случаи до навършване на 5 год. възраст на 1000 живородени. За изчисляването се използват таблиците за смъртност и очакваната средна продължителност на живота

- През 2013 г. нараства болестността и заболяемостта от *злокачествени новообразувания* спрямо предходната година, Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1326.8‰) и рак на женските полови органи
- Броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰) през 2012 г. до 2 221 115 (30 572.3‰) през 2013 г. общо, както и основно във възрастовите групи над 18 г. Най-голям е броят на хоспитализираните на 100 000 население сред лицата над 65 годишна възраст. Сред причините за хоспитализация водещи са болестите на органите на кръвообращението, болестите на дихателната система и болестите на храносмилателната система.
- Броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 год. възраст през последните години намалява, но през 2013 г. показва известно увеличение и достига 68 887 души.
- Продължава да се увеличава броят на децата до 16 г. възраст, признати за лица с вид и степен на увреждане. Всяко пето дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (17.9%), с най-тежката степен над 90% са 11.4%
- Здравното състояние на децата и учениците не се различава съществено от предходните години. Основните здравни проблеми, остават, независимо от предприетите мерки, проведените кампании и приетите нормативни документи - наднормено тегло и затлъстяване, очни аномалии, болести на нервната система. Водещо място в структурата на заболяванията при децата от 1 до 7 г. заема бронхиалната астма. Незадоволителен остава обхватът на учениците с профилактични прегледи, увеличава се делът на освободените от физическа култура . (14 -18)

Рискови фактори

- За 2013 г. реалните доходи на населението спрямо 2012 г. нарастват с 11,3% при запазена структура. Работната заплата продължава да бъде най-значителният източник на приход. Населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст
- Разходите на българските домакинства също нарастват. Основната част са за задоволяване на потребностите. Продължава да намалява делът на разходите за храна, макар че се запазва относително висок в сравнение с другите европейски страни. Запазва се делът на разходите за данъци. Разходите за образование, свободно време и културен отдых, както и за жилища, вода, електроенергия и горива нарастват. Постоянен ръст бележат и разходите за здравеопазване, но страната заема последно място по разходи за здравеопазване на глава от населението.
- Въпреки повишения размер на минималната работна заплата, нетният ѝ размер остава под официалната линия на бедност.
- България е сред държавите-членки на ЕС, в които рискът от бедност за населението е над средното равнище за ЕС. Най-висок е за децата до 18-годишна възраст и населението в над трудоспособна възраст; за безработните, пенсионерите и останалите икономически неактивни лица.
- Разликата между доходите на най-бедните и най-богатите домакинствата е 6.5 пъти. В България рискът от бедност спрямо Европа е най- висок, като под линия на бедност са 23% от домакинствата.

- Коефициентът на безработица се увеличава, като при мъжете е по-висок в сравнение с жените. Най-висок е коефициентът на младежката безработица във възрастовата група 15-24 г.
- Продължават да бъдат съществен проблем продължително безработните, т.нар. „обезкуражени лица”, които за 2013 са 206,5 хиляди.
- По размер на минималната работна заплата България продължава да заема последно място в ЕС сред 28 държави – членки.
- Резултатите за 2013 г. от мониторинга на качеството на атмосферния въздух не показват значими разлики в сравнение с предходния наблюдаван период.
- През 2013 г. се запазва високият процент на проби с отклонения, превишаващи регламентираните съгласно нормативните документи допустими концентрации за общосuspendиран прах и фини прахови частици.
- Мерките, свързани с намаляване на емисионните нива на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението са свързани с изнасяне на промишлените дейности извън урбанизираните територии; намаляване на емисиите на прахови частици, серен диоксид и азотни оксиди от битовото отопление чрез газифициране на населените места; залесяване на общинските терени, възстановяване и поддържане на озеленителните пояси; оптимизиране на съществуващата транспортна схема и на трафика, обновяване на автомобилния парк на градския транспорт, изграждане на велоалеи, редовно измиване на улиците, с цел намаляване на запрашеността, подобряване системата на сметосъбиране и сметоизвозване, забрана за изгаряне на отпадъци на нерегламентирани терени
- Нивата на шума в по-голяма част от градовете на страната са понижени. Запазва се утежненият акустичен климат в зони с приоритетна шумова защита, прилежащи към детски, лечебни и учебни заведения и места за отдих. Най-важната мярка за намаляване на шумовото въздействие е факторът шум да бъде включен в политиките за териториално устройство и градоустройство.
- В по-голяма част от зоните на водоснабдяване в страната се подава питейна вода, без трайни отклонения в качеството ѝ. По физико-химични показатели процентът на несъответствие е 3,9 (при 2.1% за 2012г.) Трайни отклонения в химичния състав на питейните води са регистрирани по показатели: нитрати, флуор, хром и манган.
- Процентът на несъответствие по микробиологични показатели общо за страната за 2013 г. е 3.95% (при 3.8% за 2012).
- Проведеният през сезон за къпане 2013 г. мониторинг на качеството на водите за къпане показва, че като цяло за страната процентът на зоните, несъответстващи на задължителните изисквания, е 1.1% (средно за ЕС- 2.0%). Делът на зоните, покриващи задължителните изисквания за страната е 98.9% при среден за ЕС – 94.7%, а на съответстващите на по-строгите препоръчителни изисквания (тези с отлично качество на водите) е 66.0% и е по-нисък от средния за ЕС (82.6%).
- През 2013 г. не са установени дифузни замърсявания на почвите с тежки метали и устойчиви органични замърсители, които да повишат здравния риск за населението и да наложат спешни дейности по ограничаване на вредното въздействие от увредени почви. Почвите са в добро екологично състояние.
- По отношение на контрола на козметични продукти – през 2013 г. на територията на Република България е установен един от нотифицираните от ЕК продукти, за който е изготвена „Реакция на нотификация“ по системата за бърз

обмен на информация (0.013% от всички извършени проверки по RAPEX). Проведени са две насочени проверки за установяване наличието на пазара на продукти, съдържащи в състава си дибутилфталат и цианоакрилат

- През 2013 г. в Р. България не е регистриран нерегламентиран внос на ориз и оризови продукти с произход от Китай, за които да се предприемат уведомителни действия посредством Системата за бързо известяване за храни и фуражи (RASFF).
- Направените проучвания на експозицията с ЕМП, създавани от базови станции за мобилна комуникация в райони с детски градини и училища в четири региона в страната показват, че не може да се очаква риск за здравето на децата.
- Младите хора не са добре информирани за по-ниската експозиция при използване на устройство „свободни ръце“ и нямат адекватна информация за реалния риск при използване на безжични технологии.
- Нивото на радиационната защита през 2013 г. в страната е добро и съответства на общоприетите международни стандарти и критерии в тази област. По изследваните радиологични показатели за водните проби, хранителните продукти и пробите от околна среда не са констатирани отклонения от характерните за съответните райони стойности.
- При контрола на обекти от ядрената промишленост с национално значение не са установени отклонения от нормативните граници. Нивото на радиационната защита в страната е приемливо и съответства на общоприетите международни стандарти и критерии в тази област.
- Нараснал е броят на проведените гама-спектрометрични изследвания през 2013 г. с 52% в сравнение с 2012 г., дължащо се на въведен в експлоатация нов гама-спектрометър.
- Запазва се тенденцията за намаляване на общия брой трудови злополуки, но през 2013 г. има по-висок брой трудови злополуки с летален изход в сравнение с 2012 г., но и по-нисък в сравнение с предходните години. Понижен е броят на бързите известия - индикация за проблеми при регистрацията на професионалните заболявания.
- Запазват се положителните тенденции в модела на хранене на населението, в България., но се отчитат и негативни тенденции, свързани с намалено потребление на прясно мляко и увеличено на захарни и шоколадови изделия и др.
- Хранителният статус на децата и учениците отразява небалансиран и нездравословен модел на хранене и ниска физическа активност за значителна част от тях.
- Рисковите фактори свързани с начина на живот у нас са широко разпространени сред населението. България се нарежда по брой пушачи на второ място в Европа след Гърция, независимо, че забраната му оказва благоприятен ефект при непушачите и през 2013 г. е отчетено леко намаление в потреблението му. Установява се нарастване на консумацията алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната с 7.5 литра, основно поради покачването през годините на употребата на бира, на фона на незначителен спад на консумацията на традиционните за България вина и ракии.
- Показателите за физическа активност на населението в България са най-ниски в Европа, а недостатъчната физическа активност налага разработването и реализирането на национална политика за повишаване физическата активност на населението.

- Броят на лицата, употребяващи наркотични вещества за 2013 г., бележи ръст с около 20% спрямо 2012 г. Марихуана са употребили 8.2% от младите хора в България, хашиш – 1.9%, екстази – 1.5%, кокаин и амфетамини – по 1.3%, хероин – 0.8 %. Най-употребявани са: канабисът – 19.6% от анкетираните, амфетамини – 4.3%, кокаин – 3.4 %, метамфетамини – 3.2%, екстази – 3.1%.

Функциониране на здравната система

- Няма съществени промени в структурата и организацията на здравната система в сравнение с предходната година. Системата на здравеопазване в България разполага с изградени структури и органи за управление и контрол, които осигуряват нейното функционално единство и взаимодействие и задоволяват основните потребности на населението от медицинска помощ.
- Предприети са действия по изготвянето, приемането и въвеждането в действие на 51 нормативни акта, които имат значение за развитието на системата на здравеопазването.
- Въпреки поддържането през последните години на минимален темп на нарастване на средствата за здравеопазване като номинална стойност, съотношението на публичните разходи за функция „Здравеопазване” като % от БВП и през 2013 г. се задържат на едно ниво.
- Разходите за "Здравеопазване" намаляват като относителен дял в структурата на разходите по консолидирания държавен бюджет.
- Променя се структурата на разходите за здравеопазване по източници на финансиране, като продължава тенденцията на намаляване на дела на средствата от републиканския бюджет за сметка на средствата от здравноосигурителни плащания.
- Голяма част от дейностите, които държавата е плащала през бюджета на Министерство на здравеопазването са пренасочени за плащане през бюджета на НЗОК, без да са извършени съществени промени в планираните финансови средства. Разходите по политиката през 2013 г. са 63.2 млн.лв. и бележат намаление спрямо 2012 г., тъй като с голям относителният дял са били разходите за ваксини, чието финансиране през 2013 г. е осъществявано от НЗОК.
- През 2013 г. осигуряването и финансирането на ваксини и серуми, в изпълнение на Имунизационния календар на Р. България се осъществява от НЗОК.
- Силно влияние върху финансовата ситуация и стабилност на системата оказва прехвърлянето на реимбурсирането на всички лекарствени продукти (без ваксини и лечение на СПИН и туберкулоза) от бюджета на НЗОК.
- Общият размер на разходите по всички политики за 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 болни от тежки хронични и социално значими заболявания, е 12 463.7 хил.лв., в т.ч: (скъпоструващи медикаменти, радиоактивни продукти, биопродукти и медицински изделия за кръв и кръвни продукти)
- През 2013 г. МЗ продължи да финансира 9 национални програми.
- Отчетените приходи и трансфери през 2013 г. са с 3,4% .повече в сравнение с предходната 2012 г., съгласно бюджета на НЗОК.

- За 2013 г. размерът на здравноосигурителната вноска е в размер на 8%, като не се променя процентното съотношение за внасянето ѝ спрямо 2012 г. – запазва се съотношение 60:40, съответно за сметка на работодателя и работника.
- Общата сума на здравноосигурителните плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност, през 2013 г. са в размер на 21 865 хил. лв. Постъпленията от възстановени разходи за медицинска помощ, оказана на осигурени лица от други държави-членки, са в размер на 823 хил. лева, което намалява с 3,9% плащанията на НЗОК по параграфа.
- Задържането на общите разходи за здраве като % от БВП на фона на нарастващите здравни потребности в резултат на влошения здравно-демографски статус, висока задлъжнялост на болничните заведения и навлизането на нови и скъпоструващи технологии, ще окаже съществено влияние върху функционирането на системата.
- Наблюдава се увеличаване на броя на лекарите и специалистите по здравни грижи. Осигуреността на системата с човешки ресурси се доближава до средните европейски показатели на фона на прогресивно влошаване на възрастовата структура на медицинските специалисти и увеличаване на броя на медицинските специалисти, желаещи да търсят професионална реализация извън страната.
- И през 2013 г. продължават диспропорциите в осигуреността с медицински специалисти по области и региони, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ. Териториалното разпределение на специалистите по здравни грижи е по-балансирано.
- Възрастовата структура на медицинските специалисти остава неблагоприятна, като увеличаващата се средна възраст увеличава риска от дефицит при пенсиониране на поколенията.
- С цел защита интересите на специализантите и оптимизиране на процеса на обучение през 2013 г. са извършени редица нормативни промени, с които се регламентира конкретизирането на финансирането на обучението, увеличаване на правомощията на министъра за назначаване на „трета комисия“ за държавен изпит; възможности за финансиране чрез европейски средства. Направени са предложения за изменение на Наредба 34.
- Без съществени промени остава системата за продължаващо обучение в здравеопазването. Предвиждат се мерки за продължаващото обучение, като една от концепциите е да се въведе като задължителен, а не препоръчителен елемент в системата на здравеопазването.
- Разпределението на структурите от националната здравна мрежа продължава да е неравномерно с нарастващи териториални различия и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа до отделните видове медицинска помощ.
- Нарушено е взаимодействието и координацията между отделните сектори на системата – спешна помощ и първична извънболнична медицинска помощ, което нарушава интегритета на системата и намалява качеството и ефективността на медицинската помощ.
- В сектора на първичната медицинска помощ се наблюдава неравномерно териториално покритие с практики на общопрактикуващи лекари, особено в районите с влошена инфраструктура, трудностъпни и отдалечени населени места, въпреки увеличавания брой практики в тях. Намалява осигуреността на гражданите с ОПЛ средно за страната.

- Продължават да преобладават индивидуални практики за първична медицинска помощ като форма на организация на работа на общопрактикуващите лекари.
- Увеличен е броят на проведените от ОПЛ профилактични и диспансерни прегледи. Продължава да намалява броят на включените лица по програмите за майчино и детско здравеопазване.
- В сектора на специализираната извънболнична помощ се запазва тенденция за увеличаване броя на първичните и вторичните прегледи. Значително по-голямо е това увеличение в големите областни центрове, където има по-добра осигуреност със СИМП.
- Подобен е достъпът на населението до извънболнична медицинска помощ по обем в сравнение с 2012 г., която по-ефективно отговаря на обективните потребности от здравни услуги, но наличието на регулация в извънболничната помощ прави по-лесен достъпа на гражданите към болнична помощ.
- Най-често констатираните нарушения при извършените проверки в здравната служба са слабости в организацията и управлението на лечебния процес; нарушения, свързани с неизпълнение на изискванията на утвърдените медицински стандарти и нарушения, свързани с неспазване правата на пациентите, в т.ч. неспазване на принципа на своевременност, достатъчност и качество на медицинското обслужване.
- През 2013 г. структурата на системата за спешна медицинска помощ остава постоянна и включва 28 центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП), съответстващи на областите, съставляващи административното деление на страната, с разкрити към тях 198 филиала (ФСМП), осъществяващи дейността на територията на съответната административна област.
- Нараства обръщаемостта към системата за спешна медицинска помощ, поради затруднения в достъпа до извънболнична и болнична помощ, в т.ч. и поради нарушени здравноосигурителни права.
- Обемът на осъществяваната от ЦСМП дейност бележи леко увеличение, като половината от тази дейност 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.
- Най-висока е натовареността на 1 екип в ЦСМП-София град – 8,9 повиквания, Пловдив - 7,8 и Перник - 6,9 за реанимационните екипи.
- Осъществяваната от спешните отделения на болничните лечебни заведения спешна медицинска помощ се явява основен буфер в системата на здравеопазването, гарантиращ своевременен достъп до медицинска помощ. –
- През 2013 г. е разработена „Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България до 2020 г.“, с цел интензивно развитие на съществуващата извънболнична и болнична спешна медицинска помощ и постигане на равен достъп до качествена и навременна спешна медицинска помощ..
- Осигуреността на населението с болнични легла през 2013 г. нараства от 27.9 през 2012 г. до 30.6 на 100 души от населението, при запазена ниска осигуреност на населението с легла за дългосрочна грижа. Секторът на болничната медицинска помощ е в състояние да задоволи най-масовите потребности на населението от болнична помощ.
- Налице е обща осигуреност със структури, болнични легла (увеличаване и в частните болници) и медицински персонал, но е необходимо значително

вътрешно реструктуриране при ясно категоризиране и териториално разпределение на болничните заведения.

- Задържа се тенденцията за задлъжнялост на болничните лечебни заведения, особено при високотехнологичните, като се увеличават рисковете за закриване на тези в общините и отдалечените райони, поради завишени изисквания при сключването на договори.
- Честотата на хоспитализациите продължава да нараства, като използваемостта на леглата за сектора остава ниска.
- Над половината от общия болничен леглови фонд (53.1%) е концентриран в 7 области - София-град (20.0%); Пловдив (10.8%), Стара Загора (5.2%); Варна (4.9%), Пазарджик (4.3%), Бургас (4.2%), Плевен (3.7%).
- През 2013 г. са извършени общо 39 органни трансплантации (19 за 2012 г.), в т.ч. 28 бъбречни трансплантации (13 за 2012 г.), от тях 11 трансплантации на бъбрек от жив донор и 17 трансплантации на бъбрек от трупен донор; 4 сърдечни трансплантации (2 за 2012 г.); 7 чернодробни трансплантации (4 за 2012 г.), всичките на черен дроб от трупен донор. Трупните донори през 2013 г. са 11 болнични лечебни заведения при 2 за 2012 г.
- Дейностите по асистирана репродукция през 2013 г.бележат увеличаване - завършили с 1446 раждания на едно здраво дете, 546 раждания на близнаци и 12 раждания на повече от два плода
- Броят на одобрените заявления за подпомагане лечението на деца през 2013 г. е увеличен, без да се увеличават съществено изразходваните.
- Делът на безвъзмездните кръводарявания от близки на болни спрямо общия брой безвъзмездни кръводарявания е 80.80%.
- Наблюдава се леко намаляване на броя на редовните (платени кръводарявания).

6. ПРИЛОЖЕНИЕ

Списък на обнародваните в „Държавен вестник“ през 2013 г. нормативни актове на министъра на здравеопазването, нормативни актове, издадени съвместно с други министри и нормативни актове, на които министърът на здравеопазването е вносител в Министерския съвет.

1. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 353 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2012 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА МЕТОДИКИ ЗА ОСТОЙНОСТЯВАНЕ И ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ПО ЧЛ. 55, АЛ. 2, Т. 2 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ
2. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 3 ОТ 2012 Г. ЗА РЕДА НА ПРЕДПИСВАНЕ, ОТПУСКАНЕ И КОНТРОЛ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И ДЕНТАЛНА ПОМОЩ НА ВЕТЕРАНИТЕ ОТ ВОЙНИТЕ
3. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 5 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2013 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА ОБЕМИТЕ И ЦЕНИТЕ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ПО ЧЛ. 55, АЛ. 2, Т. 2 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ ЗА 2013 Г.
4. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 8 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2013 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО И ДЕЙНОСТТА НА ВОЕННОМЕДИЦИНСКАТА АКАДЕМИЯ
5. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 5 ОТ 2008 Г. ЗА УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОТО НА ВОДИТЕ ЗА КЪПАНЕ
6. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 12 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2013 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НОРМАТИВНИ АКТОВЕ НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ
7. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 15 ОТ 2006 Г. ЗА ЗДРАВНИТЕ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЛИЦАТА, РАБОТЕЩИ В ДЕТСКИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СПЕЦИАЛИЗИРАНИТЕ ИНСТИТУЦИИ ЗА ДЕЦА И ВЪЗРАСТНИ, ВОДОСНАБДИТЕЛНИТЕ ОБЕКТИ, ПРЕДПРИЯТИЯТА, КОИТО ПРОИЗВЕЖДАТ ИЛИ ТЪРГУВАТ С ХРАНИ, БРЪСНАРСКИТЕ, ФРИЗЬОРСКИТЕ И КОЗМЕТИЧНИТЕ САЛОНИ
8. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 12 ОТ 2011 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ГРАЖДАНИ В ЧУЖБИНА ПО ЧЛ. 82, АЛ. 1, Т. 8 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО
9. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 18 ОТ 2007 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА РАЗПРЕДЕЛЯНЕ НА ХРАНИ ОТ ИНТЕРВЕНЦИОННИ ЗАПАСИ ЗА НАЙ-НУЖДАЕЩИ СЕ ЛИЦА
10. НАРЕДБА № 1 ОТ 2013 Г. ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКА ИНФОРМАЦИЯ И НА ИНФОРМАЦИЯ ЗА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ
11. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 34 ОТ 2006 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
12. НАРЕДБА ЗА ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 10 ОТ 2011 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ЛЕЧЕНИЕ С НЕРАЗРЕШЕНИ ЗА УПОТРЕБА В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ, КАКТО И ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ВКЛЮЧВАНЕ, ПРОМЕНИ, ИЗКЛЮЧВАНЕ И ДОСТАВКА НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ОТ СПИСЪКА ПО ЧЛ. 266А, АЛ. 2 ОТ ЗАКОНА ЗА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ В ХУМАННАТА МЕДИЦИНА
13. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 7 ОТ 2003 Г. ЗА НОРМИ ЗА ДОПУСТИМИ ЕМИСИИ НА ЛЕТЛИВИ ОРГАНИЧНИ СЪЕДИНЕНИЯ,

ИЗПУСКАНИ В ОКОЛНАТА СРЕДА, ГЛАВНО В АТМОСФЕРНИЯ ВЪЗДУХ В РЕЗУЛТАТ НА УПОТРЕБАТА НА РАЗТВОРИТЕЛИ В ОПРЕДЕЛЕНИ ИНСТАЛАЦИИ

14. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 7 ОТ 1999 Г. ЗА МИНИМАЛНИТЕ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНИ И БЕЗОПАСНИ УСЛОВИЯ НА ТРУД НА РАБОТНИТЕ МЕСТА И ПРИ ИЗПОЛЗВАНЕ НА РАБОТНОТО ОБОРУДВАНЕ

15. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 63 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 8.03.2013 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБАТА ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ПУСКАНЕ НА ПАЗАРА НА БИОЦИДИ, ПРИЕТА С ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 336 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2007 Г.

16. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 14 ОТ 2008 Г. ЗА РЕДА ЗА ИЗДАВАНЕ НА ЗДРАВЕН СЕРТИФИКАТ ЗА ИЗНОС НА ПРОДУКТИ И СТОКИ СЪС ЗНАЧЕНИЕ ЗА ЗДРАВЕТО НА ЧОВЕКА

17. НАРЕДБА № 2 ОТ 2013 Г. ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНО ХРАНЕНЕ НА ДЕЦАТА НА ВЪЗРАСТ ОТ 0 ДО 3 ГОДИНИ В ДЕТСКИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ И ДЕТСКИТЕ КУХНИ

18. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 1 ОТ 2007 Г. ЗА ПРОУЧВАНЕ, ПОЛЗВАНЕ И ОПАЗВАНЕ НА ПОДЗЕМНИТЕ ВОДИ

19. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 38 ОТ 2004 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СПИСЪКА НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА, ЗА ЧИЕТО ДОМАШНО ЛЕЧЕНИЕ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА ЗАПЛАЩА ЛЕКАРСТВА, МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ И ДИЕТИЧНИ ХРАНИ ЗА СПЕЦИАЛНИ МЕДИЦИНСКИ ЦЕЛИ НАПЪЛНО ИЛИ ЧАСТИЧНО

20. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 74 НА МС ОТ 21.03.2013 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА УСТРОЙСТВЕН ПРАВИЛНИК НА НАЦИОНАЛНИЯ СЪВЕТ ПО ЦЕНИ И РЕИМБУРСИРАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ И НА НЕГОВАТА АДМИНИСТРАЦИЯ

21. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 40 ОТ 2004 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ОСНОВНИЯ ПАКЕТ ОТ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, ГАРАНТИРАН ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК

23. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 14 ОТ 2004 Г. ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ КРИТЕРИИ И РЕДА НА УСТАНОВЯВАНЕ НА СМЪРТ

22. НАРЕДБА ЗА ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 39 ОТ 2004 Г. ЗА ПРОФИЛАКТИЧНИТЕ ПРЕГЛЕДИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯТА

23. ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА УСТРОЙСТВЕНИЯ ПРАВИЛНИК НА РЕГИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ ИНСПЕКЦИИ

24. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 15 ОТ 2009 Г. ЗА УСЛОВИЯТА ЗА ИЗДАВАНЕ НА РАЗРЕШЕНИЕ ЗА ПРОИЗВОДСТВО/ВНОС И ПРИНЦИПИТЕ И ИЗИСКВАНИЯТА ЗА ДОБРА ПРОИЗВОДСВЕНА ПРАКТИКА НА ВСИЧКИ ВИДОВЕ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ, НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ЗА КЛИНИЧНО ИЗПИТВАНЕ И НА АКТИВНИ ВЕЩЕСТВА

25. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 21 ОТ 2000 Г. ЗА ИЗИСКВАНИЯТА КЪМ ДОКУМЕНТАЦИЯТА И ОТЧЕТНОСТТА ПРИ ИЗВЪРШВАНЕ НА ДЕЙНОСТИ С НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА И ТЕХНИТЕ ПРЕПАРАТИ

26. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 97 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2013 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА НАРЕДБА ЗА УСЛОВИЯТА, ПРАВИЛАТА И РЕДА ЗА РЕГУЛИРАНЕ И РЕГИСТРИРАНЕ НА ЦЕНИТЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ

27. НАРЕДБА № 3 ОТ 2013 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕТО НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ ПО ПРЕВЕНЦИЯ И КОНТРОЛ НА ВЪТРЕБОЛНИЧНИТЕ ИНФЕКЦИИ

28. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 112 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2013 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБАТА ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ЛИКВИДАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ПО ЧЛ. 5, АЛ. 1 ОТ ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ
29. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 15 ОТ 2005 Г. ЗА ИМУНИЗАЦИИТЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
30. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 29 ОТ 2007 Г. ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИТЕ И ЗА ОТНОСИТЕЛНИЯ ДЯЛ НА СРЕДСТВАТА ЗА ТРУД ЗА ДЕЙНОСТИ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИЯ, ФИНАНСИРАНИ ОТ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
31. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 149 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 12 ЮЛИ 2013 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА УСТРОЙСТВЕН ПРАВИЛНИК НА МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
32. ЗАКОН ЗА РАТИФИЦИРАНЕ НА СПОРАЗУМЕНИЕТО ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА СПОРАЗУМЕНИЕТО ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА БЕЗВЪЗМЕЗДНА ПОМОЩ ПО ПРОГРАМА "УКРЕПВАНЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ПРОГРАМА ПО ТУБЕРКУЛОЗА В БЪЛГАРИЯ" МЕЖДУ ГЛОБАЛНИЯ ФОНД ЗА БОРБА СРЕЩУ СПИН, ТУБЕРКУЛОЗА И МАЛАРИЯ И МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
33. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 156 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2013 Г. ЗА ЗАКРИВАНЕ НА ДОМА ЗА МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА – КЮСТЕНДИЛ
36. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 15 ОТ 2002 Г. ЗА ИЗИСКВАНИЯТА КЪМ ИЗПОЛЗВАНЕ НА АРОМАТИЗАНТИ В ХРАНИТЕ
37. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 2 ОТ 2008 Г. ЗА МАТЕРИАЛИТЕ И ПРЕДМЕТИТЕ ОТ ПЛАСТМАСИ, ПРЕДНАЗНАЧЕНИ ЗА КОНТАКТ С ХРАНИ
38. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 34 ОТ 2006 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
39. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 47 ОТ 2010 Г. ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА, ДЕЙНОСТТА И УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА НАЦИОНАЛНИТЕ И РЕПУБЛИКАНСКИТЕ КОНСУЛТАНТИ
40. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 174 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2013 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБАТА ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА СЪСТАВЯНЕ НА СПИСЪК НА МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ ПО ЧЛ. 30А ОТ ЗАКОНА ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ И ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СТОЙНОСТТА, ДО КОЯТО ТЕ СЕ ЗАПЛАЩАТ
41. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 4 ОТ 2009 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ПРЕДПИСВАНЕ И ОТПУСКАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ
42. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 203 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 12.09.2013 Г. ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ДОПЪЛНИТЕЛНИ СРЕДСТВА ПО БЮДЖЕТА НА МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ЗА 2013 Г. ЗА НУЖДИТЕ НА ЦЕНТЪР "ФОНД ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕЦА"
43. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 21 ОТ 2000 Г. ЗА ИЗИСКВАНИЯТА КЪМ ДОКУМЕНТАЦИЯТА И ОТЧЕТНОСТТА ПРИ ИЗВЪРШВАНЕ НА ДЕЙНОСТИ С НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА И ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ, СЪДЪРЖАЩИ НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА

44. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 17 ОТ 2008 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И КОНТРОЛ НА ВНАСЯНИТЕ ПАРАЗИТНИ БОЛЕСТИ
45. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 253 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2013 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБАТА ЗА РЕДА ЗА КЛАСИФИЦИРАНЕ НА РАСТЕНИЯТА И ВЕЩЕСТВАТА КАТО НАРКОТИЧНИ, ПРИЕТА С ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 293 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2011 Г.
46. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 257 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2013 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБАТА ЗА ИЗИСКВАНИЯТА КЪМ НАПИТКИТЕ ОТ ПЛОДОВЕ
47. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 20 ОТ 2001 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА, ПРИ КОИТО ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ, СЪДЪРЖАЩИ НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА, МОГАТ ДА БЪДАТ ОСВОБОДЕНИ ОТ НЯКОИ МЕРКИ ЗА КОНТРОЛ
48. ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 270 НА МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ ОТ 2013 Г. ЗА ОДОБРЯВАНЕ НА ДОПЪЛНИТЕЛНИ БЮДЖЕТНИ СРЕДСТВА ПО БЮДЖЕТА НА ОБЩИНА ДЕВИН ЗА 2013 Г.
49. ЗАКОН ЗА БЮДЖЕТА НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА ЗА 2014 Г.
50. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 15 ОТ 2006 Г. ЗА ЗДРАВНИТЕ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЛИЦАТА, РАБОТЕЩИ В ДЕТСКИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СПЕЦИАЛИЗИРАНИТЕ ИНСТИТУЦИИ ЗА ДЕЦА И ВЪЗРАСТНИ, ВОДОСНАБДИТЕЛНИТЕ ОБЕКТИ, ПРЕДПРИЯТИЯТА, КОИТО ПРОИЗВЕЖДАТ ИЛИ ТЪРГУВАТ С ХРАНИ, БРЪСНАРСКИТЕ, ФРИЗЬОРСКИТЕ И КОЗМЕТИЧНИТЕ САЛОНИ (Обн. ДВ, бр. 14 от 2013 г.)
51. НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 40 ОТ 2004 Г. ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ОСНОВНИЯ ПАКЕТ ОТ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, ГАРАНТИРАН ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК (Обн., ДВ, бр. 111 от 2013 г.)