

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	3
1. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ.....	5
1.1. Брой и структура на населението.....	5
1.2. Естествен и механичен прираст на населението	6
1.3. Вътрешна и външна миграция	6
1.4. Раждаемост.....	6
1.5. Смъртност	7
1.6. Детска смъртност.....	9
1.7. Средна продължителност на живота	10
1.8. Заболяемост и болестност	11
1.9. Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане	25
1.10. Оценка на здравното състояние на децата и учениците	27
1.11. Психично здраве	34
1.12. Сексуално и репродуктивно здраве	35
2. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА.....	38
2.1. Структура и организация	38
2.2. Нормативна база	39
2.3. Финансиране	47
2.3.1. Финансиране на здравни дейности от държавния бюджет	47
2.3.2. Финансиране чрез бюджета на Националната здравноосигурителна каса.....	53
2.4. Човешки ресурси	75
2.5. Лечебни заведения.....	79
2.5.1. Първична извънболнична медицинска помощ	79
2.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ.....	83
2.5.3. Извънболнична дентална помощ	92
2.5.4. Специализирана извънболнична дентална помощ (СИДП).....	93
2.5.5. Болнична медицинска помощ	94
2.5.6. Лечебни заведения за лечение на пациенти с опиева зависимост и програми за психосоциална рехабилитация	131
2.5.7. Спешна медицинска помощ	134
2.5.8. Качество и ефективност на медицинската помощ и безопасност на пациента.....	134
2.6. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика	136
3. ДЕЙНОСТИ ПО ОПАЗВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ	165
3.1. Рискови фактори.....	165
3.1.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда (социални детерминанти на здравето)	165
3.1.2. Рискови фактори, свързани с околната и трудовата среда.....	179

3.1.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот	217
3.2. Държавен здравен контрол	232
3.3. Програми, проекти и планове в областта на общественото здраве	236
3.4. Изпълнение на имунизационния календар	244
4. ВЛИЯНИЕ НА ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19 ВЪРХУ ЗДРАВЕТО И ЗДРАВНОТО ОБСЛУЖВАНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО	247
4.1. Анализ на смъртността	247
4.2. Анализ на дейността на центрoвете за спешна медицинска помощ (ЦСМП) ...	249
4.3. Анализ на дейността на първичната извънболнична помощ	251
4.4. Анализ на дейността на специализираната извънболнична помощ	252
4.5. Анализ на дейността на лабораториите в страната	256
4.6. Анализ на дейността на болничната помощ	259
4.7. Анализ и оценка на прилаганите общи противоепидемични мерки	261
5. ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПРОЕКТИ, ФИНАНСИРАНИ С ЕВРОПЕЙСКИ ФОНДОВЕ И ДРУГИ МЕЖДУНАРОДНИ ФИНАНСОВИ ИЗТОЧНИЦИ	264
6. ОЦЕНКА ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ	268
7. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ	317
ПРИЛОЖЕНИЯ	330

ВЪВЕДЕНИЕ

Правото на здраве е неприкосновено човешко право, изискващо на всеки човек да бъдат създадени условия да бъде толкова здрав, колкото е възможно. Гарантирането на правото на здраве е свързано със спазването на стандартите и принципите на човешките права – универсалност, справедливост, равнопоставеност, право на участие при вземане на решения, недискриминация.

Основна функция на държавата е опазването и възстановяването на здравето и повишаване качеството на живот на всеки неин гражданин. Доброто здраве на населението облагодетелства всички сектори и цялото общество, с което се превръща в ценен ресурс. То е основна предпоставка за икономическо и социално развитие и е от жизнено важно значение за всеки човек, семейство и общност. Равният достъп до обучение, достоен труд, жилище и доходи е в помощ на здравето. От своя страна здравето допринася за увеличаване на производителността, за по-висока ефективност на работната сила, за здравословно остаряване и следователно за по-малко разходи за обезщетения по болест и социални разходи, и оттам за по-малко загубени лични и обществени ползи.

Здравната система носи отговорност за определяне на здравните цели и планове за подобряване на здравето, за оценяване на въздействието на политиките от други сектори върху здравето, за изпълнението на висококачествени и ефикасни медицински дейности, за осигуряване на основните функции на общественото здраве. Върху нейната ефективност допълнително външни въздействия оказват социално-икономическото развитие на страната, ресурсната осигуреност, нормативната база и други.

2020 година беше година на сериозни изпитания за здравните системи по целия свят, предизвикани от пандемията от COVID-19. Проблемите в България са сходни с тези в другите страни – нито една здравна система не беше подготвена за реакция при подобна пандемия. Основен проблем се оказа и недостигът на медицински персонал – лекари, медицински сестри, санитарии, като много от тях бяха заразени, а някои загубиха битката с болестта. Липсваше ясно комуникиран единен протокол за действие и към професионалистите, и към гражданите.

2020 година показа и някои положителни страни – сътрудничество между лаборатории, учени, фармацевти и регулаторни органи, които придвижиха одобрението на ваксини срещу COVID-19.

Настоящият годишен доклад е свързан със задължението на министъра на здравеопазването всяка година да представя данни за състоянието на здравето на гражданите в страната и за изпълнението на Националната здравна стратегия. В него се анализира здравното състояние на населението през 2020 г., достигнатите нива на показателите, характеризиращи това състояние, както и извършените дейности и разходваните средства за постигане на изпълнението на основните цели и задачи в областта на здравеопазването. Структурата на доклада по традиция следва утвърдена схема, като в началото е направено описание на демографското и здравно състояние на населението в страната. Анализирани са и поведенчески фактори като тютюнопушене, вредна консумация на алкохол, непълноценно хранене, недостатъчна физическа активност, нездравословни условия на труд и почивка. Тези фактори са в пряка връзка с развитието на хроничните заболявания, които са основна причина за смъртност и ниско качество на живот в нашата страна и в Европа. Представени са и факторите на жизнената среда – физико-химични и социално-икономически детерминанти, които имат непосредствено влияние върху здравното благополучие на населението. В доклада е описано функционирането на здравната система, структурата, функциите, финансирането, нормативната база, лекарствената политика и нейните възможности за задоволяване на здравните потребности на населението и намаляване на неравенствата, свързани със здравето. Съществена част от доклада включва описание на основните дейности по опазване на общественото здраве, организирани от държавата. Анализирани са влиянието на европейските политики и са оценени рисковете в сравнителен план с предходните години.

Във връзка с възникналата епидемия от COVID-19 през 2020 г., на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА) беше възложено да изготви „Аналитичен доклад за

дейностите свързани със здравното обслужване на населението в отговор на пандемията от Covid-19, за периода 01 март 2020 г. – 31 май 2021 г.“. В него е направен опит да се изследват причините за високата обща смъртност, която заедно със смъртността от COVID-19 постави на изпитание цялата здравна система и даде повод за сериозна загриженост за това как се управлява пандемията в страната и какви изводи могат да бъдат направени за в бъдеще. Части от доклада са представени в глава 4 от настоящия документ. Във връзка с изтичане срока на действие на Националната здравна стратегия 2020 е направена и окончателна оценка на изпълнението ѝ.

В заключението са представени основните изводи и възможни подходи при решаването на някои от възникналите проблеми, отбелязани в анализа.

Изнесените факти в доклада са подкрепени с официални статистически национални и международни данни (НСИ, НЦОЗА, НЗОК, база данни на СЗО, Евростат), официални документи, отчети на отделни институции, предоставени данни от Министерство на здравеопазването и отделни експерти.

1. ДЕМОГРАФСКО И ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ

Настоящата демографска ситуация в България е резултат от продължителното въздействие 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 страната.

Демографските процеси в България се характеризират с трайна тенденция за 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.

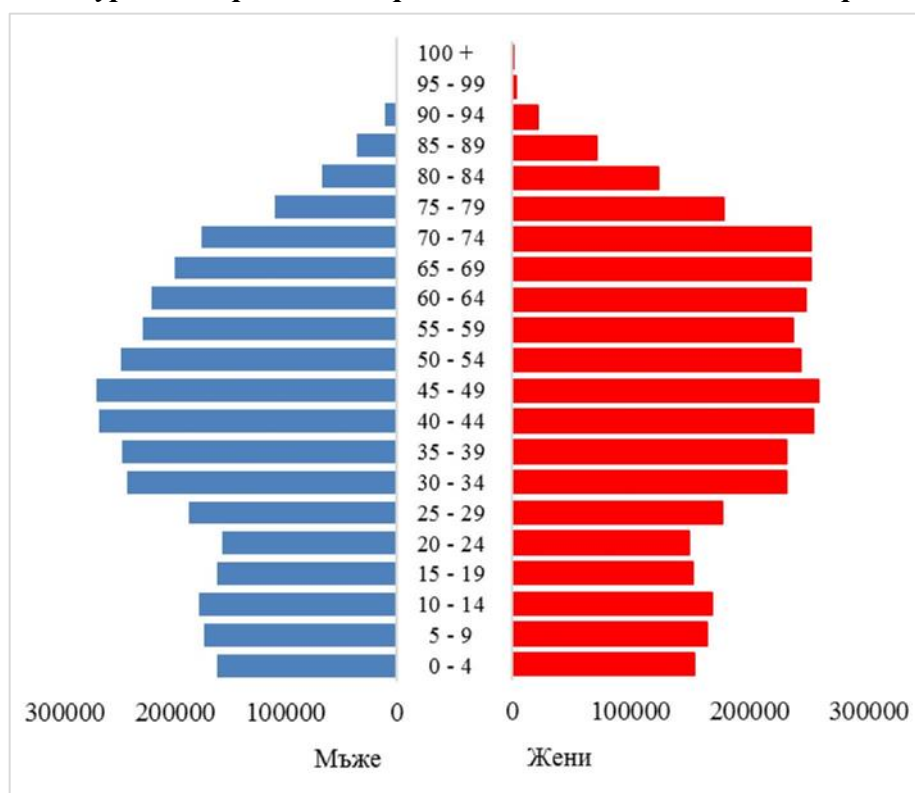
1.1. Брой и структура на населението

Към 31.12.2020 г. населението в България е 6 916 548 души, като в сравнение с предходната година то е намаляло с 34 934 души (0.5%). Жените са 3 566 833 (51.6%) а мъжете – 3 349 715 (48.4%) като във възрастите до 54 години преобладават мъжете, а с нарастване на възрастта се увеличава броят и относителният дял на жените. (Фигура 1).

В градовете живеят 5 043 186 души (72.9%), което е приблизително 3/4 от населението на страната, а в селата – 1 873 362 души (27.1%). За пръв път от 10 години се наблюдава намаляване на дела на живеещите в градовете за сметка на увеличаване на този в селата, но неблагоприятното разпределение се запазва и продължава да е сериозен проблем за икономическото развитие, държавното и регионално управление.

Продължава процесът на демографско остаряване на населението, характеризиращ се със запазване на дела на децата 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

През последните години относителният дял на населението до 15-годишна възраст запазва почти едно и също ниво и за 2020 г. е 14.4% от общия брой на населението, като продължава да бъде по-нисък от същия за ЕС (15.1%). Паралелно с това, нараства относителният дял

на лицата над 65-годишна възраст, който през 2020 г. достига 21.8% при 21.6% за предходната година. В сравнение със средния показател за Европейския съюз (20.6%), той остава, макар и незначително, по-висок¹. В 26 области на страната населението на 65 и повече години е повече от 1/5 от населението на областта.

Неблагоприятна тенденция показва и коефициентът на демографско заместване, който измерва съотношението между броя на влизащите в трудоспособна възраст и броя на излизащите от трудоспособна възраст. Към 31.12.2020 г. това съотношение на национално ниво е 67 т.е. 100 лица излизащи от трудоспособна възраст се заместват от 67 лица, влизащи в трудоспособна възраст.

Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура е изключително важен и значим, тъй като това ще определя възпроизводството на населението и на работната сила в бъдеще.

1.2. Естествен и механичен прираст на населението

От 1990 г. България има отрицателен естествен прираст, който през 2020 г. възлиза на -9.5‰, в резултат на което населението на страната е намаляло с 65 649 души, спрямо предходната 2019 г. През 2020 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст.

Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) е 30 715 души, като увеличението е в резултат на външна миграция.

1.3. Вътрешна и външна миграция

През 2020 г. преселванията между отделните населени места в страната са били най-често по направление „град-село“ (48.4%), следвано от направлението „град-град“ (29.9%) и „село-град“ (15.3%). Общо в преселванията са участвали 197 242 души.

Броят на променилите настоящия си адрес от страната в чужбина през 2020 г. е 6 649. Най-голяма е групата на лицата на възраст 20–39 години – 36.1%.

Броят на лицата, които са сменили своето местоживееене от чужбина в България е 37 364 души. От пристигналите да живеят в България, 34.2% са лица във възрастова група 20–39 години.

1.4. Раждаемост

Броят на родените през 2020 г. е 59 440. Живородените деца са 59 086 (99.4%), а мъртвородените – 354 (0.6%)². Броят на живородените деца намалява с 2 452 в сравнение с предходната година. В градовете живородените са 43 829 (с 2162 по-малко от предходната година), а в селата – 15 257 (с 290 по-малко от 2019 г.).

Коефициентът на общата раждаемост е 8.5‰ (8.8‰ за 2019 г.), като остава по-нисък от този за ЕС (9.1‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Запазва се относително висок броят на живородените от майки на възраст до 20 г. – 5 970 през 2020 г. Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15-годишна възраст и на 15-19 години.

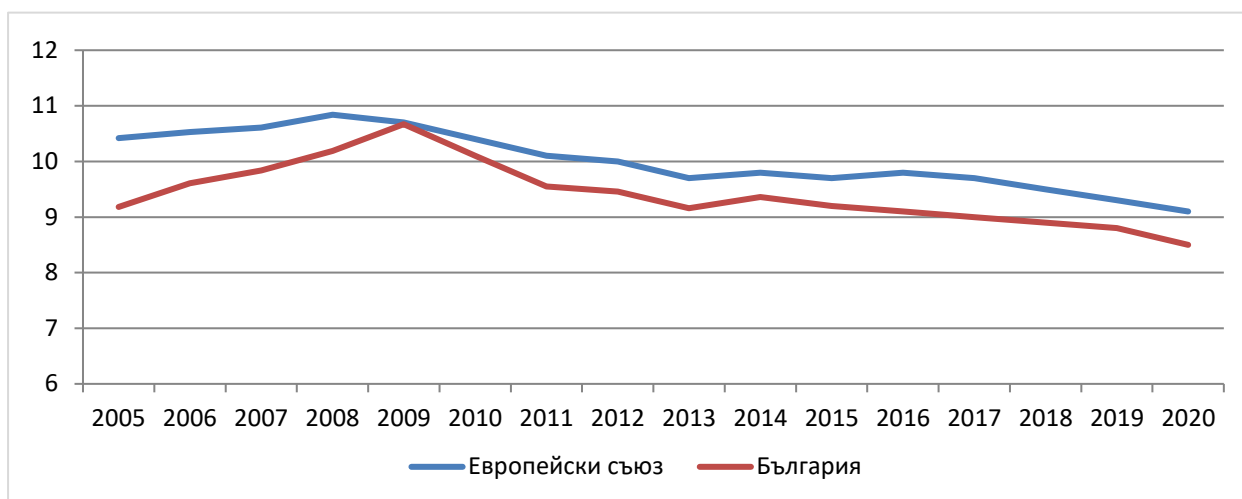
Тоталният коефициент на плодовитост (среден брой живородени деца, които една жена би родила през целия си детероден период) измерва плодовитостта на родилните контингенти. Най-ниската стойност на тоталния коефициент на плодовитост е регистрирана през 1997 г. – 1.12. Следва увеличение до 1.56 през 2020 г., стойност близка до средната за ЕС – 1.53.

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 дете.

¹ Евростат

² НСИ

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



Източник: НСИ, Евростат

В териториален аспект съществуващите и в предходните години различия се запазват. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (11.7‰), София (столица) (9.9‰), Ямбол (9.4‰) и Пловдив (9.1‰), а най-ниска в областите Видин (5.8‰), Габрово (5.9‰) и Смолян (6.1‰).

През 2020 г. броят на извънбрачните раждания съставляват 59.7% от всички раждания в страната, като бележат леко нарастване в сравнение с предходната година (58.5%).

Влияние върху данните за раждаемостта оказват и проблемите, свързани с безплодието, както и абортите.

През последните десетилетия съществува изразена тенденция за намаляване броя на абортите (1990 г. – 144 644 аборта; 2000 г. – 61 378 аборта). През 2020 г. при 59 440 раждания, броят на абортите е 19 328. На 1 000 жени на възраст 15-49 години се падат 41 раждания и 13 аборта. Най-голям е броят и дялът на абортите във възрастовата група 30-34 г. – 4 879 (25,2%) и 25-29 години – 4 515 (23,4%). На лица до 15-годишна възраст са извършени 103 аборта (0,5%), а от 15 до 19-годишна възраст – 1 550 (8,0%).

Абсолютният брой и относителният дял на абортите по вид показват, че от всички извършени аборти 2 406 са по медицински показания (12,4%), 5 872 са спонтанни (30,4%), по желание – 11 045 (57,1%).

1.5. Смъртност

Високото ниво на общата смъртността в България е продължение на започналата преди 50 години трайна тенденция на нарастване на този показател. През 2020 г. се наблюдава значително нарастване на броят на умрелите лица – 124 735, а коефициентът на смъртност – 18,0‰ (15,5‰ за 2019 г.). Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС (11,6‰). Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (19,6‰), отколкото при жените (16,4‰) и в селата (24,2‰), отколкото в градовете (15,7‰).

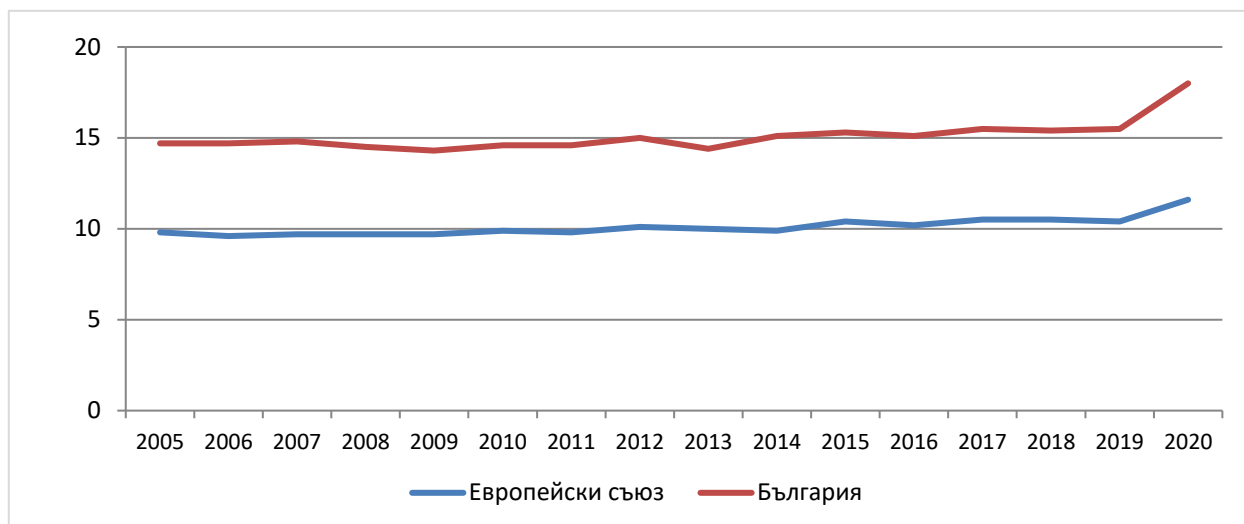
Запазват се и териториалните различия по области. Най-високо е нивото на общата смъртност в областите Видин (27,7‰), Монтана (25,5‰) и Кюстендил и Габрово (24,0‰), а най-ниска в София (столица) (13,4‰), Кърджали (14,4‰) и Варна (14,7‰).

Към съществуващите основни причини за високата смъртност през 2020 г. се отчита и смъртността от COVID 19, която отне живота на 8 554 души в България.

Показателят на *преждевременната смъртност* (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиралията) се запазва на същото ниво и през 2020 г. е 20,5%. При мъжете (26,6%) преждевременната смъртност е почти 2 пъти по-висока от тази при жените (13,7%).

Според последните представени данни на Евростат за 2018 г., България остава страна с най-висок стандартизиран коефициент за обща смъртност (1 588.58‰) сред страните от ЕС (Фигура 3). В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (998.1‰).

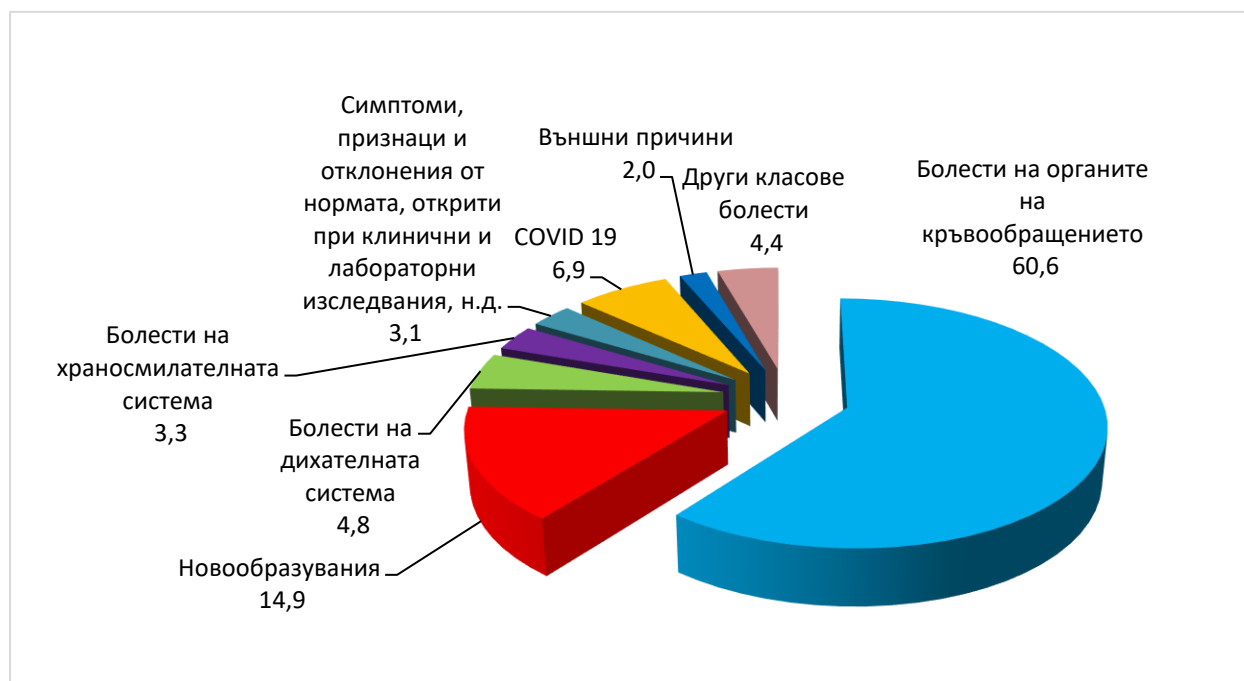
Фигура 3. Обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население)



Източник: НСИ, Евростат – май 2021г

Наблюдаваната през последните години структурата на смъртността по причини се променя през 2020 г., като COVID-19 заема трета позиция като причина за смърт (6.9%) след болестите на органите на кръвообращението (60.6%) и новообразуванията (14.9%).

Фигура 4. Структура на умираанията по причини в България през 2020 г.



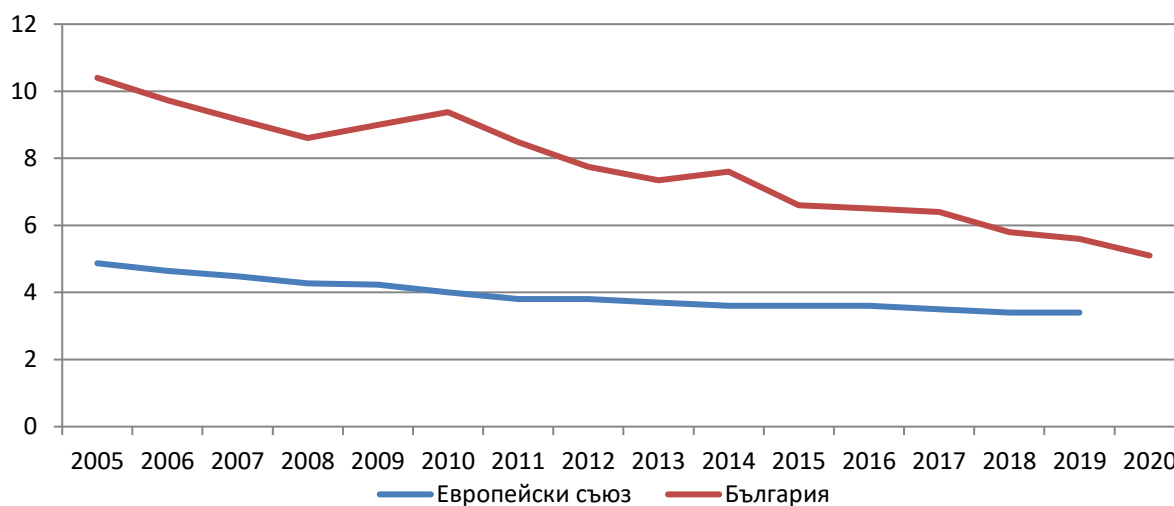
Източник: НЦОЗА

1.6. Детска смъртност

През 2020 г. в страната са умрели 301 деца на възраст до 1 г. (342 за 2019 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 5.6‰ през 2019 г. на 5.1‰ през 2020 г. (Фигура 5). тези данни показват ярко изразената тенденция от последните години към снижаване на детската смъртност, но тя все още е по-висока от средната за ЕС (3.4‰). 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 8.0‰ и 4.7‰).

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



Източник: НСИ, Евростат

Перинаталната детска смъртност тази година задържа нивото си от 2019 г. (7.8) и е 7.9 на 1 000 родени деца, при средния показател за ЕС (6.2‰).

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва ежегодна тенденция за намаляване и през 2020 г. достига 2.8‰ като се доближава до средната стойност в ЕС на този показател (2.5‰).

Постнеонаталната детска смъртност също показва тенденция на намаляване и през 2020 г. достига 2.3 на 1 000 живородени без умрелите до 28-ия ден. Средната стойност за ЕС е 1.1‰ – над 2 пъти по-ниска от тази за България.

Показателят за **мъртвораждаемостта** се увеличава спрямо предходната година от 5.6 на 6.0‰.

Майчината смъртност (умрели жени по причини от класа „Бременност, раждане и послеродов период“, отнесени на 100 000 живородени) през 2020 г. е 6.8‰, при 0 за 2019 г. и 6.4‰ за 2018 г.

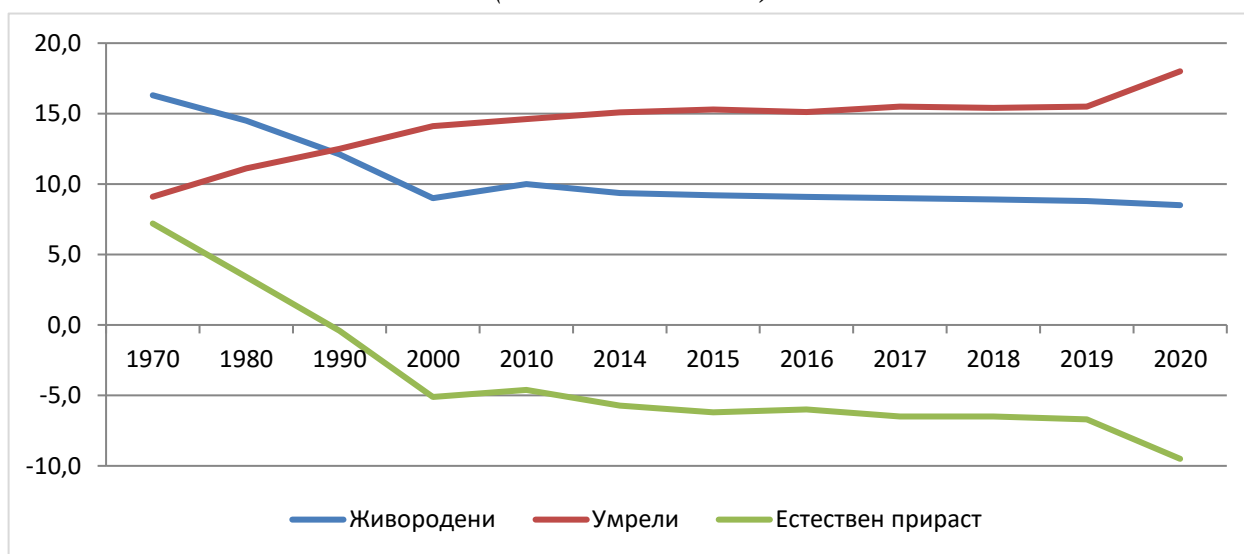
Анализът на **умиранията при децата до 1-годишна възраст по причини** показва, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период – 137 (45.5%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 57 (18.9%), болести на дихателната система (13.6%) и болести на органите на кръвообращението (6.3%). Тези 4 класа обуславят 84.3% от всички умирания на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиранията до 1 година по пол.

Недоносеносени деца – През 2020 г. броят на недоносените живи новородени е 5 375, което представлява 9.7% от живородените. Недоносените мъртвородени са 254, което представлява 73.0% от мъртвородените.

Развитието на методите и възможностите за асистирана репродукция в страната през последните години все повече оказва влияние върху този показател. Средногодишният брой на реализираните раждания след прилагане на методите за асистираната репродукция за 2019

г. се е повишил с 30% спрямо 2018 г. и достига 1 112 раждания, при които са родени 1 387 деца.

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

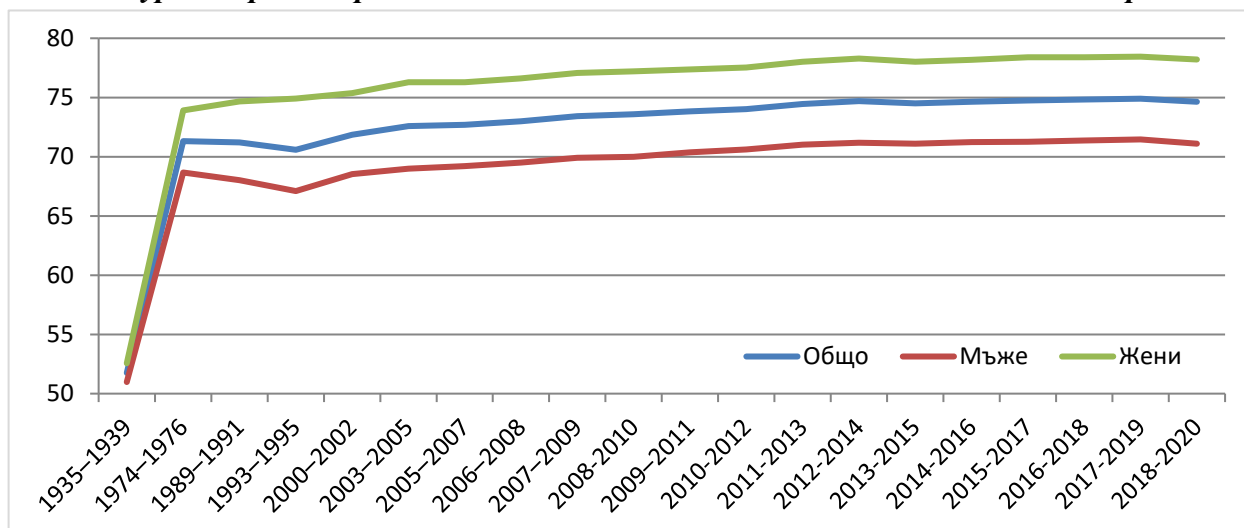


Източник: НСИ

1.7. Средна продължителност на живота

Средната продължителност на живота у нас през периода 2018-2020 г. намалява до 74.64 години. Показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените – съответно 71.11 и 78.22 години (Фигура 7). Очакваната средна продължителност на живота в България е по-ниска от тази в Европейския съюз (81.3 години).

Фигура 7. Средна продължителност на живота на населението в България



Източник: НСИ

1.8. Заболяемост и болестност

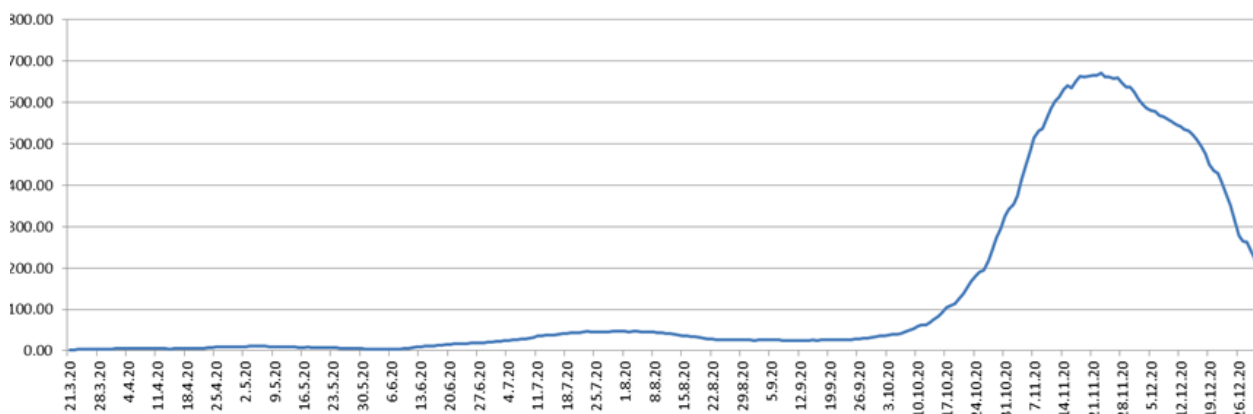
■ Заразни болести

През 2020 г. светът бе обхванат от пандемично разпространение на нов коронавирус SARS-CoV-2, предизвикващ заболяването COVID-19. Общият брой на заболелите в света за 2020 г. е 83 558 756 случая, от които с летален изход са 1 813 188. Тази драматична загуба на човешки живот в световен мащаб и огромният брой болни представляват безпрецедентно предизвикателство за здравните системи, социалния и икономически живот. Първият случай с COVID-19 е регистриран в България на 08.03.2020 г.

Инфекция причинена от нов коронавирус SARS-COV-2 (COVID-19)

Към 31.12. 2020 г. в страната са регистрирани 201 220 случая, от които с летален изход – 7 515 (заболяемост 2 894,64‰, смъртност 108,11‰). Заболяемостта бавно нараства през лятото, когато се отбелязва първата, по-ниска епидемична вълна (юли-август), задържа се през септември и нараства от началото на ноември (втора вълна), като бележи връх през последната седмица на ноември (Фигура 8). Епидемията обхваща цялата страна. С най-висока годишна заболяемост са областите София (столица) (4 010,11‰), Габрово (3 854,67‰), Кюстендил (3 845,53‰), Русе (3 438,42‰), Благоевград (3 411,37‰), Варна (3 263,56‰), Перник (3 142,88‰).

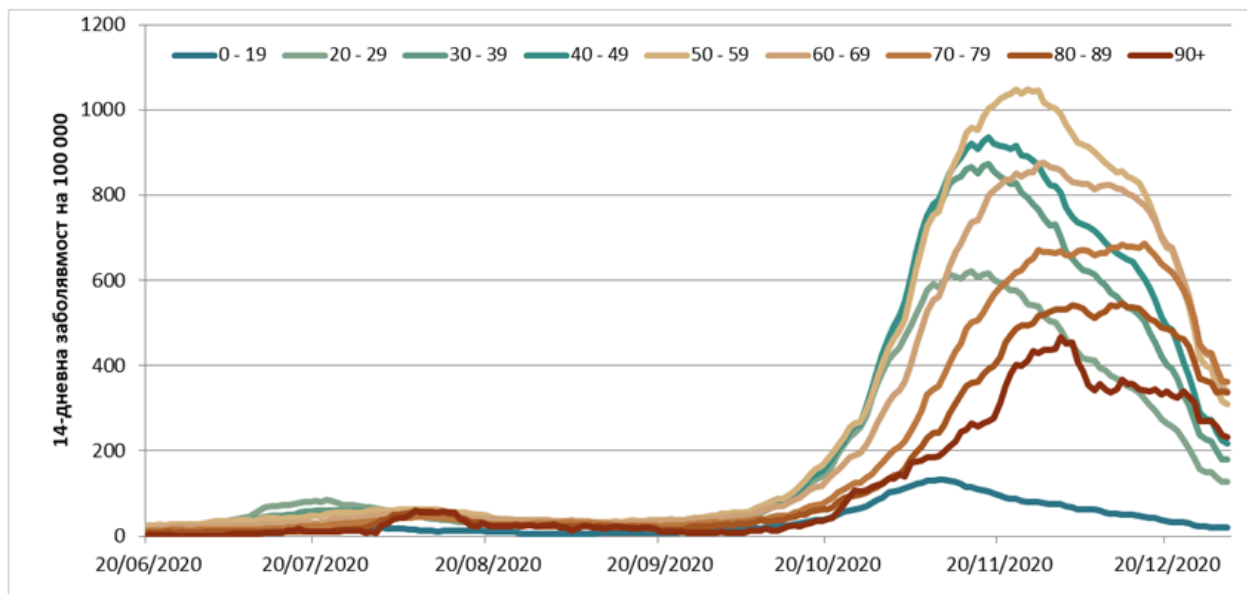
Фигура 8. 14-дневна заболяемост от COVID-19 на 100 000 души население, България, до 31.12.2020 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2020 г.

Заболяванията са регистрирани във всички възрастови групи. Заболяемостта е най-висока във възрастовите групи 50-59 г. (4 338,05‰), 40-49 г. (3 733,55‰), 60-69 г. (3 723,07‰) (Фигура 9).

Фигура 9. 14-дневна заболяемост от COVID-19 на 100 000 души население по възрастови групи, България, 20.06-31.12.2020 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2020 г.

Няма разлика в разпределението на заболелите по пол: 49% мъже и 51% жени, като регистрираната заболяемост е малко по-висока при мъжете (2 935,2‰), отколкото при жените (2 820,4‰).

Средният леталитет за страната е 3,73%, като в десет области той е около и по-нисък от средния за страната, а в други се наблюдава по-висок леталитет: Смолян (9,20%), Видин (8,51%), Разград (7,75%), Търговище (7,37%), Ловеч (6,84%), Монтана (6,69%). Леталитетът е функция на различни фактори от страна на индивида, микроорганизма и здравната система, например възрастовото разпределение на случаите, наличие на придружаващи заболявания, индивидуално поведение, промяна на свойствата на микроорганизмите в резултат на мутации, търсене и достъп до медицинска помощ, осигуреност и натовареност на здравната система, професионално поведение и други, като причините за областните разлики в леталитета следва да се анализират и преодоляват на местно ниво. На моменти здравната система беше претоварена и не можеше да осигури адекватно лечение за всички нуждаещи се, част от които не успяха да се преборят с болестта. Основните причини за високата смъртност и леталитет у нас в сравнение с други европейски страни са лошото здравословно състояние на населението, ниската средна продължителност на живота, наличие на множество хронични заболявания при възрастните и недостатъчно финансиране и недостатъчно ефективна здравна инфраструктура.

Възникнаха епидемични взривове в колективи предимно от затворен тип (домове за стари хора, домове за лица с умствени увреждания, центрове за настаняване от семеен тип, домове за лица с физически увреждания, работнически колективи, администрация, лечебни заведения и други). Боледувалите са потребители и персонал, пациенти и медицински персонал, работници, служители и др.

За постигане на контрол от пандемията от COVID-19 у нас бе създадена организация основана на препоръките на СЗО и ECDC - сформирани бе Национален оперативен щаб, въведени са и се изпълняват различни противоепидемични и нефармацевтични мерки, създадох се условия за диагностика, откриване и изолация на болни и карантинирани на контактни, въведоха се алгоритми за диагностика, изолация, лечение, започна активна работа за риск-комуникация, реструктурират се лечебни заведения за осигуряване на достъп, доставят се апарати за неинвазивна и инвазивна белодробна вентилация, кислород, лекарствени средства, ваксини, диагностикуми. Пандемията от COVID-19 продължава да оказва неблагоприятно влияние върху всички аспекти на живота ни и въпреки полаганите усилия общественото здраве остава проблем.

От другите заразни болести, които са обект на постоянен епидемиологичен надзор през 2020 г. в България са регистрирани общо 22 261 случая на остри заразни заболявания (без COVID-19, грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), заболяемост 320,23‰. Отчита се значителен спад в броя на случаите спрямо предходните три години (2019 г. – 54 397 сл., заболяемост 777,10‰; 2018 г. – 48 092 сл., заболяемост 682,15‰; 2017 г. – 52 393 сл., заболяемост 737,74‰) – Таблица 1.

Табл. 1. Заболяемост, смъртност и леталитет от остри инфекциозни болести* в България през 2001-2020 г.

Година	Брой заболели	Заболеваемост на 100 000	Брой умрели	Смъртност на 100 000	Леталитет (%)
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
2014	50 800	701,11	77	1,06	0,15
2015	54 471	756,31	71	0,99	0,13
2016	61 283	856,65	82	1,15	0,13
2017	52 393	737,74	93	1,31	0,18
2018	48 092	682,15	90	1,28	0,19
2019	54 397	777,10	87	1,24	0,16
2020	22 261	320,23	52	0,75	0,23

* Без COVID-19, грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2020 г.

Значителният спад в броя на случаите спрямо предходните три години е в резултат и на комплексното въздействие на прилаганите нефармацевтични мерки и други фактори действали в хода на пандемията от COVID-19 до края на същата година.

В структурата на инфекциозната заболяемост през 2020 г. с най-висок относителен дял са случаите на варицела (55,10%) и случаите на гастроентерити и ентероколити (22,99%), но и те са значително по-малко в сравнение с предходни години – Таблица 2, Фигура 10 и 11.

През годината са регистрирани 52 смъртни случая, смъртност 0,75‰ (2019 г. 87 смъртни случая, смъртност 1,24‰; 2018 г. – 90 смъртни случая, смъртност 1,28‰; 2017 г. – 93 смъртни случая, смъртност 1,31‰). Леталитетът от ОЗБ през 2020 г. е 0,23% (2019 г. – 0,16%; 2018 г. – 0,19%; 2017 г. – 0,18%). Основна причина за летален изход от ОЗБ са невроинфекциите (менингит и менингоенцефалит) – общо 21 починали, с относителен дял 40,38% от всички смъртни случаи и гастроентеритите – 18 починали (34,61%) – Таблица 2.

**Таблица 2. Заболяемост, смъртност и леталитет от остри заразни болести*
в България през 2020 г.**

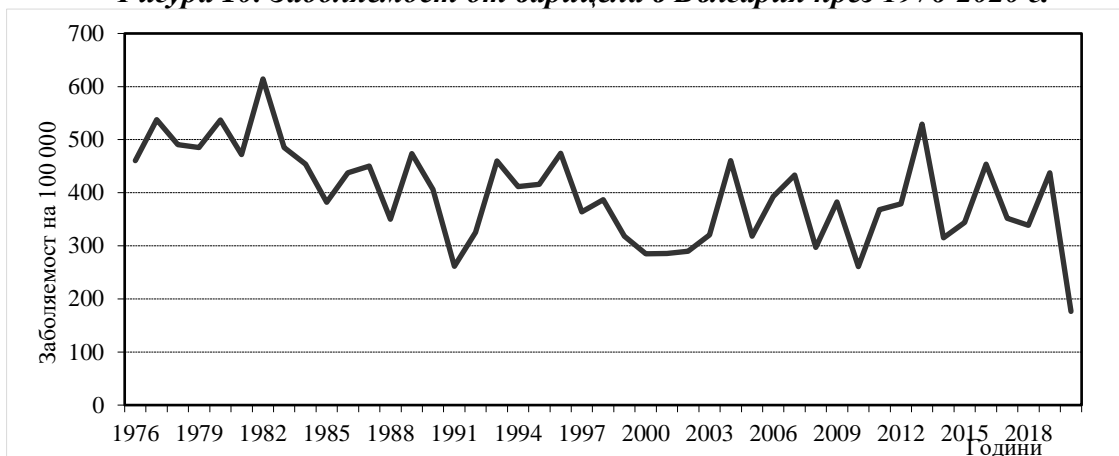
№	Нозологични единици	Заболели (брой)	Заболе- мост на 100 000	Отн. дял	Умрели (брой)	Смърт- ност на 100 000	Летали- тет%
1	Антракс	0	0	0	0	0	0
2	БММЕ хемофилус ин- флуенце	0	0	0	0	0	0
3	БММЕ пневмококов**	11	0,16	0,05	3	0,04	27,27
4	БММЕ стрептококов**	1	0,01	0	0	0	0
5	БММЕ други	28	0,4	0,13	9	0,13	32,14
6	Ботулизъм	0	0	0	0	0	0
7	Бруцелоза	1	0,01	0	0	0	0
8	Бяс	0	0	0	0	0	0
9	Вариант на болестта на Кройцфелд-Якоб	0	0	0	0	0	0
10	Вариола	0	0	0	0	0	0
11	Варицела	12266	176,45	55,1	0	0	0
12	Вирусни менингити и менингоенцефалити	69	0,99	0,31	9	0,13	13,04
13	ВХТ Кримска-Конго хеморагична треска	1	0,01	0	0	0	0
14	ВХТ Хеморагична треска с бъбречен син- дром	1	0,01	0	0	0	0
15	Вирусен хепатит тип А	1300	18,7	5,84	3	0,04	0,23
16	Вирусен хепатит тип В	121	1,74	0,54	3	0,04	2,48
17	Вирусен хепатит тип С	44	0,63	0,2	0	0	0
18	Вирусен хепатит тип D, остър	1	0,01	0	0	0	0
19	Вирусен хепатит тип E, остър	88	1,27	0,4	0	0	0
20	Вирусен хепатит неоп- ределен, остър	110	1,58	0,49	0	0	0
21	Гастроентерит, ентеро- колит	5117	73,61	22,99	18	0,26	0,35
22	Дизентерия (шигелоза)	47	0,68	0,21	0	0	0
23	Дифтерия	0	0	0	0	0	0
24	Епидемичен паротит	13	0,19	0,06	0	0	0
25	Жълта треска	0	0	0	0	0	0
26	Западнонилска треска	1	0,01	0	1	0,01	100
27	Инвазивна инфекция, пневмококова	0	0	0	0	0	0
28	Инвазивна инфекция, Хемофилус инфлуенце	0	0	0	0	0	0
29	Йерсиниоза	5	0,07	0,02	0	0	0
30	Кампилобактериоза	127	1,83	0,57	0	0	0
31	Коклюш	27	0,39	0,12	0	0	0

32	Колиентерити (ешери-хиози)	198	4,29	1,34	0	0	0
33	Инфекция, предизвикана от E-Coli, продуциращи токсин	0	0	0	0	0	0
	Shiga/Vero токсини						
34	Кореман тиф/Паратиф	0	0	0	0	0	0
35	Ку-треска	107	1,54	0,48	0	0	0
36	Кърлежов енцефалит	2	0,03	0,01	0	0	0
37	Лаймска борелиоза	160	2,3	0,72	0	0	0
38	Лаймска невроборелиоза	0	0	0	0	0	0
39	Легионерска болест	5	0,07	0,02	0	0	0
40	Лептоспирози	1	0,01	0,02	0	0	0
41	Листерия	4	0,06	0,37	2	0,03	50
42	Марсилска треска	83	1,19	0,37	1	0,01	1,2
43	Менингококова инфекция (менингококов менингит и сепсис)	4	0,06	0,02	0	0	0
44	Морбили	257	3,7	1,15	2	0,03	0,78
45	Орнитоза	0	0	0	0	0	0
46	Петнист тиф	0	0	0	0	0	0
47	Полиомиелит	0	0	0	0	0	0
48	Остри вяли парализи	180	2,59	0,81	0	0	0
49	Птичи грип А/Н5 или А/Н5N1 при хора	0	0	0	0	0	0
50	Ротавирусен гастроентерит	441	6,34	1,98	0	0	0
51	Рубеола	0	0	0	0	0	0
52	Вродена рубеола	0	0	0	0	0	0
53	Салмонелоза	323	4,65	1,45	0	0	0
54	Скарлатина	1014	14,59	4,56	0	0	0
55	Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	0	0	0	0	0	0
56	Тетанус	1	0,01	0	1	0,01	100
57	Туларемия	2	0,03	0,01	0	0	0
58	Холера	0	0	0	0	0	0
59	Чума	0	0	0	0	0	0
ОБЩО		22261	320,23	100,37	52	0,75	0,23

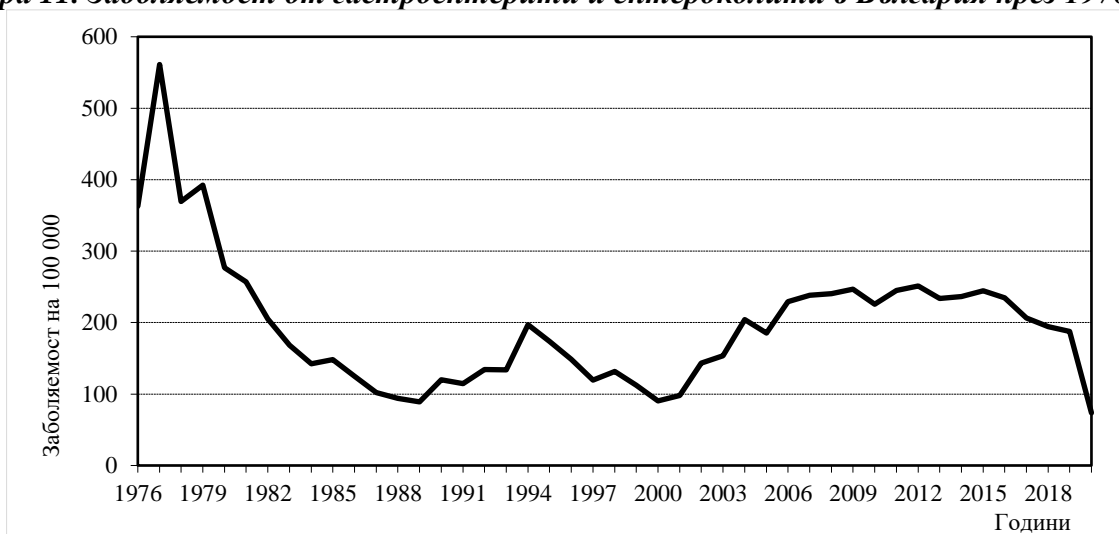
* Без COVID-19, грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции.

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2020 г.

Фигура 10. Заболяемост от варицела в България през 1976-2020 г.



Фигура 11. Заболяемост от гастроентерити и ентероколити в България през 1976-2020 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2020 г.

Грип и остри респираторни заболявания (ОРЗ)

Анализът на заболяемостта от грип и ОРЗ през 2020 г. е направен въз основа на данните от Информационната система за сентинелен надзор на грип и ОРЗ и резултатите от лабораторния надзор върху циркулацията на грипните вируси в посочения период. Средногодишният брой на наблюдаваното население и заболяемостта по възрастови групи са представени в Таблица 3.

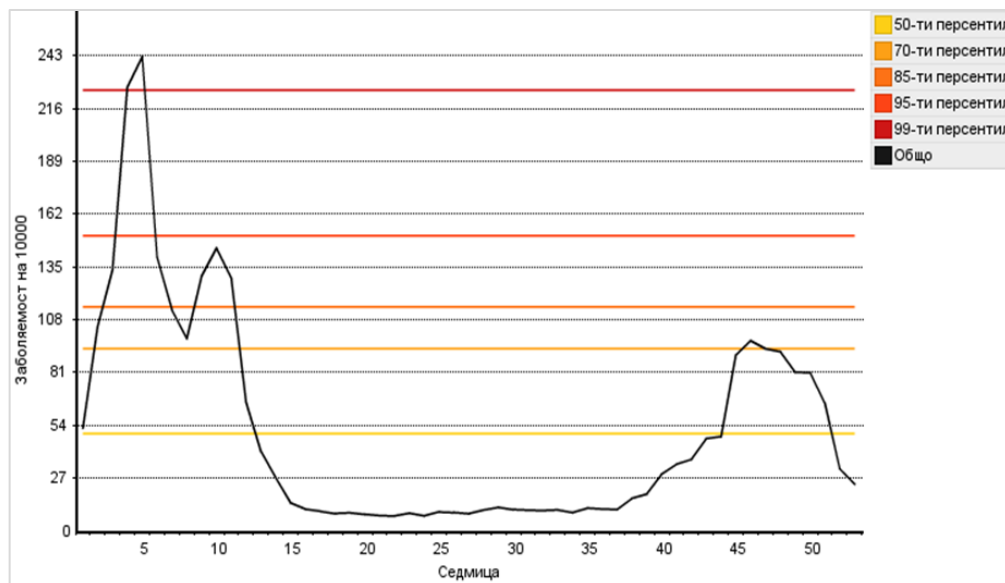
Таблица 3. Заболяемост от грип и ОРЗ по възрастови групи през 2020 г.

Възрастови групи (години)	Средногодишен брой на наблюдаваното население	Брой регистрирани случаи	Заболяемост на 10 000
0-4	18 514	19 637	10 606,57
5-14	37 075	27 174	7 329,47
15-29	60 779	19 305	3 176,26
30-64	193 794	31 592	1 630,18
65+	70 049	6 904	985,60
Общо	380 211	104 612	2 751,42

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2020 г.

През 2020 г. са регистрирани общо 104 612 заболявания от грип и ОРЗ и заболяемост 2 751,42 на 10 000 души от наблюдаваното население. Грипната епидемия започна след новогодишните празници. Заболяемостта започна да се покачва през 3-та седмица, а през 4-та и 5-та седмици достигна епидемични стойности с връх от 9 231 заболели и 242,69 на 10 000 средна седмична заболяемост. Епидемията продължи 9 седмици (от средата на януари до средата на м. март 2020 г.) и се характеризираше с умерена интензивност (оценката на интензивността на епидемичния процес е направена на основата на перцентилите). През есента и зимата заболяемостта от грип и ОРЗ беше значително под обичайните за сезона граници и в периода след 44 седмица до края на годината е между 23,99 (седмица 53) и 97,44 (седмица 46) на 10 000 от наблюдаваното население. (Фигура 12)

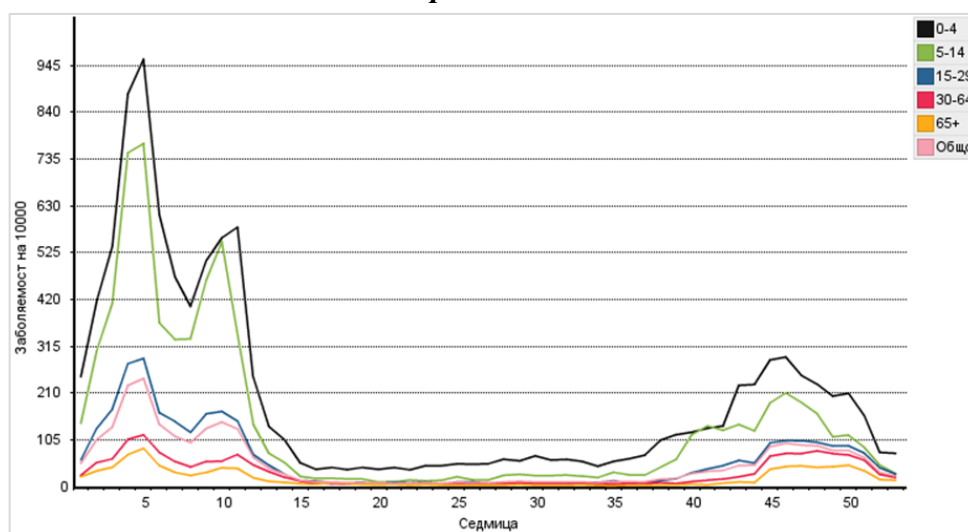
Фигура 12. Интензивност на епидемията от грип и ОРЗ в България през 2020 г



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2020 г.

Както през предходните години, така и през 2020 г. заболяемостта от грип и ОРЗ е най-висока при малките деца от 0 до 4 години, следвани от възрастовата група на 5-14 годишните (Фигура 13).

Фигура 13. Седмична заболяемост от грип и ОРЗ в България по възрастови групи през 2020 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразните болести през 2020 г.

През 2020 г. в НРЛ „Грип и ОРЗ“ с Real Time RT-PCR са изследвани общо 1 717 проби на болни и контактни лица. Получени са общо 143 положителни резултата за пандемичен вирус А(Н1N1), 307 за грипен вирус А(Н3N2) и 110 за грипен вирус В/Victoria. Изследвани са 126 деца във възрастовата група 0-5 години за грип и наличие на други респираторни вируси. Получени са общо 9 положителни резултата за пандемичен вирус А(Н1N1), 17 за грипен вирус А(Н3N2), 6 за грипен вирус В/Victoria, 19 за други респираторни вируси.

Ваксинапредотвратими заболявания

През 2020 г. не са регистрирани заболявания от дифтерия, полиомиелит, рубеола, вродена рубеола и *Haemophilus influenzae b* (Hib) менингит. (Таблица 4)

Таблица 4. Брой заболели от ваксинапредотвратими инфекции през 2015-2020 г.

Ваксинапредотвратими инфекции	Брой заболели през периода					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Дифтерия	0	0	0	0	0	0
Тетанус	0	4	0	1	0	1
Коклюш	35	98	116	114	70	27
Полиомиелит	0	0	0	0	0	0
Морбили	0	1	165	13	1231	257
Паротит	18	19	15	27	50	13
Рубеола	5	2	0	1	0	0
Хепатит Б	263	219	249	215	198	121
Str. Pneumoniae менингит	31	35	34	25	34	1
Hib менингит	4	3	2	1	3	0

Източник: НЦЗПБ, Анализ на изпълнението на дейностите по имунопрофилактиката в България през 2020 г.

Съобщени са 27 заболели от коклюш, от които 11 са неимунизирани, непълно имунизирани (с по-малко от 3 приема ваксина) са 3, а за 5 случая не са намерени данни за проведена имунизация. Регистрираните случаи при имунизирани деца са 8.

Започналата през 2019 г. епидемия от морбили продължи до м. май 2020 г. От началото на 2020 г. са регистрирани общо 257 случая от 8 области в страната. 39,7% от заболелите не са имунизирани срещу морбили, а 31% са с неизвестен / неизяснен имунизационен статус.

Заболелите от епидемичен паротит са 13 и са над три пъти по-малко в сравнение с предходната година. В детска възраст са регистрирани 8 заболели.

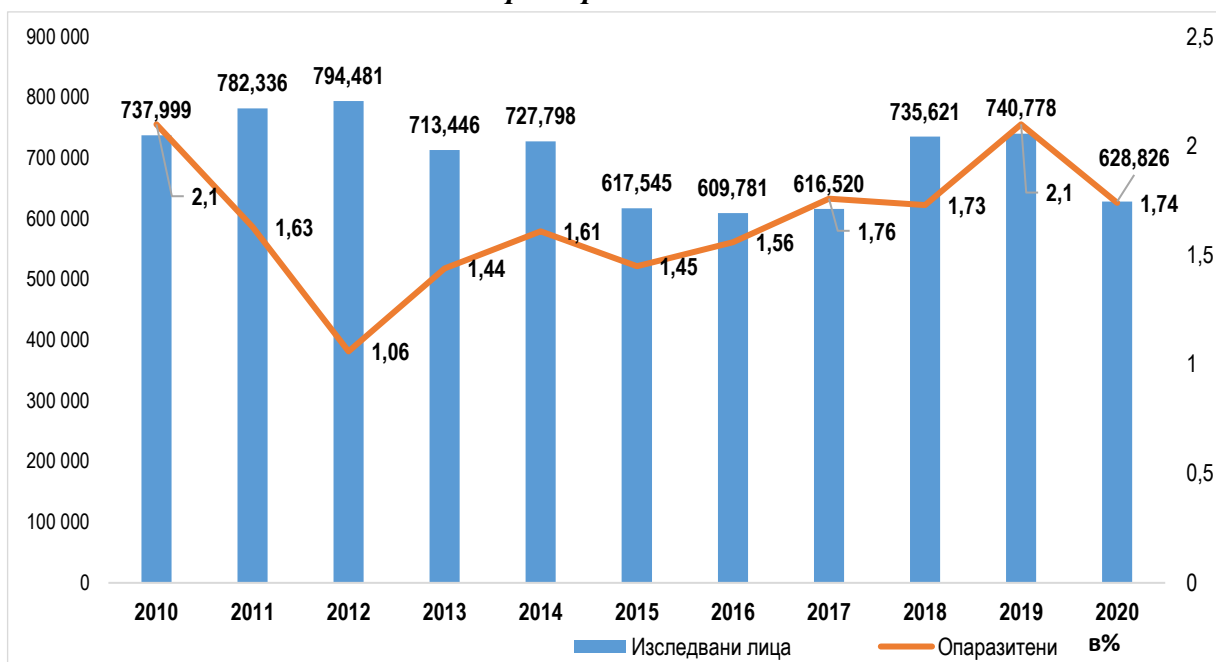
През 2020 г. броят на регистрираните случаи на вирусен хепатит Б (121 случая, заболяемост 1,74‰) е най-нисък за предшестващия петгодишен период. С най-високи стойности е заболяемостта във възрастовите групи 30-34 г. (3,36‰), 0 г. (3,26‰) и 55-59 г. (3,17‰). Регистрирани са 9 случая на вирусен хепатит Б във възрастта от 0 до 19 години.

Регистрирани са 11 случая на пневмококов бактериален менингит, от които 1 е при дете на възраст под една година.

■ Състояние на паразитозите в страната

През 2020 г. за паразитни болести са изследвани общо 628 826 лица, от които 10 820 (1.74%) са диагностицирани с положителен резултат за различни паразитни патогени (Фигура 14).

Фигура 14. Общ брой изследвани лица и средна опаразитеност (в%) на населението в България през 2010-2020 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2020 г.

Паразитните заболявания с най-важно медико-социално значение в България са **ехинококозата** и **трихинелозата**. През 2020 г. поради извънредната епидемична обстановка, свързана с COVID-19, регистрираните първични случаи на ехинококоза, както и трихинелозните взривове бяха редуцирани в значителна степен.

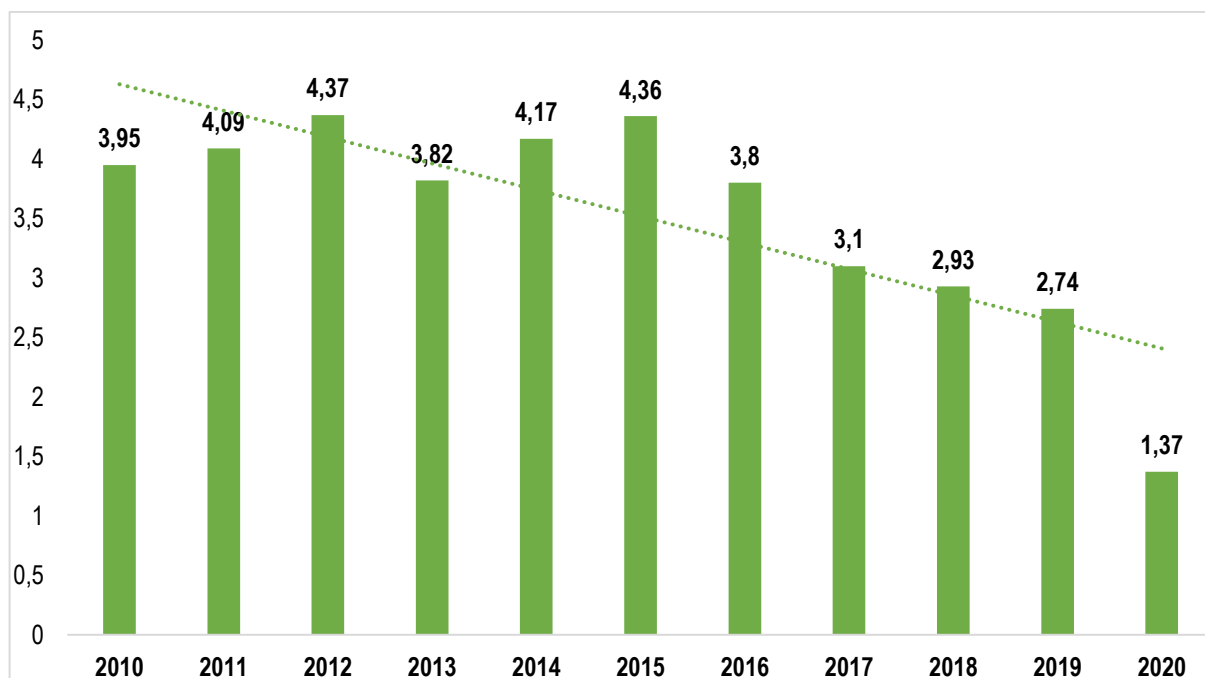
Ехинококоза. През 2020 г. официално са регистрирани 95 лица с кистна ехинококоза, от които 86 (90.5%) с първична и 9 (9.5%) с постоперативни рецидиви. От болелите, 45 (47.4%) лица са от мъжки пол и 50 (52.6%) от женски. Средната заболяемост от ехинококоза за страната през годината е 1.37‰ (2.74‰ през 2019 г.) (Фигура 15). Най-засегнатите възрастови групи за първи път от последните няколко години са децата от 5-9 г. – 11.6% (11 случая) и 10-14 г. – 10.5% (10 случая). При лицата над 19 г., най-много заболели се откриват в младата и активна възраст между 30 и 50 години – 31 (32.6%).

По данни на НСИ през 2020 г. с диагноза кистна ехинококоза са починали трима заболели лица (по МКБ 10 ревизия – В67.3, В67.7 и В67.9).

Органната локализация на ехинококовите кисти е както следва: с чернодробна локализация – 66.3%, с белодробна – 27.4%, с множествена ехинококоза или друга локализация – 6.3%.

Териториалното разпределение на случаите и заболяемостта са неравномерни и варират в широки граници. През 2020 г. най-висока е заболяемостта в областите Сливен – 7.60‰ и Кърджали – 5.05‰. В областите Велико Търново, Видин, Габрово, Русе и Перник няма нито един регистриран случай с ехинококоза за 2020 г.

Фигура 15. Заболяемост от кистна ехинококоза сред населението в България за 2010-2020 г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2020 г.

Трихинелоза. През 2020 г. са регистрирани 2 епидемични взрива с 10 заболели лица, от които един взрив в София (столица) в периода февруари-март с шест заболели лица и един в с. Рупите, общ. Петрич с четири клинично проявени случая. И при двата взрива източниците са месо и месни продукти от домашно прасе. Съобщени са и 3 спорадични случая – по един в областите Враца, Кърджали и Пловдив, като при тях източникът е дива свиня. Общият брой на заболелите е 13, от които 6 мъже и 7 жени. Заболяемостта от трихинелоза през годината е 0.18‰.

За геохелминтозите аскаридоза и трихоцефалоза са изследвани 505 889 лица като с аскаридоза са диагностицирани 446 лица (заболяемост 6.4‰) и 34 – с трихоцефалоза (заболяемост 0.49‰). Най-много случаи на аскаридоза са регистрирани в областите Кърджали, Благоевград и Габрово, а на трихоцефалоза в регионите на Ямбол, Варна и Сливен. При децата от 0 до 9 г. са регистрирани 318 случая на аскаридоза или 71% от общия брой.

Контактни паразитози. За най-масовата паразитоза – **ентеробиоза** са изследвани общо 286 447 лица, като средната екстензия за страната е 1.54% (1.66% за 2019 г.). С изследвания за тази паразитоза са обхванати 71251 (163 879 – 2019 г.) деца от различни видове детски заведения с установен екстензитет от 2.76% (2.36% за 2019 г.). Анализът на данните показва, че по отношение на ентеробиозата опаразитеността при децата продължава да нараства и през 2020 г., въпреки значително по-малкият брой изследвани в сравнение с предходната година.

Гиардиаза (Ламблиоза) – заболяемост 7.19% при изследвани общо 303 575 лица. Повисока опаразитеност отчитат областите Ямбол, Бургас, Сливен и Шумен. С изследвания са обхванати 42 703 деца от различни видове детски заведения и при тях установеният екстензитет е 0.37%.

Хименолепидоза – заболяемост 1.12‰ при изследвани 292 361 лица. Най-много случаи са регистрирани в областите Ямбол – 44, Сливен – 20 и София (столица) – 8.

Опортюнистични паразитози

Токсоплазмоза. С изследвания за тази паразитоза по клинични показания е обхванат контингент от 9 521 лица, като положителен резултат в серологичните изследвания е получен

при 1 464 от тях. Средната серопозитивност за страната е 15.37%. С вродена токсоплазма са установени 5 бебета до 1 годишна възраст (4 момичета и 1 момче).

Висцерална лайшманиоза. През 2020 г. е регистриран един местен случаи на висцерална лайшманиоза, при дете на 8 г. от гр. София.

Криптоспоридиоза. Изследвани са 19 лица с 2 положителни, екстензитет – 10.5%.

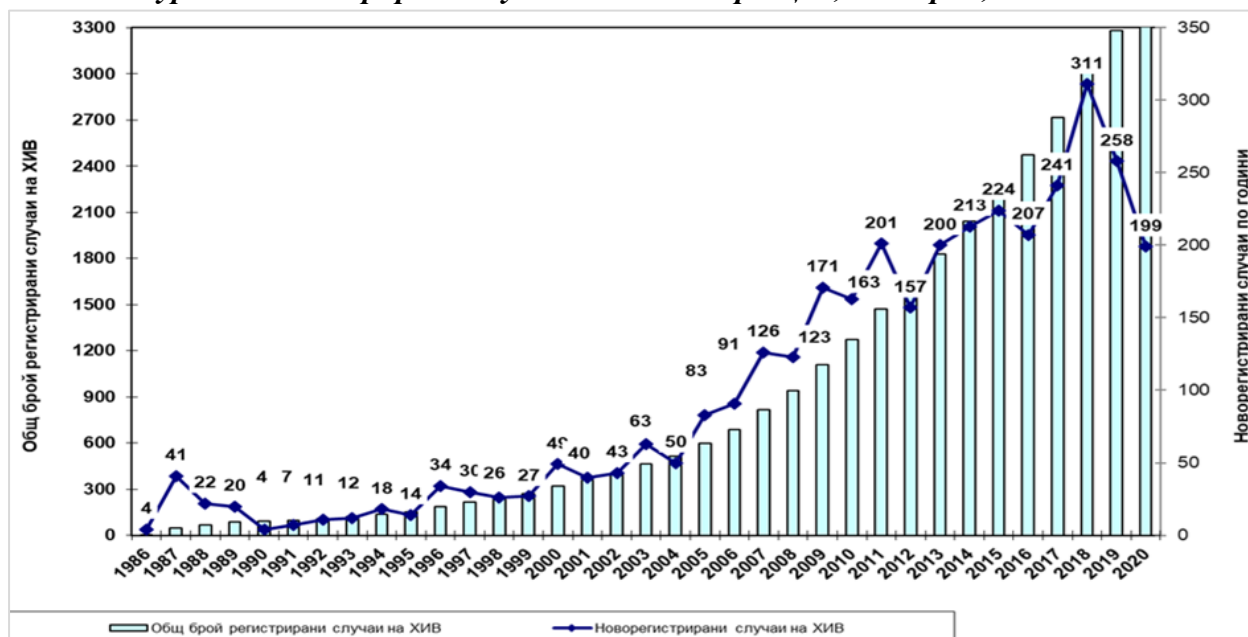
Внасяни паразитози. Общо през 2020 г. са изследвани 2271 лица. От тях български граждани са 36 и 2235 са чужденци. Опаразитяване е установено при 85 (3.74%) – 81 чужди и 4 български граждани.

Малария. Изследвани са общо 1 609 лица, от които 36 българи и 1 573 чужди граждани. През 2020 г. са регистрирани 5 случая на внесена тропическа малария причинена от *P. falciparum*, като 4 от болелите са български граждани, а един е студент от Нигерия. През отчетната година няма починали от тропическа малария.

■ ХИВ инфекция

По данни на Министерството на здравеопазването към 31.12.2020 г. в България са регистрирани общо 3 483 лица с ХИВ инфекция, През 2020 г. броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е 199 (Фигура 16) – 168 (84%) са мъже и 31 (16%) жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2020 г. са 43. При 7% от случаите със СПИН, диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

Фигура 16. Регистрирани случаи на ХИВ инфекция, България, 1986-2020 г.



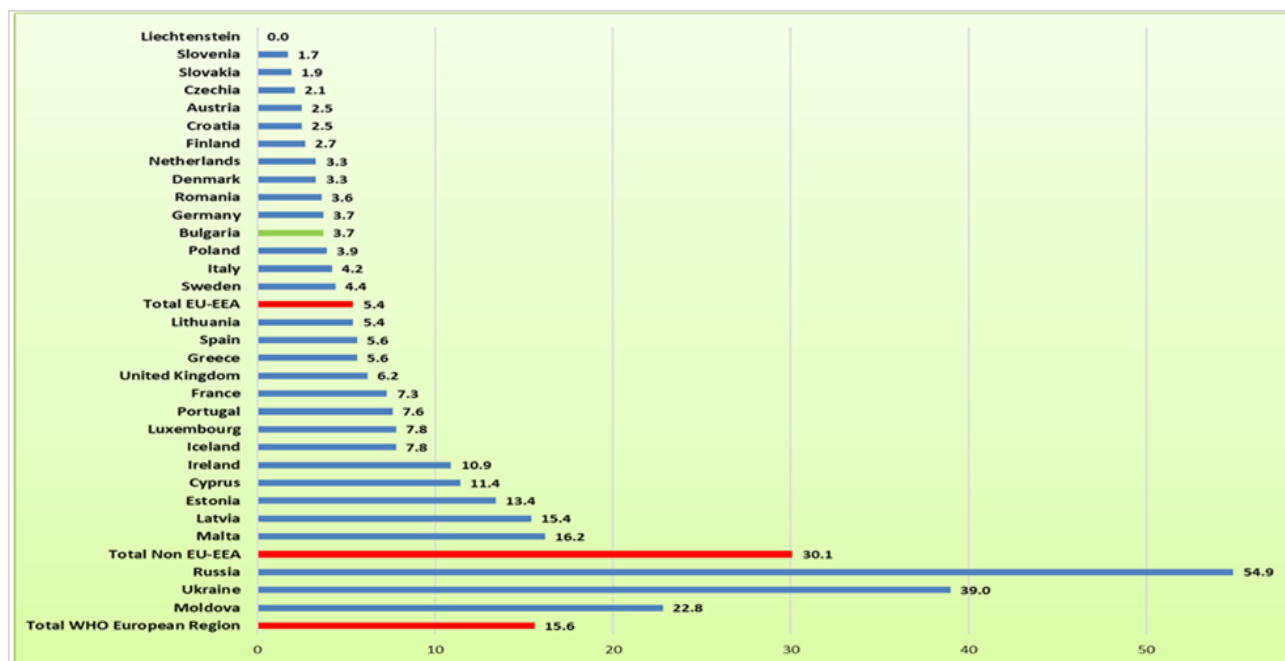
Източник: Министерство на здравеопазването

През отчетния период регистрираните ХИВ-позитивни лица са във възрастови граници от 0 до 64 години. Най-голям брой новорегистрирани лица са във възрастовата група 30-39 г. (34%), следвани от групата 20-29 г. (30%). Според пътя на предаване на инфекцията отново се очертават две особено уязвими групи – мъже, които имат сексуални контакти с други мъже (МСМ) – 47% и лицата с хетеросексуален контакт – 42%. Запазва се тенденцията от последните години за намаляване на процента на новозаразените лица, от групата на инжекционно употребяващите наркотици (9.0%) и увеличаване на 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 град, Варна, Пловдив, Русе, Бургас, Велико Търново, Видин, Пазарджик.

По данни на Европейския център за контрол на заболяванията³, България през 2019 г. остава с ниско разпространение на ХИВ – инфекцията (3,7) сред страните от Европейския съюз и Европейското икономическо пространство, при които този показател е 5,4. (Фигура 17).

Фигура 17. Честота на новорегистрираните случаи на ХИВ инфекция на 100 000 души население в Европейския регион за 2019 г.



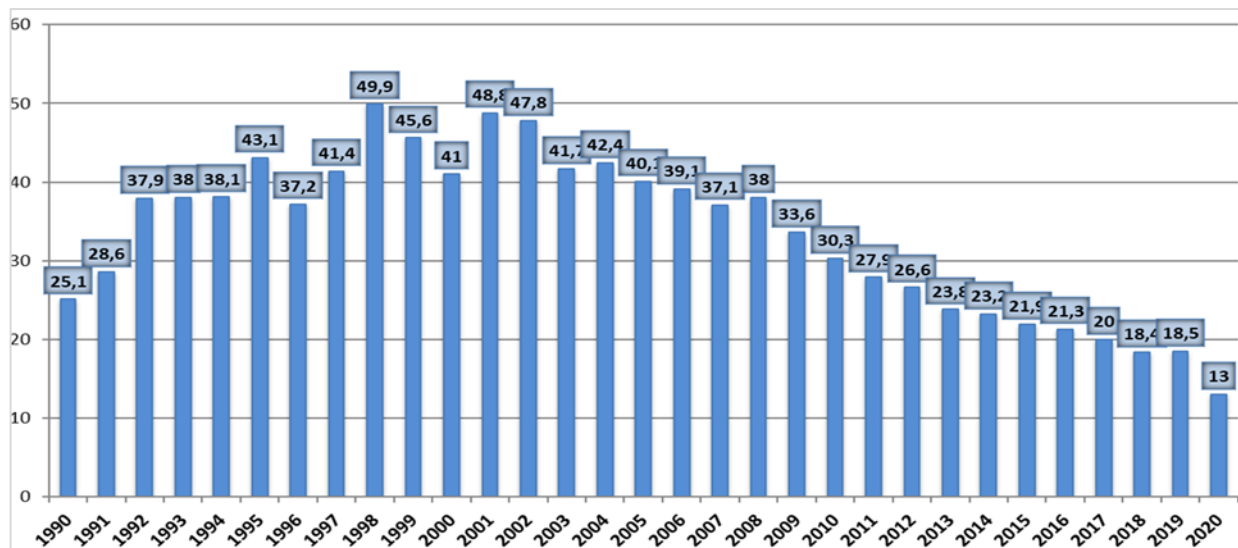
Източник, 2020-2019, ECDC/WHO, HIV/AIDS Surveillance in Europe

■ Туберкулоза

В България през последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на заболеваемостта от активна туберкулоза – от 39.1 на 100 000 през 2006 г. до 13.0 на 100 000 през 2020 г. (Фигура 18), която продължава да надвишава средната за ЕС (9.6 на 100 000).

³ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2019.pdf>

Фигура 18. Заболяемост от туберкулоза в България за периода 1990-2020 г.



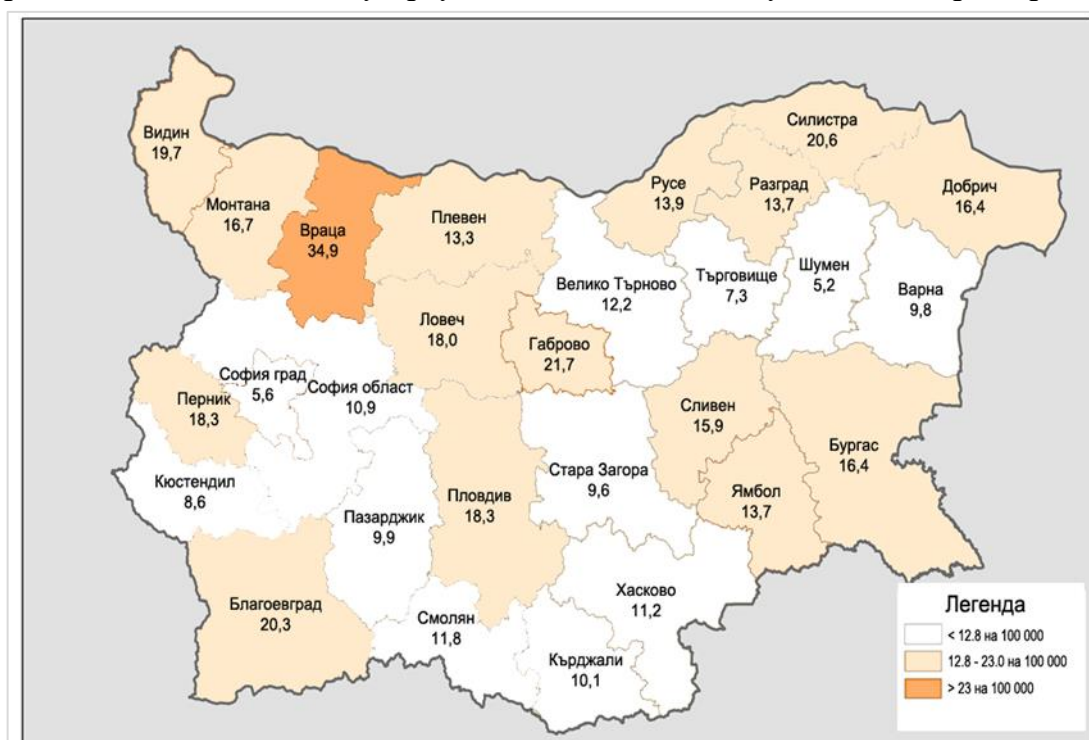
Източник: МЗ, Отдел "Промоция на здравето и профилактика", Дирекция „ООЗЗК“

През 2020 г. в България са регистрирани 930 пациенти с туберкулоза (всички форми). В сравнение с 2019 г. (1 344) се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 31%.

Запазва се съотношението между относителните дялове на пациентите с белодробна и извънбелодробна туберкулоза през последните години. От регистрираните през 2020 г. болни, с белодробна туберкулоза са 746 (80,2%), като през 2019 г. техният брой е бил 1 066 (79,3%). През 2020 г. случаите с извънбелодробни форми на туберкулоза са 184 лица, техният брой през 2019 г. е бил 278.

Броят на регистрираните случаи на туберкулоза, както и заболяемостта варират значително по региони. В някои региони в Северозападна и Централна България заболяемостта е около два пъти над средната за страната (Фигура 19).

Фигура 19. Заболяемост от туберкулоза по области в Република България през 2020 г.



Източник: Министерство на здравеопазването

Съотношението между мъже и жени сред общия брой регистрирани случаи на туберкулоза (всички форми) и през последните няколко години се запазва 2:1.

Не се наблюдава промяна в тенденцията за разпределението по възраст: най-засегнати са възрастовите групи – над 65 години (231 случая или 25.0%), от 55-64 години – 189 лица или (20.0%), следват 45-54 (182 случая или 20.0%), 35-44 г. (161 случая или 17%) и 25-34 г. – 106 лица, което е 11% от всички новорегистрирани през 2020 г.

Регистрираните случаи с мултирезистентна (MDR-TB) и рифампицин резистентна (RIF- RR) туберкулоза, потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза, през 2020 г. са 12 или 5%, от всички на които е направен тест за лекарствена резистентност, за сравнение през 2019 г. са 3%. От новорегистрираните 12 случая с MDR-TB и RIF-RR през 2020 г., без предшестващо лечение са 8 (4.0%), случаите с предшестващо лечение са 4 (11%).

От 2014 г. насам се наблюдава ежегодно плавно намаляване на случаите с MDR-TB – за сравнение през 2014 г. са регистрирани 37 случая на MDR- TB. 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 по-голям брой лекарствени продукти.

През 2020 г. на 780 пациенти с туберкулоза е проведено консултиране и изследване за ХИВ, което представлява 83.9%. Открит е един ХИВ-позитивен пациент сред диагностицираните с туберкулоза.

В условията на епидемията от Covid- 19 е тревожен резкият спад на новорегистрираните случаи на туберкулоза, на контактните лица на болните от туберкулоза и съответстващо намаляване на специфична химиопрофилактика за лечението на латентната туберкулозна инфекция.

■ **Злокачествени новообразувания**

По данни на НЦОЗА, през 2020 г. намалява заболеваемостта от злокачествени новообразувания спрямо предходната година (434.9‰) и показателят достига 399.3‰. Най-висока е заболеваемостта от рак на храносмилателните органи (94.6‰) и рак на млечната жлеза при жените (84.6‰), следвана от рак на мъжките полови органи (76.0‰).

Наблюдават се териториални различия в броя на новооткритите регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания на 100 000 население. Най-висока е заболеваемостта в областите Хасково (527.9‰), Русе (516.1‰), Бургас (503.8‰), Плевен (499.0‰) и Ямбол (488.4‰), а най-ниска – в област София (174.1‰).

■ **Заболеваемост по хоспитализации**

Статистическите данни за заболеваемостта по хоспитализации за периода 2005-2019 г.⁴ показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения непрекъснато нараства общо и основно във възрастовите групи над 18 г. През 2020 г. данните показват рязко намаление на броя на хоспитализираните случаи с 448 697 от 2 412 523 (2019 г.) на 1 963 826 (2020 г.). От 2016 г., освен хоспитализираните случаи на болничните легла, се отчитат отделно и обслужените лица на местата за краткотраен престой. Най-голям е броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения на 100 000 население сред лицата над 65-годишна възраст (48 673.8), следва групата на лицата 18-64 г. (23 935.8) и най-нисък е при децата от 0 до 17 години – 2.7 пъти по-нисък от този над 65 години.

Сред причините за хоспитализация по класове водещи са фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби (17.5%), болестите на органите на кръвообращението (12.8%), болестите на храносмилателната система (9.2%) и болестите на дихателната система (8.1%), които обуславят общо 47,6% от хоспитализациите.

⁴ НЦОЗА

Структурата на хоспитализациите по класове се различава съществено по възрастови групи. При лицата 0-17 години водещи са болестите на дихателната система (29.7%). При лицата от 18 до 64 г. водещи са 4 класа: фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (16.1%), бременност, раждане и послеродов период (10.7%), болести на храносмилателната система (9.9%) и болести на органите на кръвообращението (9.0%). При лицата на възраст 65 и повече години на първо място в структурата са болестите на органите на кръвообращението (21.6%), следват фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (18.2%), болести на храносмилателната система (9.5%) и новообразувания (9.4%), които общо обуславят повече от половината от хоспитализираната заболеваемост в тази възрастова група.

1.9. Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане

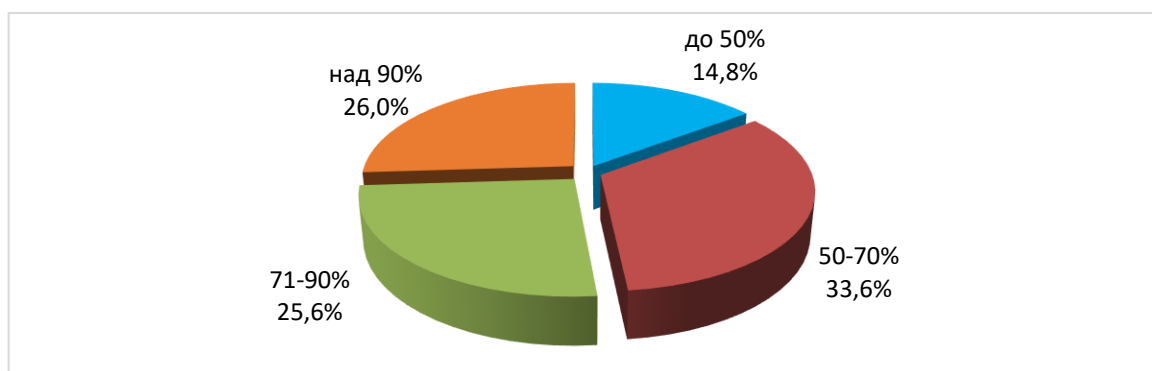
Данните за лицата с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане са по данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на НЦОЗА, базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК. Броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст през последните години намалява, през 2018 г. и 2019 г. има покачване и през 2020 г. отново намалява и достига 52 879 души.

Съгласно Закона за здравето, видът и степента на увреждане на лицата, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от Кодекса за социално осигуряване, се определя пожизнено. След 2008 г. в динамика, макар и с колебания, се наблюдава увеличаване броя на лицата с пожизнено решение за трайно намалена работоспособност до 2014 г., през следващите години намалява, но през 2018 г., 2019 г. и 2020 г. отново се увеличава и достига 35 047 (21.5% от всички освидетелствани и преосвидетелствани). Най-висок остава броят и дялът на лицата със срок на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане 3 години (60 868, което обуславя 37.4% от лицата с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане). Увеличение се отчита при дела на лицата с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане със срок 1 година.

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 и през 2020 г. е 162 886 души. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група над 60 години (41.0%), следвани от възрастовата група 50-59 години (33.7%).

Относителният дял на освидетелстваните лица над 16 г. с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане 50-70% нараства в сравнение с предходната година и е най-висок – 33.6% (Фигура 20). Следват лицата с над 90% трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане – 26.0% (25.2% за 2019 г.), със 71-90% – 25.6% (25.9% за 2019 г.) и до 50% са 14.8% (15.6% за 2019 г.).

Фигура 20. Структура на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16 г. възраст по тежест за 2020 г.



Източник: НЦОЗА

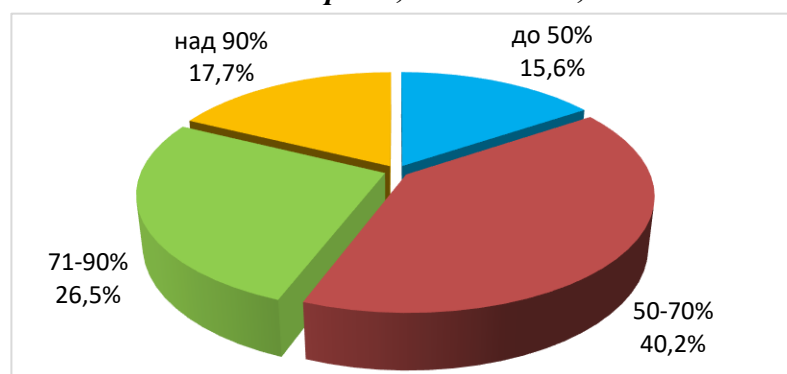
Таблица 5. Освидетелствани лица над 16-годишна възраст с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане

Години	Трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане								Общо	
	над 90%		71% – 90%		50% – 70%		до 50%		брой	на 1000 население над 16 г.
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%		
2001	29 335	36.8	31 394	39.3	14 847	18.6	4 227	5.3	79 803	12.1
2004	38 413	28.8	56 862	42.7	28 365	21.3	9 611	7.2	133 251	20.2
2005	28 451	24.7	44 452	38.6	28 837	25.0	13 438	11.7	115 178	17.5
2009	16 330	23.6	24 082	34.9	21 019	30.4	7 647	11.1	69 078	10.7
2010	14 764	22.9	21 002	32.6	20 746	32.2	7 935	12.3	64 447	10.0
2013	15 939	23.2	22 670	32.9	22 190	32.2	8 078	11.7	68 877	11.1
2014	15 380	21.8	22 783	32.4	23 062	32.8	9 138	13.0	70 363	11.4
2015	14 308	21.7	19 838	30.2	22 031	33.5	9 574	14.6	65 751	10.8
2016	12 809	22.6	17 077	30.2	19 111	33.7	7 659	13.5	56 656	9.3
2017	11 452	21.8	15 640	29.7	18 083	34.4	7 416	14.1	52 591	8.7
2018	11 831	22.3	15 163	28.6	18 140	34.2	7 927	14.9	53 061	8.9
2019	14 004	25.2	14 347	25.9	18 487	33.4	8 656	15.6	55 494	9.4
2020	13 751	26.0	13 527	25.6	17 765	33.6	7 836	14.8	52 879	9.0

Запазва се структурата на причините за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 години, като най-честата причина са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 32.3% от общия брой на случаите на освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане. Следват новообразуванията (24.5%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (11.5%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (5.8%) 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, което през последните години намалява и през 2020 г. достига 3 079 деца (при 3 441 за 2019 г.) или 2.9 на 1000 население до 16 години (3.2‰ за 2019 г.). Най-голям е броят и дялът на децата със степен на увреждане 50-70% – 1 238 (40.2%). Всяко четвърто дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (26.5%), с най-тежката степен над 90% са 17.7% (Фигура 21).

Фигура 21. Структура на децата, първично определени с вид и степен на увреждане до 16-годишна възраст, по тежест, за 2020 г.



Източник: НЦОЗА

Таблица 6. Освидетелствани деца до 16-годишна възраст с признати вид и степен на увреждане

Години	Вид и степен на увреждане								Общо	
	над 90%		71% – 90%		50% – 70%		до 50%		брой	на 1000 население до 16 г.
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%		
2001	2 570	37.8	1 757	25.8	1 735	25.5	740	10.9	6 802	5.1
2004	1 222	20.7	1 181	20.0	2 645	44.9	851	14.4	5 899	5.0
2005	801	17.1	•	•	•	•	819	17.5	4 674	4.0
2009	517	14.4	•	•	•	•	453	12.7	3 578	3.3
2010	628	16.4	•	•	•	•	570	14.9	3 833	3.5
2013	615	11.4	966	17.9	2 514	46.5	1 310	24.2	5 405	5.1
2014	523	10.3	857	17.0	2 439	48.3	1 231	24.4	5 050	4.8
2015	526	10.5	815	16.2	2 351	46.9	1 322	26.4	5 014	4.7
2016	473	11.2	770	18.2	2 024	47.9	961	22.7	4 228	4.0
2017	509	12.5	792	19.5	1 912	47.0	857	21	4 070	3.8
2018	559	14.3	829	21.2	1 770	45.2	757	19.3	3 915	3.7
2019	526	15.3	780	22.7	1 443	41.9	692	20.1	3 441	3.2
2020	546	17.7	815	26.5	1 238	40.2	480	15.6	3 079	2.9

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 психичните и поведенческите разстройства (24.0%), вродените аномалии (17.5%), болестите на дихателната система (16.1%) и на нервната система (11.1%) Тази структура с някои изключения се запазва през годините.

1.10. Оценка на здравното състояние на децата и учениците

Анализът на здравното състояние на децата и учениците е изготвен на базата на обобщените данни за физическо развитие, моментна болестност (регистрирани заболявания при профилактичен преглед), диспансеризация и физическа дееспособност, постъпили от 28-те РЗИ в страната по информация, предоставена от медицинските специалисти от здравните кабинети на детските заведения и училищата въз основа на представените им от личните лекари талони от извършените основни профилактични прегледи за учебната 2020/2021 г., съгласно Наредба № 3 от 2000 г. за здравните кабинети в детските заведения и училищата⁵ и Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията⁶ на МЗ.

В анализа е включена информация за преминалите профилактичен преглед деца, които посещават детско заведение и учениците. През учебната 2020/2021 г. от подлежащите общо 795 068 деца и ученици на възраст 0-19 г., с основен профилактичен преглед са обхванати 690 711 (86.9%) (Таблица 7). От тях 171 041 (90.5%) са децата на възраст 0-6 г. и 519 670 (85.7%) са 7-19-годишните ученици. Обхватът с профилактични прегледи остава под 90% и продължава

⁵ Наредба №3 от 27 април 2000 г. за здравните кабинети в детските заведения и училищата, Издадена от министъра на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.38 от 9 Май 2000 г., изм. ДВ. бр.83 от 10 Октомври 2000 г.

⁶ Наредба №8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, В сила от 01.01.2017 г. Издадена от министъра на здравеопазването Обн. ДВ. бр.92 от 22 Ноември 2016 г., обн. ДВ. бр.93 от 23 Ноември 2016 г., изм. и доп. ДВ. бр.27 от 27 Март 2018 г., изм. ДВ. бр.29 от 30 Март 2018 г., изм. ДВ. бр.2 от 4 Януари 2019 г.

да бележи спад спрямо предходните години (2019 г. – 88.8%, 2018 г. – 90.1%, 2017 г. – 91.1%; 2016 г. – 90.1%, 2015 г. – 91.6%). Намален обхват с профилактични прегледи (съответно общ брой на децата и учениците с постъпила информация за проведен профилактичен преглед), в сравнение с предходната година, е отчетен от РЗИ в 21 области, като в 6 от тях достига много ниски стойности (между 30.2% и 79.2%).

Таблица 7. Преминали профилактичен преглед деца и ученици на възраст 0-19 г.

	ДЕЦА (0-6 г.)	УЧЕНИЦИ (7-19 г.)	ОБЩО
Общ брой	189 024	606 044	795 068
Брой преминали профилактичен преглед	171 041	519 670	690 711
Обхват	90,5%	85.7%	86.9%

■ **Здравно състояние на децата на възраст 0-6 години**

Основен профилактичен преглед през 2020/2021 г. е проведен на 171 041 от общо 189 024 деца на възраст 0-6 г., посещаващи детски заведения (90.5%). Обхватът с профилактични прегледи на децата от тази възрастова група бележи спад и достига най-ниска стойност в сравнение с предходните години, за които има обобщени данни (2019 г. – 93.7%, 2018 г. – 93.06%, 2017 г. – 95.2%, 2016 г. – 93.2%, 2015 г. – 96.5%, 2013 г. – 91% и 2012 г. – 92.3%).

Резултатите от антропометричните измервания показват, че с нормално физическо развитие по отношение на водещите показатели ръст и телесна маса, в границите на нормата ($X \pm S$) и разширената норма ($X \pm 2S$) за тази възраст, са съответно 97.2% за ръста (на 97.5% - 2019 г. и 2018 г., 97.4% – 2017 г., 97.2% – 2016 г.) и 96.5% (на 96.9% -2019 г., 96.8%-2018г, 96.9%-2017 г. и 90.6% – 2016 г.) за телесната маса (Таблица 8). С наднормена телесна маса и висок за възрастта ръст са съответно 2.3% (на 1.9% -2019 г., 2.0%-2018 г.) и 1.5% (на 1.1% - 2019 г. и 1.3% – 2018г) от децата, а във физическото си развитие изостават съответно 1.3% и 1.2% от децата по показателите ръст и телесна маса (съответно на 1.3% и 1.2% за 2019 г.)

Таблица 8. Водещи показатели за физическо развитие при децата на възраст 0-6 г.

	I група норма	II група разширена норма	III група извън норма	
			под ($X - 2S$)	над ($X + 2S$)
	брой деца ($X \pm 1S$)	брой деца между ($X \pm 1S$) и ($X \pm 2S$)		
Ръст	165 700	15174	2414	2710
Телесна маса	162 891	16641	2200	4266

При основния профилактичен преглед на децата във възрастовата група 0-6 г. през 2020 г. са регистрирани общо 10 965 заболявания (Таблица 9). С отклонения в здравното състояние са 74.34 на 1000 прегледани деца, което бележи спад в нивото на регистрираната заболеваемост при децата под 6-годишна възраст в сравнение с предходните две години (135.6‰ за 2019 г. и 86.8‰ – 2018 г.), при запазване на тенденцията за намаляване броят на децата със здравословни проблеми в тази възрастова група след 2013 г. (72.9‰ – 2017 г., 68‰–2016 г., 72‰-2015 г. и 78‰ за 2013 г., 2012 г.-87‰, 2011 г.- 93‰).

Водещо място в структурата на заболяванията при децата до 6 г., с най-висока честота на регистрираните случаи, са болестите на окото (смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение) – 8.1‰ и хроничните заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации (7.3‰), следвани от случаите на алергичен ринит, астма, затлъстяване и пневмония, които са регистрирани съответно при 6.9‰, 6.8‰, 6.6‰ и 5.6 на 1000 прегледани деца. Със сравнително по-ниска честота следват регистрираните случаи на специфично забавяне в развитието (3.7‰) и хроничен бронхит (3.5‰).

По отношение на възрастовата специфика на моментната болестност, и в двете възрастови групи значимо място заемат заболяванията на дихателната система, като при децата до

3-годишна възраст водещи са случаите на алергичен ринит, пневмонии, хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации, хроничен бронхит и астма (съответно 8.05‰, 7.6‰, 6.4‰, 3.5‰ и 3‰), а във възрастта 4-6 години с най-висока честота са регистрираните случаи на болести на окото (смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение) – 9.1‰, астма, затлъстяване и хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации с еднакви стойности (7.4‰), алергичен ринит (6.6‰) и пневмония (5.3‰), следвани от случаите на специфично забавяне в развитието (4.1‰) и хроничен бронхит (3.6‰).

Таблица 9. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на децата на възраст 0-6 години

Заболявания и аномалии	Брой деца всичко	В това число	
		0-3 г.	4-6 г.
Общ брой деца	165 423	24 368	141 055
Общо прегледани деца	147 499	21 372	126 127
Туберкулоза (010-018)	4	2	2
Злокачествени новообразувания (140-208)	19	1	18
Болести на щитовидната жлеза (240-246)	24	2	22
Захарна болест (диабет) (250)	72	7	65
Затлъстяване (278)	975	48	934
Болести на кръвта и кръвотворните органи (280-289)	68	15	55
Неврози (300)	38	6	32
Специални симптоми и синдроми (заекване тикове анорексия енурезис стереотипи) (307)	163	33	134
Специфично забавяне в развитието (315)	546	29	520
Олигофрения (317-319)	22	0	22
Детска церебрална парализа (343)	132	10	123
Епилепсия (345)	195	9	189
Нарушения на рефракцията и акомодацията (367)	125	12	115
Смущения в зрението (368)	944	42	916
Слепота и намалено зрение (369)	127	9	118
Болести на ухото и на мастоидния израстък (380-389)	110	25	85
в т.ч. Глухота (389)	69	5	64
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (390-398)	3	0	3
Хипертонична болест (401-405)	7	0	7
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (474)	1070	137	934
Алергичен ринит (477)	1016	172	839
Пневмония (480)	830	162	668
Хроничен бронхит (491)	523	74	461
Астма (493)	997	64	937
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (531-532)	17	3	14
Гастрит и дуоденит (535)	94	8	86
Абдоминална херния (550-553)	13	5	8
Хроничен хепатит (571.4)	20	6	14
Остър и хроничен гломерулонефрит (580-583)	6	0	6
Остър и хроничен пиелонефрит (590)	23	1	22
Камъни в бъбрека и уретера (592)	4	1	4
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (626)	0	0	0
Артропатии и сродни заболявания (710-719)	14	0	14

Плоско стъпало придобито (734)	82	1	81
Гръбначни изкривявания (737)	24	0	24
Вродени аномалии (740-759)	184	17	169
в т.ч. на сърдечно съдовата система (745-747)	91	13	79
крипторхизъм (752)	13	2	11
Късни последици от травми и отравяния (905-909)	13	0	13
Други	2 288	333	1 955
Открити заболявания – всичко	10 965	1 254	9 763

През 2020 г., според представените в 28-те РЗИ данни, при децата, включени на диспансерно наблюдение, съгласно Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията², са регистрирани общо 5 519 заболявания. Запазва се тенденцията на намаляване броят на диспансеризираните деца – 3.2% от децата, на които е проведен основен профилактичен преглед (на 3.3% през 2019 г.), в сравнение с нивата от преди 2014 г. (3.5% през 2013, 4.3% – 2012 г., 5.1% - 2011 г.), като за периода 2014-2017 г. този показател не е анализиран.

В структурата на заболяванията, при които децата се водят на диспансерно наблюдение, водещо място отново заемат болестите на дихателната система – 2 374, от които най-много са случаите на астма (1 145), следвани от алергичен ринит (888) и хроничен бронхит – 341. Второ място заемат заболяванията на нервната система и сетивните органи, с най-висок брой на случаите от рубриката слепота и намалено зрение (756), следвани от епилепсия (170) и детска церебрална парализа (170). На трето място по брой диспансеризирани са психичните и поведенчески разстройства, сред които водещи са случаите на генерализирани разстройства на развитието (409, в т.ч. детски аутизъм), следвани от поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството (122). Четвърто място заемат вродените аномалии (186), от които най-много – 140, са случаите на вродени аномалии на сърцето. Значимо е намалял броят на регистрирани случаи на ентеробиоза (65 на 458 за 2019 г.)

По отношение на физическата дееспособност, от общо 140 487 деца на възраст 3-7 г., за които са постъпили данни от оценката на физическата дееспособност, нормите са покрили 130 432 (92.8%), при следните резултати от предходни години, за които е анализиран този показател: 2019 г.-87.6%, 2018 -89%, 2013 г. – 94%, 2012 – 88%, 2011 г.- 86.4%.

■ Здравно състояние на учениците

През учебната 2020/2021 г. с основен профилактичен преглед са обхванати 519 670 от общо 606 044 ученици на възраст 7-19 г. С отчетената най-ниска стойност през 2020 г. – 85.7%, намаляването на обхвата с профилактични прегледи на учениците се очертава стабилна тенденция за последните пет години (2019 г. – 87.3%, 2018 г. – 89.14%, 2017 г. – 89.8%, 2016 г. – 89%, 2015 г. – 89.9%). Намален брой на учениците с постъпили данни за проведен профилактичен преглед, в сравнение с предходната година, е отчетен от РЗИ в 20 области, като в 7 от тях обхватът достига много ниски стойности (между 32.2% и 77.9%). 100% от учениците са с отчетен профилактичен преглед в 2 региона.

По отношение на водещите антропометрични показатели, 95% от учениците са в норма или в разширената норма по показател ръст (Таблица 10). С ръст под 2 стандартни отклонения от нормата, т.е. с много нисък ръст, са 11 582 ученика (1.7%), а с много висок ръст са 22302 ученика (3.3%).

Таблица 10. Сборна таблица за индивидуална оценка на ръста на учениците

I група норма		II група разширена норма		III група извън нормата			
брой ученици (X ± 1S)		брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S)		брой ученици под (X - 2S)		брой ученици 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.
359 316	200 118	55 910	32 007	7 576	4 006	12 829	9 473
82.48%	81.48%	12.83%	13.03%	1.74%	1.63%	2.95%	3.86%

В I и II група на норма и разширена норма по отношение на телесната маса са 93% от учениците (Таблица 11). С ниска телесна маса са 12 454 ученика (1.88%), сред които преобладават 7-14-годишните (7 592 на 4 862). Значително по-голям е броят на учениците с наднормена телесна маса/затлъстяване – общо 33 985 (5.13%). Очертава се трайна тенденция към намаляване на относителният дял на учениците със стойности на показателите за телесна маса в рамките на нормата, особено при 14-18-годишните – 78.66% на 79.78% (2019 г.) и 80.37% (2018 г.), с увеличаване на случаите в горната граница на нормата (12.85% – 2018 г., 13.29% – 2019 г., 14.05% – 2020 г.) и стабилно нарастване на случаите с наднормено тегло и в двете възрастови групи: 7-14 г. (5.02% – 2018 г., 5.06% – 2019 г., 5.13% – 2020 г.) и 15-18 г. (4.46% – 2018 г., 4.65% – 2019 г., 5.13% – 2020 г.). Преобладаващ е броят на учениците с показатели за телесна маса, превишаващи 2 стандартни отклонения при момчетата (18 895 на 15 090 момичета), като цяло и по възрастови групи.

Таблица 11. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесната маса при ученици

I група норма		II група разширена норма		III група извън нормата			
брой ученици (X ± 1S)		брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S)		брой ученици под (X - 2S)		брой ученици 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.
349 348	177 165	57 426	31 658	7 592	4 862	22 434	11 551
79.98%	78.66%	13.15%	14.05%	1.74%	2.16%	5.13%	5.13%

По време на основния профилактичен преглед през учебната 2020/2021 г. са регистрирани общо 36 134 заболявания, т.е. 76.06 на 1 000 прегледани ученика са с установено заболяване (Таблица 12).

В структурата на установените по време на профилактичния преглед заболявания при учениците за поредна година първо място заема затлъстяването. Броят на регистрираните случаи – 8 837 (18.6‰), въпреки че бележи спад спрямо предходни години (2019 г. – 19.4‰, 2017 г. – 19.3‰, 2016 г. – 19.8‰, 2013 г. – 19.5‰, 2012 г. – 21.7‰, 2011 г. – 22.2‰), не достига нивата от 2018 г. и 2015 г., когато са установени най-малко случаи на затлъстяване при учениците (съответно 17.9‰ и 17.8‰). Най-много случаи на затлъстяване са установени при учениците в 7-ми клас 1169 (30.3‰), с нарастване на броят им в сравнение с предходната година (29.7‰).

Второ място в структурата на заболяемостта заемат болестите на окото (смушения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение), установени при 7 367 ученика (15.5‰), което бележи по-ниски стойности спрямо предходните години (2019 г. – 17.35‰, 2018 г. – 16.7‰), но все още е със сравнително високо ниво (2017 г. – 14.3‰, 2016 г. – 14‰, 2015 г. – 15‰, 2013 г. – 15‰). Проблемите със зрението продължават да са сред водещите патологии при учениците.

На трето място следва бронхиалната астма – 4 100 случая (8.63‰), със сериозен ръст в сравнение с предходните години, съответно – 7.5‰ за 2019 г., 7.3‰ за 2018 г., 7.7‰ за 2017 г., 7.5‰ за 2016 г., 7.7‰ – 2015, 7.6‰ – 2013 г., 7.8‰ – 2012 г. Регистрираните случаи на заболявания на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания) – 1 312 (2.8‰), въпреки че задържат по-ниско ниво за последните години (съответно 3.9‰ за 2018 г., 3.7‰ – 2017 г., 3.6‰ – 2016 г., 3.9‰ – 2015 г., 4.0‰ – 2013 г. и 5.3‰ – 2012 г.), са нараснали в сравнение с предходната (2.5‰ за 2019 г.).

Наличните данни за регистрираните заболявания при профилактичните прегледи дават възможност да се анализира здравното състояние на учениците и по възрастови групи. Най-висок е обхватът с профилактични прегледи при първокласниците (91% на 85.46% при учениците в 7-ми клас и 85.65% в 10-ти клас), който надвишава този от предходната година (88.5%) и е съпоставим с нивата за последните пет години (2018 г.- 91.9%, 2017-94.3%, 2016-91.05%, 2015-90.5%). Най-висока заболяемост през 2020 г. е отчетена при седмокласниците – 113.35

случая на 1 000 прегледани ученици, на 110.65‰ при десетокласниците и 104.34‰ при първокласниците. Водещо място в структурата на моментната болестност и в трите възрастови групи заемат болестите на окото, затлъстяването и астмата, като с най-висока честотата са регистрираните случаи на астма при първокласниците (12.3‰ на 9.6‰ при седмокласниците и 7.6‰ при десетокласниците), а на затлъстяването и болестите на окото – при седмокласниците (съответно 30.3‰ на 28.3‰ при десетокласниците, 20.2‰ при първокласниците и 28‰ на 25.2‰ при десетокласниците и 22.3‰ при първокласниците). По честота следват регистрираните случаи на алергичен ринит (2.7‰, съответно по класове – 4.6‰ – 1 клас, 3.9‰ – 7 кл., 4.2‰ – 10 клас), епилепсия (2.4‰, съответно по класове – 3.3‰, 3.5‰, 3.7‰), вродени сърдечни аномалии – 1.6‰, захарна болест/диабет – 1.5‰ (съответно по класове-1.13‰, 2.6‰, 3.1‰), ДЦП -1.4‰, (съответно -2.5‰, 2.2‰, 1.5‰). Освен водещите за всички възрастови групи, с висока честота при първокласниците са и регистрираните случаи на следните заболявания: специфично забавяне в развитието (5.5‰), хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации (4.8‰), неврози (3.9‰), пневмонии (2.4‰), специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (2.2‰); при седмокласниците: хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации (2.15‰), пневмонии (1.97‰), гастрит и дуоденит (1.76‰), а при десетокласниците – хипертонична болест (2.8‰), гастрит и дуоденит (2.4‰).

Прилагането на ефективни мерки за превенция на наднорменото тегло, затлъстяването, зрителните аномалии и гръбначните изкривявания, като водещи в структурата на регистрираните заболявания за поредна година, се очертава значим фактор за подобряване на здравето в ученическа възраст. Продължителното дистанционно обучение в електронна среда през учебната 2020/2021 г., поради обявената извънредна епидемична обстановка, като допълнителен риск за тези здравословни проблеми, изисква системна профилактика чрез създаване на условия за упражняване на препоръчителния за съответната възраст минимум физическа активност, включително и чрез масов спорт в и извън училище, спазване на здравните изисквания при работа с видеодисплеи и насърчаване на здравословен начин на живот.

Таблица 12. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците 2020 г.

Заболявания и аномалии	Брой ученици всичко	В това число		
		I клас	VII клас	X клас
a	1	2	3	4
Общ брой ученици	559 865	40 837	45 092	37 175
Общо прегледани ученици	475 082	37 166	38 535	31 839
Туберкулоза (A15-A19)	13	1	2	1
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	136	11	12	18
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	193	6	27	41
Захарна болест (диабет) (E10)	701	42	100	99
Затлъстяване (E65-E68)	8 837	752	1 169	900
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	315	20	50	66
Неврози (F40-F48)	366	147	42	48
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	436	82	39	34
Специфично забавяне в развитието (F84)	1 666	206	159	107
Олигофрения (F70-F79)	367	36	21	39
Детска церебрална парализа (G80)	675	92	86	49
Епилепсия (G40)	1 128	123	135	117

Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	2 183	196	297	232
Смушения в зрението (H53)	4 564	577	710	503
Слепота и намалено зрение (H54)	620	55	72	68
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	272	21	26	21
в т.ч. Глухота (H90)	208	13	24	20
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	49	3	4	11
Хипертонична болест (I10-I15)	318	11	25	89
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	641	175	83	42
Алергичен ринит (J30)	1 283	170	151	135
Пневмония (J12-J18)	407	88	76	22
Хроничен бронхит (J41-J44)	385	45	47	30
Астма (J45)	4 100	457	372	241
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	65	9	13	11
Гастрит и дуоденит (K29)	397	31	68	76
Абдоминална херния (K40-K46)	25	1	7	0
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	20	2	4	2
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	58	10	4	2
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	113	7	11	11
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	89	2	19	16
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (N91-N94)	119	0	9	48
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	245	6	17	32
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	440	23	40	58
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	1 312	163	116	98
Вродени аномалии (Q00-Q99)	746	54	62	61
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	434	34	34	33
крипторхизъм (Q53)	26	3	2	2
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	81	2	5	4
Други	2 101	202	228	136
Открити заболявания – всичко	36 134	3 878	4 368	3 523

При учениците с установено заболяване, включени на диспансерно наблюдение, съгласно Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията², според представените в 28-те РЗИ данни, през 2020 г. са регистрирани общо 21 636 заболявания. 4.2% от преминалите профилактичен преглед ученици с установено заболяване, са диспансеризирани. Водещо място в структурата на заболяванията, при които учениците се водят на диспансерно наблюдение, заемат регистрираните случаи от рубриката слепота и намалено зрение (общо 4 419) и на астма (4 244); на второ място са случаите на епилепсия (1 487), следвани от регистрираните случаи на алергичен ринит (1 242), генерализирани разстройства на развитието (1 145, вкл. детски аутизъм), диабет (705), детска церебрална парализа (628) и поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството (558).

Оценка на физическата дееспособност

В РЗИ в страната от медицинските специалисти от здравните кабинети в училищата са постъпили данни за 590 490 ученици на възраст 7-18 г., от които нормативите от оценката на физическата дееспособност покриват 580 586 ученика (98.3%), незначително по-малко момичета в сравнение с момчетата и в двете възрастови групи, в съотношение момичета:момчета 0.1 (Таблица 13).

Таблица 13. 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	580 586 (98.3%)	191 261	181 399	111 659	115 905
Брой ученици освободени от часовете по физическо възпитание	8 779 (1.5%)	1 920	1 803	2 069	3 201
Брой ученици включени в групи по лечебна физкултура в училище	1 125 (0.2%)	378	298	237	226

За учебната 2020/2021 година броят на учениците, освободени от часовете по физическо възпитание и спорт е 8 779 (1.25%), като във възрастовата група 7-14 г. преобладаващ е броят на момчетата, макар и незначимо (в съотношение 0.9), а при 14-18-годишните преобладаващ е броят на момичетата в съотношение 1.5 спрямо броя на момчетата. В сравнение с предходната година се запазва трайна тенденцията на намаляване, макар и незначително, на относителния дял на учениците, които са освободени от часовете по физическо възпитание поради здравословни проблеми (2019 – 1.5%; 2018 – 1.5%; 2017 – 1.6%; 2016 – 1.6%; 2015 – 1.7%; 2013 – 1.6%; 2012 г. – 1.8%).

В групи по лечебна физкултура (ЛФК) са включени общо 1 125 ученика (0.2%), с незначителен превес на момчетата (615 на 594 момичета). Въпреки че съотношението на броят на учениците, с които се провежда ЛФК спрямо общия брой ученици остава постоянен през последните години (0.2%), по данни на РЗИ, през 2020 г. в 8 области не е отчетено включване в ЛФК на нито един ученик. Наред с редовната физическата активност, ранното откриване чрез скрининг, превенцията и предотвратяването на усложненията чрез своевременно корекция при установен проблем от специалист, са сред доказано ефективните мерки за намаляване разпространението на гръбначните деформации, установени като значим здравословен проблем в училищна възраст.

1.11. Психично здраве

След промените в системата на здравеопазването през 2000 г. голяма част от институционализираните амбулаторни услуги преминаха в частния сектор, което имаше положителен ефект върху обслужването на пациентите като цяло, особено при тези с така наречените чести психични разстройства – леки депресии, тревожни разстройства, посттравматичен стрес, нарушения в съня и др. Въпреки тези промени, психичното здраве на българите не се подобрява. Причините за това са комплексният характер на факторите, които го обуславят, немалка част от които са извън системата на психиатрично обслужване – жизнената среда, нивото на стрес в ежедневието, условията на труд, взаимоотношенията в семейството, качеството на живот, социалното благополучие. България изостава много сериозно от европейските страни по отношение на отделяните средства за обществено здраве и в частност за психично здраве. Броят на психиатрите през 2020 г. е 681 по данни на НСИ. По данни на БЛС броят на психиатрите в България е 573 разпределени по пол, възрастови групи и райони на планиране. Данните са представени в Таблицы 14-16.

Таблица.14. Разпределение на психиатрите по пол и региони на планиране

	жени	мъже	общо
Северозападен район	33	34	67
Северен централен район	37	34	71
Североизточен район	59	30	89
Югозападен район	115	86	201
Южен централен район	49	22	71
Югоизточен район	48	26	74
ОБЩО	341	232	573

Таблица.15. Разпределение на психиатрите по възраст и пол

	мъже	жени	общо
до 30	0	0	0
31-40	12	14	26
41-50	24	62	86
51-60	96	111	207
61-70	73	111	184
над 70	27	43	70

Таблица 16. Психиатри на 100 000 население по региони на планиране

Северозападен район	9.30
Северен централен район	9.28
Североизточен район	9.65
Югозападен район	9.64
Южен централен район	5.06
Югоизточен район	7.25

В България през 2019 г. опитите за самоубийство са 31.77 на 100 000, а реализираните самоубийства - 6.36 на 100 000 а. В сравнение с 2019 г., през 2020 г. се наблюдава значително намаляване на броя на опитите за самоубийство (25.36 на 100 000) и леко увеличаване на броя на реализираните самоубийства (6.56 на 100 000). Средната възраст е 45.66 години за двата пола (повишение на средната възраст с 2.26 години).

В изпълнение на заложените в Националната здравна стратегия 2020 мерки за опазване и подобряване на психичното здраве беше разработена приета Национална стратегия за психичното здраве на гражданите на Република България 20201–2030, която е приета с Решение № 388 от 23 април 2021 г. на Министерския съвет.

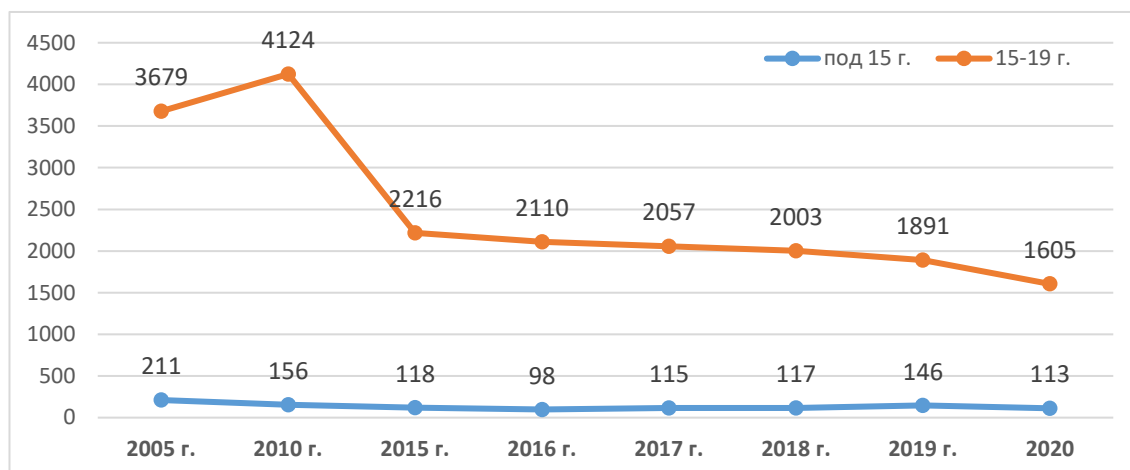
Влияние на пандемията от COVID-19 върху психичното здраве се отразява както на населението, така и върху медицинският персонал. Едни от най-засегнатите групи са децата и юношите, както и възрастното население и особено тези с когнитивни нарушения. Изключително тревожен е фактът, че не само психиатрите са малко спрямо общия брой на населението, но и че едва 1/5 от тях са под 50-годишна възраст. Това налага фокусиране върху недостига на специалисти – не само лекари, но също така и психолози, социални работници и медицински сестри, които са необходими за обгрижването на пациентите.

1.12. Сексуално и репродуктивно здраве

Въпреки тенденцията към намаляване и през 2020 г. се запазва сравнително високият процент на ранни аборти сред момичетата до 19 г. Във възрастовата група 15-19 г. броят на абортите за 2018 г. е 2 003 или 8,5% от общия брой на абортите, за 2019 – 1 891, или 8,8% от

общия брой, а за 2020 г. – 1 605, което е 8,4 от общия брой аборти за 2020 г. Наблюдава се тенденция на намаляване на броя на абортите в тази възрастова група, със значителен спад между 2010 г. и 2015 г. и последващ процес на не толкова значима, но стабилна тенденция към намаляване между 2015 и 2020 г. Във възрастта под 15 години броят на абортите е 113 или 0,6% от общия брой на абортите в страната. Тук също се наблюдава намаляване на броя в сравнение с 2019 г. (Фигура 22).

Фигура 22. Брой аборти в юношеска възраст



Броят на живородените от майки на възраст под 20 години за 2020 е 5 970, или 10,10% от всички живородени. Независимо, че средната възраст на майките при първо раждане в нашата страна нараства чувствително през последните години, все още е най-ниска в рамките на ЕС. Наблюдава се значителен процент тийнейджърска раждаемост, която изисква системни здравни и здравно-образователни услуги за младите хора.

В действащите стратегически и програмни документи, които Министерство на здравеопазването изпълнява, са инкорпорирани дейности, насочени към сексуалното и репродуктивно здраве (СРЗ) – Национална здравна стратегия 2020, Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020, Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции 2017-2020 и др. Налице са и положителни резултати по отношение на държавното финансиране на асистираната репродукция и ваксинирането срещу HPV.

Принос за осигуряване на достъп на децата и младите хора до здравно и сексуално образование в училище има Наредба № 13 от 21.09.2016 г. за гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование, с която е регламентиран Държавния образователен стандарт. За съжаление, обаче, здравно и сексуално образование не са включени в общообразователната подготовка, за тях няма определени часове и това ограничава достъпа на българските ученици до системно здравно и сексуално образование. Въвеждането на здравно и сексуално образование в училище е от ключово значение предвид показателите, свързани със здравните поведения на подрастващите.

Международният институт за младежко развитие PETRI – София към НЦОЗА, създаден през 2007 г., благодарение на международно разпознатия опит на страната ни, със съвместните усилия на UNFPA, НЦОЗА, МЗ и Международната младежка мрежа за обучители на връстници Y-PEER, ежегодно организира и провежда международни обучения за младежки лидери в сферата на СРЗ, във всяко от които се включват по няколко млади хора от България. Това дава възможност на българските младежи от националната Y-PEER мрежа да стоят във връзка с международната мрежа и да се запознаят с най-съвременните методи на работа в сферата на СРЗ и обучението на връстници. PETRI – София е разпознат от МВНР като структура с много добри международни резултати и в периода 2015-2018 г. изпълни успешно три

проекта, финансирани от Българската помощ за развитие, насочени към изграждане на капацитет в сферата на СРЗ и Целите за устойчиво развитие на младежки активисти в страни от интерес за България. През 2020 г. РЕТРИ – София разшири своята експертиза и се включи в разработването на Ръководство за обучители на връстници за укрепване на мира в Западните Балкани, след което участва в организирането и провеждането на две обучения за обучители на връстници. Работата за укрепване на мира има преки импликации за подобряване на психичното здраве на младите хора и намаляване на насилието.

Министерство на здравеопазването продължава да осъществява политика по информиране на младите хора за превенция на сексуално предавани инфекции и ХИВ и разширяване на достъпа до доброволно консултиране и изследване за ХИВ и СПИ.

В рамките на Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България 2017-2020 г. продължават да се провеждат ежегодни АНТИСПИН кампании в три етапа – 1 декември (Световен ден за борба със СПИН), 14 февруари (Ден на влюбените) и третата неделя на месец май (Международен ден за съпричастност със засегнатите от ХИВ/СПИН), както и летни АНТИСПИН кампании. В цялата страна дейностите се осъществяват от РЗИ, КАБКИС, НПО, общини, учебни заведения, младежки домове, социални услуги за деца и от клубове за обучители на връстници

Чрез кампаниите до младите хора достигат информационни материали и комплекти за безопасен секс. През 2020 г. заради пандемията от COVID-19 и въведените у нас противоепидемични мерки, кампаниите са провеждани чрез различни инициативи онлайн.

От особена важност са и провежданите изследвания на бременни жени за превенция на перинаталната трансмисия на ХИВ инфекция, сифилис и други СПИ. Основният начин за предаване на ХИВ инфекцията на новородени е от майка към нейното бебе. През 2020 г. са регистрирани 2.0% случая с вертикална трансмисия. В България е постигнато ниското ниво на вертикалната трансмисия благодарение на програмите за изследване на уязвимите групи и осигуряване на антиретровирусно лечение за носителите на вируса, оперативно раждане за предотвратяване инфектирането на бебето, профилактика с антиретровирусни лекарствени продукти на новородените деца и хранене с адаптирано мляко.

2. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

2.1. Структура и организация

Няма съществени промени в структурата и организацията на здравната система през 2020 г. в сравнение с предходната година (Таблица 17).

Таблица 17. Здравна мрежа и леглови фонд през 2019 и 2020 г.

Видове заведения	2019		2020	
	Брой	Легла	Брой	Легла
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко ¹⁾	319	51 776	320	51 991
Многопрофилни болници	112	25 832	113	25 996
Многопрофилни болница за активно лечение	110	25717	111	25 881
Специализирани болници	60	6 513	60	6 502
Специализирана болница за активно лечение	30	2 865	30	2 854
Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация	10	896	10	896
Специализирана болница за рехабилитация	19	2 607	19	2 607
Психиатрични болници	12	2 117	12	2 114
Частни заведения за болнична помощ	114	13 386	115	13 799
<i>Лечебни заведения за извънболнична помощ</i> (Броят на амбулаториите е по отчетите на лечебните заведения)				
Амбулатории за първична медицинска помощ – индивидуални практики	3 190	-	3 037	-
Амбулатории за първична дентална помощ – индивидуални практики	4 939	-	4 682	-
Амбулатории за първична медицинска помощ – групови практики	212	-	201	-
Амбулатории за първична дентална помощ – групови практики	401	-	368	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуални практики	2 766	-	2 610	-
Амбулатории за специализирана дентална помощ – индивидуални практики	76	-	68	-
Амбулатории за специализирана медицинска помощ – групови практики	129	-	129	-
Медицински центрове	738	844	752	912
Дентални центрове	55	9	54	8
Медико-дентални центрове	47	71	50	67
Диагностично-консултативни центрове	111	299	110	309
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	1 128	-	1 132	-
<i>Други лечебни и здравни заведения</i>				
Комплексни онкологични центрове	7	1 169	7	1 185
Центрове за кожно-венерически заболявания	3	30	3	30
Центрове за психично здраве	12	1 022	12	1 010
Центрове за спешна медицинска помощ	27	-	27	-
Самостоятелни центрове за трансфузионна хематология	4	-	4	-
Домове за медико-социални грижи за деца	13	809	12	713
Хосписи	44	1 103	48	1220
Центрове без легла	6	-	6	-
РЗИ	28	-	28	-

¹⁾Вкл. лечебните заведения към други ведомства, неразпределени по видове.

2.2. Нормативна база

Извършени промени в действащото законодателство през 2020 г.

✓ *С приетия Закон за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на Народното събрание от 13 март 2020 г.* (обн. ДВ, бр. 28 от 2020 г.) и неговите изменения и допълнения бяха приети изключения от приложното поле на Закона за обществените поръчки (ЗОП). Предвидено бе разпоредбите на ЗОП, които се отнасят за закупуване на хигиенни материали, дезинфектанти, медицински изделия и лични предпазни средства, необходими за обезпечаване на противоепидемичните мерки; за закупуване на медицински изделия, осигуряване на услугите по взимане на проби и отчитане на резултатите, закупуване на медицинска и лабораторна апаратура, необходими за диагностика и лечение на заразените пациенти, консумативите за тях, както и дейности, свързани с внедряването им и гаранционната им поддръжка, да не се прилагат до отмяната на извънредното положение съответно на извънредната епидемична обстановка и три месеца след нейната отмяна.

Регламентира се, че по време на извънредното положение и два месеца след неговата отмяна със заповед на министъра на здравеопазването може да се забрани износ на лекарствени продукти по смисъла на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина от територията на Република България с цел осигуряване на достатъчни количества лекарствени продукти за задоволяване на здравните потребности на населението на Република България. Тази мярка е въведена и в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

Със закона се регламентира по време на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка и три месеца след нейната отмяна, срокът на експертните решения на ТЕЛК и НЕЛК за определяне на трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане, при които срокът на инвалидност, е изтекъл по време на извънредното положение или на извънредната епидемична обстановка, да продължават действието си.

За времето на извънредното положение и два месеца след неговата отмяна се регламентира служебното удължаване на срока на валидност на протоколите за скъпоструващо лечение на хронично болни пациенти.

✓ *С промените в Закона за здравето* (обн. ДВ, бр. 44 от 2020 г.) са регламентирани мерки в областта на здравеопазването, които да могат да се прилагат след изтичане на срока на извънредното положение на 13 май 2020 г., и чрез които да се ограничава разпространението на епидемията от COVID-19 и да се даде възможност за подготовка на здравната система за посрещане на предизвикателствата и гарантиране на адекватна медицинска грижа на лицата.

Регламентирани са условията и редът за обявяване на извънредна епидемична обстановка и мерките, които министърът на здравеопазването по предложение на Главния държавен здравен инспектор може да въвежда. Изрично е посочен видът и правният характер на актовете на министъра на здравеопазването, с които се въвеждат тези мерки. Прецизирани са и разпоредбите относно задължителната изолация и/или болнично лечение и задължителната карантина, включително на лица, които са влезли на територията на страната от други държави.

С направените изменения в Закона за здравето са регламентират начините за съобщаване на предписанията, издавани на лицата подлежащи на задължителната изолация и задължителна карантина, а именно: устното уведомяване на мобилен или стационарен телефонен номер, както и изпращането на електронно или кратко текстово съобщение на електронен адрес или мобилен телефонен номер.

✓ *С промените в Закона за лечебните заведения* (обн. ДВ, бр. 54 от 2020 г.) са изпълнени ангажименти, възложени с Решение № 704 на Министерския съвет от 2018 г. за приемане на мерки за трансформация на модела на административно обслужване, като са направени съответните промени в Закона за лечебните заведения, Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки.

Регламентиран е също така нов вид лечебно заведение – амбулатория за здравни грижи, като организационно обособена структура, в която лекарски асистенти, медицински сестри, акушерки или рехабилитатори осъществяват самостоятелно или по назначение от лекар

здравни грижи, манипулации и дейности, свързани с промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите.

Регламентиран е механизъм за спомагане стабилизирането на общински лечебни заведения чрез създаване на възможност за предоставяне на целеви субсидии от съответната община за текущ ремонт на дълготрайни материални активи. Въведена е и възможността за субсидиране на държавни и общински комплексни онкологични центрове от бюджета на Министерството на здравеопазването за медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК така, както това е предвидено за болници и центрове за психично здраве.

Направени са и други промени в Закона за лечебните заведения, свързани с контрола върху дейността на лечебните заведения, правомощията на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ и процедурите по чл. 37а и чл. 37б (разрешаване на нови лечебни заведения и нови медицински дейности).

✓ **Прието е изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ)** и са създадени условия в националното законодателство за прилагане на Делегиран Регламент (ЕС) 2016/161 на Комисията от 2 октомври 2015 година за допълване на Директива 2001/83/ЕО на Европейския парламент и на Съвета чрез установяване на подробни правила за показателите за безопасност, поставени върху опаковката на лекарствените продукти за хуманна употреба, в т.ч. лекарствените продукти за COVID-19.

В ЗЛПХМ е въведена забрана лице, получило разрешение за търговия на едро с лекарствени продукти да не може да бъде притежател на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека, издадено по реда на посочения закон. Същото се отнася и за притежателите на разрешение за търговия на дребно с лекарства в аптека – посочените лица нямат право да притежават разрешение за търговия на едро с лекарствени продукти.

Със ЗЛПХМ е въведено и задължение за генериране и поддържане на национален код от един държавен орган – Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти, който осигурява уникално идентифициране на лекарствените продукти до ниво окончателна опаковка и структурирана база от данни в машинночетим вид, за целите на постигане на оперативна съвместимост на информационните системи в здравеопазването.

Със ЗЛПХМ е оптимизирано и заплащането на лекарствени продукти, заплащани със средства от бюджета на Министерството на здравеопазването, чрез въвеждане на задължение за ежегодно сключване на рамково споразумение за лекарствени продукти, които са единствени в международно непатентно наименование. Правилото не важи за генерични лекарствени продукти и за ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести.

✓ **Приети са промени и в Закона за здравното осигуряване (ЗЗО)** за лекарствените продукти, прилагани в болничната медицинска помощ, които се заплащат извън стойността на оказваните медицински услуги, съгласно които НЗОК заплаща по-ниската стойност между договорената в рамковите споразумения, сключени от министъра на здравеопазването в качеството му на Централен орган за покупки в сектор „Здравеопазване“, и стойността, на която лекарствените продукти са доставени на изпълнителя на медицинска помощ, независимо дали той е възложител по Закона за обществените поръчки. Ясно е пояснено, че НЗОК не може да заплаща на изпълнителите на болнична медицинска помощ и на притежателите на разрешение за търговия на дребно за лекарствените продукти стойност, която е по-висока от максималната стойност, определена за заплащане с публични средства по реда на наредбата по чл. 261а, ал. 5 от ЗЛПХМ (Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти).

✓ **С промените в Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването** (обн. ДВ, бр. 54 от 2020 г.) са създадени по-добри условия за обучение за придобиване на специалност в системата на здравеопазването на места, финансирани от държавата – въведена е гъвкавост при предвиденото задължение на специалистите, обучавани на места, финансирани от държавата, за работа за срок от 3 години след приключване на

обучението им (специализантите ще имат възможност предварително да знаят мястото си на работа и ще могат да променят лечебното заведение, в което работят); въведена е разумна санкция в случаите, когато специалист, обучаван на място, финансирано от държавата по клинична специалност, не изпълни задължението си да работи за три години в лечебно заведение в район с установен недостиг на специалисти. Създадени са предпоставки за държавно финансиране на обучението на необходимите медицински специалисти и за лечебните заведения, които не са бази за обучение и съответно подобряване достъпа на обслужваното от тези лечебни заведения население до специализирана медицинска помощ. Въведени са обективни критерии при провеждане на конкурса по реда на Кодекса на труда, с които кандидатите за специализация са предварително запознати и които са задължителни за всички работодатели. Направени са и други промени, които създават яснота, и с които се преодоляват редица практически проблеми в процеса на обучение за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.

✓ **С приетата промяна в Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ** (обн., ДВ, бр. 51 от 2020 г.) се регламентира възможността тези лечебни заведения – второстепенни разпоредители с бюджет към министъра на здравеопазването, като самостоятелни юридически лица в рамките на оперативната си самостоятелност и при спазване на нормативно установените изисквания, сами да утвърждават структурата и щатните си разписания по длъжности. Също така с промяната се дава възможност за осъществяване на гъвкаво оперативно управление на лечебните заведения, изцяло в обхвата на отговорностите на ръководителя на второстепенния разпоредител с бюджет. Регламентира се изискване осъществяваната дейност от центъра за спешна медицинска помощ да е съобразена с медицинския стандарт „Спешна медицина“.

✓ **Промените в Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса** (обн. ДВ, бр. 38 от 2020 г.) са свързани с отразяване в пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, на възможностите за диагностика и лечение на пациентите диагностицирани със заболяване COVID-19. С промяната в нормативния акт се включи ново високоспециализирано изследване Полимеразна верижна реакция (PCR) в пакетите по Вирусология и Клинична микробиология в специализираната извънболнична медицинска помощ. Освен това се предостави нормативна възможност НЗОК да заплаща на лечебните заведения – лаборатории по вирусология и по микробиология, за дейностите по диагностика на заболяването COVID-19 в извънболничната медицинска помощ. Създаде се нормативно основание при необходимост от болнично лечение пациентите с COVID-19 да бъдат хоспитализирани и лекувани по съответните клинични пътеки, в рамките на които и понастоящем се осъществява лечение в областта на съответната белодробна, бактериална и вирусна патология за сметка на НЗОК.

✓ **С Постановление № 30 на Министерския съвет от 2020 г. е прието допълнение на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти** (обн., ДВ, бр. 19 от 2020 г.), съгласно което притежателите на разрешения за употреба или техни упълномощени представители не могат да заявяват увеличение на регистрираните цени на лекарствените продукти, отпускани без лекарско предписание, с по-голям процент от статистически отчетената инфлация за периода на действие от последната регистрирана цена.

✓ **С приемането на Правила за добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина в Република България** (обн., ДВ, бр. 41 от 2020 г.) се утвърдиха единни препоръки и правила за профилактика, диагностика и лечение в областта на денталната медицина, с които се цели да гарантират качеството на предоставяната медицинска помощ, защитата на здравето и правата на пациентите, създаване на условия за възможно най-добър изход от заболяването и ограничаване до приемлив минимум на риска при извършването на отделните видове дейности.

✓ **С Постановление № 4 на Министерския съвет от 2020 г. е разкрит Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания в гр. Бургас** (обн.,

ДВ, бр. 6 от 2020 г.). С разкриването на този иновативен тип лечебно заведение се цели да се осигури по-добра здравна грижа за децата с увреждания и хронични заболявания от област Бургас. Това от своя страна ще осигури подкрепа на семействата за превенция на изоставянето на деца с увреждания за недопускане на настаняването им в специализирани институции, както и ще подобри координацията на интеграцията на грижите за децата в системата на здравеопазването и с услугите в другите сектори – социални, образователни и други.

✓ **С Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 28 от 2005 г. за условията и реда за регистрация, обработка и съхраняване на данните, съдържащи се в регистъра на лицата, които работят или са работили в среда на йонизиращи лъчения** (ДВ, бр. 110, 29.12.2020 г.) се цели да се постигне съответствие на нормативния акт, регламентиращ обществените отношения в областта на йонизиращите лъчения, и по-специално реда за регистриране, обработка и съхраняване на данните на лицата, които работят или са работили в среда на йонизиращи лъчения с настъпилите промени в Закона за здравето (обн. ДВ, бр. 102 от 2017 г.) и приетата с Постановление № 20 на Министерския съвет от 2018 г. Наредба за радиационна защита (обн., ДВ, бр. 16 от 2018 г.) и Наредба № 11 от 2018 г. за здравни норми и изисквания при работа в среда на йонизиращи лъчения (обн., ДВ, бр. 91 от 2018 г., изм., ДВ, бр. 25 от 2019 г.), с които са въведени в националното законодателство изискванията на Директива 2013/59/ЕВРАТОМ на Съвета от 5 декември 2013 година за определяне на основни норми на безопасност за защита срещу опасностите, произтичащи от излагане на йонизиращо лъчение и за отмяна на директиви 89/618/Евратом, 90/641/Евратом, 96/29/Евратом, 97/43/Евратом и 2003/122/Евратом.

✓ **С Постановление № 405 на Министерския съвет за изменение и допълнение на Наредбата за радиационна защита, приета с Постановление № 20 на Министерския съвет от 2018 г.** (ДВ, бр. 110, от 29.12.2020 г.) в националното законодателство се въвеждат разпоредбите на Директива 2013/59/Евратом на Съвета от 5 декември 2013 година за определяне на основни норми на безопасност за защита срещу опасностите, произтичащи от излагане на йонизиращо лъчение и за отмяна на директиви 89/618/Евратом, 90/641/Евратом, 96/29/Евратом, 97/43/Евратом и 2003/122/Евратом, и се постига по-високо ниво на защита на здравето на лицата и предпазване от опасностите, произтичащи от въздействието на йонизиращи лъчения при професионално облъчване, медицинско облъчване и облъчване на лица от населението.

✓ **С Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 32 от 2005 г. за условията и реда за извършване на индивидуален дозиметричен контрол на лицата, работещи с източници на йонизиращи лъчения** (ДВ, бр. 109 от 22.12.2020 г.) се постига съответствие на нормативния акт, регламентиращ обществените отношения в областта на йонизиращите лъчения, и по-специално реда за извършване на индивидуален дозиметричен контрол с настъпилите промени в Закона за здравето (обн. ДВ, бр. 102 от 2017 г.) и приетата с Постановление № 20 на Министерския съвет от 2018 г. Наредба за радиационна защита (обн., ДВ, бр. 16 от 2018 г.) и Наредба № 11 от 2018 г. за здравни норми и изисквания при работа в среда на йонизиращи лъчения (обн., ДВ, бр. 91 от 2018 г., изм., ДВ, бр. 25 от 2019 г.), с които са въведени в националното законодателство изискванията на Директива 2013/59/ЕВРАТОМ на Съвета от 5 декември 2013 година за определяне на основни норми на безопасност за защита срещу опасностите, произтичащи от излагане на йонизиращо лъчение и за отмяна на директиви 89/618/Евратом, 90/641/Евратом, 96/29/Евратом, 97/43/Евратом и 2003/122/Евратом.

С приетото допълнение на Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК (обн. ДВ, бр. 106, 15.12.2020 г.) бе увеличена стойността, която се заплаща на търговците на дребно с лекарствени продукти за обработването на рецептурни бланки с предписани по протокол лекарствени продукти с ниво на заплащане 100% от НЗОК, предвид на това, че независимо от увеличаване на заплащането

за лекарствени продукти с ниво на заплащане 100 на сто през последните години стойността, която НЗОК заплаща за всяка рецептурна бланка остава непроменена. Целта е да се стимулират все повече търговци на дребно с лекарствени продукти да отпускат лекарствени продукти с ниво на заплащане 100 на сто, което ще допринесе до по-широк достъп на населението на заплащаните с публични средства лекарствени продукти.

✓ **С Наредбата за изменение и допълнение на Наредба № 3 от 05.02.2007 г. за здравните изисквания към детските градини** (ДВ, бр. 90, 20.10.2020 г.) се създават единни и ясни изисквания с цел изграждане на съвременни, ефективни, безопасни и икономични сгради на детските заведения с капацитет, задоволяващ обществените нужди. Целта на приетите изменения в нормативния акт е да се създаде и възможност за придобиване на собственост на детски градини от общините за сметка на учредено право на строеж върху общински терени.

✓ **С приемането на Наредба № 1 от 19 август 2020 г. за изискванията за дейността на здравните медиатори** (ДВ., бр. 75, 25.8.2020 г.) се постига нормативно регламентиране дейността на здравния медиатор, като по този начин се създават нормативни възможности за осъществяване на ефективна здравна профилактика и повишаване на достъпа до здравната система на лица с най-висока степен на здравна уязвимост. Това от своя страна ще облекчи достъпа до медицински услуги за уязвими групи от населението с религиозни и културни различия, ще повиши здравната им култура и информираност, като по този начин ще допринесе за подобряване на здравето им. С наредбата се регламентират изискванията към кандидатите за здравни медиатори, за да могат да изпълняват дейностите по съдействие на хора от различни уязвими групи. С нормативния акт се цели да се постигне прозрачност и публичност в процеса на подбор на кандидати за здравен медиатор.

✓ **С Наредбата за изменение и допълнение на Наредба № 26 от 2008 г. за устройството и дейността на детските ясли и детските кухни и здравните изисквания към тях** (ДВ, бр. 90, 20.10.2020 г.) се цели да се намали недостига на места в детските ясли и осигуряване на по-голям брой места за кандидатстващи. Другата цел е задоволяване на нуждите на населението по предоставянето на услуга за отглеждане на деца в яслена възраст в райони, в които няма достатъчен брой детски заведения. С приетия нормативен акт отпада изискването установено с досега действащите нормативи детски ясли да могат да се изградят само като самостоятелни сгради в обособени за целта поземлени имоти.

✓ **Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 26.09.2003 г. за защита на работещите от рискове, свързани с експозиция на канцерогени и мутагени при работа** (ДВ, бр. 5, от 17.01.2020 г.), в националното законодателство се въвеждат разпоредбите на Директива (ЕС) 2017/2398 на Европейския парламент и на Съвета от 12 декември 2017 година за изменение на Директива 2004/37/ЕО относно защитата на работниците от рискове, свързани с експозицията на канцерогени или мутагени по време на работа, Директива (ЕС) 2019/130 на Европейския парламент и на Съвета от 16 януари 2019 година за изменение на Директива 2004/37/ЕО относно защитата на работниците от рискове, свързани с експозицията на канцерогени или мутагени по време на работа и Директива (ЕС) 2019/983 на Европейския парламент и на Съвета от 5 юни 2019 година за изменение на Директива 2004/37/ЕО относно защитата на работниците от рискове, свързани с експозицията на канцерогени или мутагени по време на работа. Основната цел е хармонизиране на националното ни законодателство с европейското и осигуряване на по-висока степен на защита на здравето на работещите чрез въвеждане на гранични стойности за професионална експозиция за 27 канцерогена и мутагена. Въвеждането на посочените изисквания гарантира по-добро ниво на опазване на здравето и безопасност по отношение за защитата на работниците срещу рискове, свързани с експозицията на канцерогени или мутагени по време на работа.

✓ **С Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 4 от 14.10.2002 г. за защита на работещите от рискове, свързани с експозиция на биологични агенти при работа** (ДВ, бр. 100, от 24.11.2020 г.), се прави промяна в приложение № 1, с което в националното законодателство се въвежда измененото приложение III към Директива 2000/54/ЕО, с актуализиран

списък на биологичните агенти, за които е известно, че заразяват хората, класифицирани според тяхната степен на риск от инфекция, във връзка с най-новите познания, свързани с развитието на науката, особено по отношение на таксономията, номенклатурата, класификацията и характеристиките на биологичните агенти, както и наличието на нови биологични агенти. С наредбата се въвеждат и актуализирани разпоредби на въведените с Директива 2000/54/ЕО в националното законодателство изисквания, по отношение на дейностите, в които работниците са изложени или са потенциално изложени на биологични агенти в резултат от тяхната работа, и мерките, които трябва да бъдат взети при дейност, при която е вероятно да съществува риск от експозиция на биологични агенти, за да се определят видът, степента и продължителността на експозиция на работниците на биологични агенти. Актуализацията на приложение № 2 на Наредба № 4 от 2002 г., с което са въведени изискванията, регламентирани с измененото приложение I към Директива 2000/54/ЕО, е свързана със случаите, когато резултатите от оценка на риска могат да покажат неволна експозиция на биологични агенти при други трудови дейности, които не са включени в списъка на приложението, но също следва да бъдат взети предвид. В тази връзка, посоченият индикативен списък на дейностите, е допълнен с уводно изречение с цел да се поясни неизчерпателният характер на списъка.

✓ *С Наредба за изменение на Наредба № 27 от 2005 г. за здравните изисквания към дрехите втора употреба* (ДВ, бр. 80, от 11.09.2020 г.) отпадна задължението за уведомяването на контролните органи при откриване на обектите за търговия с дрехи втора употреба, предвид че същите не са обекти с обществено предназначение по смисъла § 1, т. 9 от допълнителните разпоредби на Закона за здравето. Прецизирани са и са актуализирани разпоредбите, регламентиращи методите на дезинфекция на дрехите втора употреба. С цел защита на здравето на лицата, използващи дрехи втора употреба, и недопускане продажбата на такива, представляващи риск за здравето, се въвежда изискването дезинфекцията на дрехи втора употреба да се извършва чрез термодезинфекционен или химиотермодезинфекционен метод или с биоцид. С тази разпоредба се цели и постигане на информираност на икономическите оператори от една страна, а от друга и на контролните органи за допустимите методи и начини на дезинфекция. Предвид необходимостта от съобразяване с целите и политиките на Европейския съюз, респ. на Република България за кръгова икономика, базираща се на превенция, повторна употреба и рециклиране – като приоритети пред депонирането и изгарянето на отпадъци и на основание предоставения от председателя на Европейската комисия през м. декември 2019 г. на „Европейски зелен пакт“ като нова стратегия за растеж, според която предотвратяването и повторната употреба на материали ще бъдат приоритизирани дори над рециклирането, с наредбата се разрешава пускането на пазара на обувки втора употреба. Във връзка с политиката на правителството за опазване на здравето и в частност здравето на децата, като особено уязвима група от населението, е въведена забрана за пускане на пазара на обувки втора употреба до 34 номер включително. Използването на обувки втора употреба в етапа на прохождане и ранна възраст би могло да доведе до настъпването на дегенеративни промени на стъпалото в подрастващия организъм и в следствие до евентуални изменения на опорно-двигателния апарат.

✓ *С Постановление № 311 на Министерския съвет от 2020 г. за изменение и допълнение на Тарифата за таксите, които се събират от органите на държавния здравен контрол и националните центрове по проблемите на общественото здраве по Закона за здравето* (ДВ, бр. 100 от 24.11.2020 г.) поради отпаднала необходимост се отменят таксите за:

- издаване на разрешение за непосочване на съставка на козметичен продукт;
- издаване на удостоверение за съответствие във връзка с регистриране на географско указание за бутилиране на натурална минерална вода;
- извършване на лабораторни анализи и дейности, поискани от физически и юридически лица в приложение № 1 и 4 към тарифата (за извършване на лабораторни анализи на храни – 286 бр., на атмосферен въздух – 21 бр., и на работна среда – 133 бр.

Във връзка с новия Закон за храните (обн., ДВ, бр. 52 от 2020 г.) се изменят наименованията на следните съществуващи такси:

- за издаване на разрешение за обработване на храна с йонизиращо лъчение, за всеки отделен вид храна;
- за издаване на сертификат за минерална или изворна вода, добита от конкретно водоземно съоръжение на територията на Република България;
- за издаване на удостоверение за регистрация за извършване на дейност обработване на храни с йонизиращо лъчение;
- за вписване в регистъра на бизнес операторите и обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води.

Относно въведените нови административни режими със Закона за храните в областта на бутилираните натурални минерални, изворни и трапезни води и изискванията, регламентирани със Закона за храните, Закона за агрохранителната верига и Регламент (ЕС) 2017/625 на Европейския парламент и на Съвета от 15 март 2017 година относно официалния контрол и другите официални дейности, извършвани с цел да се гарантира прилагането на законодателството в областта на храните и фуражите, правилата относно здравеопазването на животните и хуманното отношение към тях, здравето на растенията и продуктите за растителна защита, се правят изменения в една от съществуващите такси и се въвеждат изцяло нови такси, както следва:

- за издаване на сертификат за минерална или изворна вода, добита от конкретно водоземно съоръжение на територията на Република България;
- за извършване на допълнителни проверки, които се налагат от констатирано несъответствие при извършване на официален контрол или по сигнали и жалби на граждани в случай на несъответствие;
- за издаване на заповед за признаване на натурална минерална вода или изворна вода, добивана на територията на Република България, и за промяна в обстоятелствата, посочени в заповедта за признаване;
- за издаване на заповед за признаване на натурална минерална вода или изворна вода, добивана извън територията на Република България, и за промяна в обстоятелствата, посочени в заповедта за признаване.

✓ **С реализирането на промяна в Наредба № 8 от 2019 г. за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти (обн., ДВ, бр. 68, 31.07.2020 г.)** се определят такива индикатори, които да характеризират дейността на структурите в лечебните заведения, които ще обучават студенти и/или специализанти, по най-обективния начин. В тази връзка индикаторът „използваемост на леглата“ се заменя с „обем на осъществената дейност“, който много поточно определя количествените параметри на осъществяваната дейност. Изборът за новия показател е свързан и с обстоятелството, че в повечето медицински стандарти по отделните медицински специалности/дейности са включени специфични количествени показатели за дейността, които структурата е задължена да изпълнява. По този начин нормативният акт се синхронизира с наредбите, които утвърждават медицинските стандарти.

Индикаторът, отнасящ се за процента на аутопсии спрямо починалите в структурата лица се отменя изцяло, по посочените по-горе причини, тъй като той не обективизира по подходящ начин възможностите на структурата да осъществява обучение и дори се явява пречка за лечебните заведения в това направление на дейност.

✓ **С Наредбата за изменение и допълнение на Наредба № 3 от 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения (ДВ, бр. 83, 25.9.2020 г.)** същата се привежда в съответствие с допуснатите със Закона за лечебните заведения нови възможности за субсидиране на лечебни заведения. С промени от месец юни 2020 г. в Закона за лечебните заведения е въведена възможност Министерството на здравеопазването да субсидира държавни и общински комплексни онкологични центрове за медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК, така както това се извършва по отношение на болничните лечебни заведения. С промени в Закона за лечебните заведения от месец август 2020 г. е въведена възможността за субсидиране със средства от бюджета на Министерството на здравеопазването на лечебни заведения за болнична помощ за поддържане готовността на клиники и отделения по инфекциозни болести за оказване на медицинска помощ при епидемично разпространение на заразна болест по чл. 61, ал. 1 или 3 от Закона за здравето, както и за поддържане готовността на клиники и отделения по инфекциозни болести през периода на обявено извънредно положение или извънредна епидемична обстановка поради епидемично разпространение на такава заразна болест.

✓ **С Постановление № 374 на МС от 17.12.2020 г. за изменение и допълнение на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, приета с Постановление № 119 на Министерския съвет от 2006 г. (ДВ, бр. 107 от 2020 г.)** се създава възможност при обявено извънредно положение или обявена извънредна епидемична обстановка поради разпространението на заразно заболяване, лекарите от първичната извънболнична помощ да могат да издават на пациенти от техния регистър електронни направления за медико-диагностични изследвания с оглед установяване на заразността от съответното заболяване. Направленията се издават без извършване на физикален преглед на пациента, но след провеждане на телефонна консултация за обсъждане на неговите оплаквания и снемане на анамнезата. Причина за това е обстоятелството, че в епидемична обстановка извършването на физикален преглед е силно затруднено както поради големия брой заразени, така и поради съществуващата опасност от заразяване на медицинските специалисти, а наличието на характерна за заболяването симптоматика от медицинска гледна точка е достатъчно основание за провеждането на медико-диагностични изследвания за установяване на заразното заболяване и за предписване на медикаменти за лечение.

Във връзка с това и предвид създаваната техническа възможност, с наредбата се допуска издаването и на електронни направления за хоспитализация и електронни рецепти (предписания). Така се преодолява и нормативната празнота, съществуваща по отношение на възможността за издаване на електронни документи – направления и рецепти (предписания) в процеса на предоставяне на медицинска помощ на гражданите.

✓ **С Наредбата за допълнение на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти (ДВ, бр. 107, 18.12.2020 г.)** се регламентира възможността за издаване на електронни рецепти (предписания). Така се преодолява нормативната празнота, съществуваща по отношение на възможността за предписване и отпускане на лекарствени продукти в електронна среда, чрез генериране от медицинските специалисти на електронни предписания и последващото им изпълнение в аптеките. Промяната е свързана и с промените в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.

2.3. Финансиране

2.3.1. Финансиране на здравни дейности от държавния бюджет

Разходите на държавния бюджет по функция “Здравеопазване” през 2020 г. в общ размер на 1 366,0 млн. лв., представени в таблица 15, 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 Министерския съвет, Министерство на здравеопазването, Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията, Министерство на отбраната, Министерство на вътрешните работи, Министерство на младежта и спорта.

Чрез бюджета на Министерството на здравеопазването се осъществяват 80,1% от всички разходи за функция „Здравеопазване” по държавния бюджет.

Таблица 18. Разходи за функция „Здравеопазване” за 2019 г. и 2020 г. по държавния бюджет

Ведомство	2019 г. (млн. лв.)	2020 г. (млн. лв.)	Разлика 2020 – 2019 (млн. лв.)
Министерство на здравеопазването	593,9	1 094,2	500,3
Министерски съвет	31,0	0,1	-30,9
Министерство на отбраната	181,8	208,3	26,5
Министерство на вътрешните работи	36,2	48,0	11,8
Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията	13,7	15,2	1,5
Министерство на младежта и спорта	0,2	0,2	0
Централен бюджет	5,2		5,2
Общо:	856,8	1 366,0	509,2

Източник: МФ

Общата численост на персонала в системата на Министерството на здравеопазването към 31.12.2020 г. е 14 163 щатни бройки. Съгласно Устройствения правилник на Министерството на здравеопазването общата численост на персонала в организационните структури и административни звена в централната администрация е 302 щатни бройки.

Числеността на персонала в 96 второстепенните разпоредители с бюджет е 13 863 щатни бройки както следва:

- 27 Центъра по спешна медицинска помощ (ЦСМП) – 7 113 щ. бр.;
- 28 Регионални здравни инспекции (РЗИ) – 2 470 щ. бр.;
- 12 Домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД) – 1 263 щ. бр.;
- 12 Държавни психиатрични болници (ДПБ) – 1 442 щ. бр.;
- 5 Центъра по трансфузионна хематология (ЦТХ) – 511 щ. бр.;
- Националният център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ) -102 щ. бр.;
- Национален център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА) – 202 щ. бр.;
- Национален център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ) – 203 щ. бр.;
- 3 Центъра за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания – 128 щ. бр.;
- Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (НСЦРЛП) – 44 щ. бр.;
- Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна помощ (НЦОКССМП) – 5 щ. бр.;
- Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ) – 194 щ. бр.;
- Изпълнителна агенция „Медицински надзор” (ИАНН) – 106 щ. бр.;

- Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК) – 73 щ. бр.;
- Център за асистирана репродукция (ЦАР) – 7 щ. бр.

Финансирането на здравни дейности от Министерство на здравеопазването се осъществява чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики, представени в Таблица 19.

**Таблица 19. Разходите по политики и програми 2019 – 2020 г.
(по бюджета на Министерство на здравеопазването)**

ПОЛИТИКИ И ПРОГРАМИ	Отчет 2019 г. (хил. лв.)	Отчет 2020 г. (хил. лв.)
1	2	3
ПОЛИТИКА В ОБЛАСТТА НА ПРОМОЦИЯТА, ПРЕВЕНЦИЯТА И КОНТРОЛА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ	90 081,2	471 365,3
Бюджетна програма "Държавен здравен контрол"	16 430,5	23 171,5
Бюджетна програма "Промоция и превенция на незаразните болести"	9 366,8	6 271,8
Бюджетна програма "Профилактика и надзор на заразните болести"	61 633,4	440 560,1
Бюджетна програма "Намаляване търсенето на наркотични вещества"	1 493,1	1 361,7
ПОЛИТИКА В ОБЛАСТТА НА ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО	469 969,5	572 209,3
Бюджетна програма "Контрол на медицинските дейности, здравна информация и електронно здравеопазване"	9 941,3	14 238,1
Бюджетна програма "Осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението"	95 281,4	153 907,1
Бюджетна програма "Спешна медицинска помощ"	215 932,3	247 145,8
Бюджетна програма "Психиатрична помощ"	70 656,1	77 563,2
Бюджетна програма "Осигуряване на кръв и кръвни продукти"	26 385,7	30 765,0
Бюджетна програма "Медико-социални грижи за деца в неравностойно положение, детско и майчино здравеопазване"	51 772,7	48 590,1
ПОЛИТИКА В ОБЛАСТТА НА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ	29 296,9	36 331,9
Бюджетна програма "Достъпни и качествени лекарствени продукти и медицински изделия"	29 296,9	36 331,9
Бюджетна програма "Администрация"	17 280,1	27 415,1
Общо разходи:	606 627,7	1 107 321,6

Ръстът в разходите през 2020 г., спрямо отчетените 2019 г. в системата на Министерството на здравеопазването, е над 57,8%, което е вследствие на усложнената епидемична обстановка, свързана с разпространението на коронавирусна инфекция на територията на Република България. Министерството на здравеопазването инициира редица действия, в т.ч. и нормативни промени, с цел създаване на организация за осигуряване на лечението на засегнатите и ограничаване на разпространението на заразата. Предвид опасността за здравето на нацията, се наложи да бъдат предприети редица бързи и целенасочени мерки за реструктуриране на здравната система, най-вече на лечебните заведения за болнична помощ.

В изпълнение на чл. 133, ал. 3 от Закона за публичните финанси, Министерството на здравеопазването изготвя и представя отчет за степента на изпълнението на програмния и ориентиран към резултатите бюджет, като идентифицира следните стратегически цели в рамките на основните политики:

✓ **Политика в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве**

Осигуряване на ефективен здравен контрол и ограничаване на заболяемостта, чрез осъществяване на *промоция и превенция* на незаразните болести, профилактика и надзор на заразните болести, намаляване на търсенето на наркотици.

✓ **Политика в областта на диагностиката и лечението**

Осигуряване на достъпна и качествена медицинска помощ и услуги: контрол на медицинските дейности, здравна информация и електронно здравеопазване, осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението, психиатрична помощ, медицинска помощ при спешни състояния, осигуряване на кръв и кръвни продукти, осигуряване на медико-социални грижи за деца в неравностойно положение, майчино и детско здравеопазване.

✓ **Политика в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия**

Осигуряване на навременен достъп до лекарствени продукти и медицински изделия, отговарящи на стандартите за качество, безопасност и ефективност.

Таблица 20. Справка за изпълнението на бюджета на Министерството на здравеопазването за 2019 г. и 2020 г. по направления (в хил. лева)

ПОКАЗАТЕЛИ	Отчет към 31.12.2019 г.	Отчет към 31.12.2020 г.	Изменение в хил. лева 2020 – 2019	Изменение в % 2020 – 2019
Разходи	606 627,7	1 107 321,6	415 639,0	68,52
Общо разходи	606 627,7	1 107 321,6	415 639,0	68,52
Текущи разходи	560 404,5	1 032 994,6	387 535,2	69,15
Персонал	260 218,7	295 224,6	35 005,9	13,45
Издръжка и други текущи разходи	123 643,9	436 148,0	312 504,2	252,75
в т.ч.				
за изпълнение на Национални програми	3 193,0	3 069,9	-123	-3,86
За централна доставка на лекарствени продукти и медицински изделия	62 578,4	333 415,7	270 837	432,80
Текущи трансфери, обезщетения и помощи за домакинства	21 427,4	19 724,9	-4 914,3	-22,93
в т.ч.				
за лечение на български граждани в чужбина	173,4	0,0	-173,4	-100
за дейности по асистирана репродукция	18 341,7	19 704,0	1362,3	7,43
за лечение на български граждани до 18-годишна възраст	2 912,3	0,0	-2 912,3	-100
Субсидия за нефинансови предприятия	154 369,2	275 458,5	39 246,2	25,4
в т.ч.				
субсидия за болнична помощ	150 445,4	271 706,8	121 261,4	80,6
субсидия за разходи за национални програми	4 032,8	3 346,8	-686,0	-17,01
субсидия за организации с нестопанска цел	317,6	5 949,9	5 632,3	1 773,39

Със Закона за държавния бюджет на Република България за 2020 г., утвърдените разходи по бюджета на Министерство на здравеопазването за 2020 г. са в размер на **662 051, 9** хил. лв. По уточнен план, утвърдените разходи на МЗ за 2020 г. са в размер на 1 120 430,3 хил. лв. През 2020 г. са **разходвани 1 107 321,6 хил. лв.** или 98,83% от заложените в годишен план. В сравнение с 2019 г. се отчита увеличение от 415 639,0 хил. лв. или 68,52%.

Основните направления, по които са усвоени средствата през 2020 г., са следните:

➤ **разходи за персонал** в размер на 295 224, 6 хил. лв. В сравнение с 2019 г. се отчита увеличение от 35 005,9 хил. лв. или 13,4%. Със Закона за държавния бюджет на Република България за 2020 г. са предвидени средства във връзка с увеличение на минималната работна заплата, както и средства за увеличение на заплатите на работещите в системата на МЗ. С

Постановление на Министерския съвет № 197 от 6 август 2020 г. са предоставени допълнителни средства по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2020 г. за увеличаване на възнагражденията на персонала на второстепенни разпоредители с бюджет към министъра на здравеопазването, които осъществяват дейности, свързани с лечението, предотвратяване на разпространението и/или преодоляване на последиците от COVID-19, включително за служители на първа линия, чиито задължения включват обслужване и контрол „на терен“, с пряк контакт с други лица.

➤ **разходи за ведомствена издръжка** в размер на 99 830,2 хил. лв. По-голяма част от разходите са отчетени от Министерство на здравеопазването – Централно управление в размер на 37 477,4 хил. лв., Центровете за спешна медицинска помощ в размер на 18 736,8 хил. лв., Регионалните здравни инспекции – 16 429,9 хил. лв. и Държавните психиатрични болници в размер на 8 696,3 хил. лв.

➤ **средства за капиталови разходи** в размер на 26 710,2 хил. лв. за инвестиционни проекти на МЗ – Централно управление и второстепенните разпоредители с бюджет.

➤ **администрирани разходи** по бюджета на Министерство на здравеопазването в размер на 685 556,4 хил. лв., като спрямо 2019 г. е отчетен ръст от 409 428,5 хил. лв. или с 148,3% и включват разходи за:

➤ Централни доставки в размер на 333 415,7 хил. лв., от които са отчетени в Министерството на здравеопазването-Централно управление, в т.ч.:

- Ваксини и тестове, в т. ч. за COVID-19 предоставени с Постановление № 401 на Министерския съвет от 2020 г. и Постановление № 409 на Министерския съвет от 2020 г., които са преведени по сметка за чужди средства – 254 583,9 хил. лв;

- Лекарствени продукти /по Наредба 34/2005 и за лечение на COVID-19, в т.ч. предоставени с Постановление № 402 на Министерския съвет от 2020 г., които са преведени по сметка за чужди средства – 61 713,7 хил. лв;

- За радиоактивни лекарствени продукти, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори /Наредба 34/2005/ 2 241,8 хил. лв.;

- Доставка на реактиви за NAT технология за диагностика на дарената кръв 13 437,9 хил. лв.;

- Медицински изделия по чл.7 и чл.9 от Наредба №26/2007 г. 1 438,3 хил. лв.

➤ Национални програми в размер на 6 416,7 хил. лв., в т.ч.:

- Национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018-2022 г. към Стратегията за намаляване на риска от облъчване от радон 2018-2027 г. в размер на 94,9 хил. лв.

- Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите 2012–2020 г. в размер на 221,2 хил. лв.

- Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в Република България за периода 2015 – 2020 г. в размер на 858,1 хил. лв.

- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести /2013-2020 г./ в размер на 189,9 хил. лв.

- Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2017-2020 в размер на 308,5 хил. лв.

- Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Р. България 2017-2020 в размер на 857,0 хил. лв.

- Национална програма на Република България за готовност за грипна пандемия в размер на 120,0 хил. лв.

- Национална програма за първична профилактика на рак на маточната шийка в Република България 2017-2020 в размер на 8,7 хил. лв.

- Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в България 2017-2021 в размер на 29,9 хил. лв.

- Национална програма за елиминация на морбили и рубеола, 2019-2022 г. в размер на 104,9 хил. лв.
- Национална програма за подобряване ваксинапрофилактиката на сезонния грип, 2019-2022 г. в размер на 45,2 хил. лв.
- Национален план за действие на Националната стратегия за борба срещу наркотиците в размер на 155,0 хил. лв.
- Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве в размер на 3 346,7 хил. лв.
- Национална програма за насърчаване на донорството и подпомагане на трансплантацията в Република България (2019 – 2023 г.) в размер на 76,2 хил. лв.

➤ Отчетените разходи за извършване на дейности по асистирана репродукция в лечебни заведения в Република България от Центъра за асистирана репродукция са в размер на 19 704,0 хил. лв.

➤ Отчетените субсидии включват субсидии за държавните и общински лечебни заведения за болнична помощ за дейности по реда на Наредба №3/05.04.2019 г. и трансплантации по реда на Закона за трансплантации на органи тъкани и клетки и чл. 7, ал. 1 от Наредба № 29/2007 г. и субсидии за поддържане на готовност за оказване на медицинска помощ през периода на обявена извънредна епидемична обстановка чрез осигуряване на над 50 на сто от легловия капацитет за лечение на пациенти с коронавирусна инфекция – 271 567,5 хил. лв.

➤ Отчетените средства за субсидии и други текущи трансфери за юридически лица с нестопанска цел са в размер на 5 949,9 хил. лв., представляват предоставената субсидия на Българския Червен кръст и разходи за дейности по Програмите по Глобалния фонд за борба със СПИН/ХИВ, туберкулоза и малария

➤ Отчетени са средства за членски внос и участие в нетърговски организации и дейности в размер на 488,6 хил. лв. Със средства в размер на 455,8 хил. лв. са изплатени финансовите ангажименти за участие на Република България в Световната здравна организация, Здравната мрежа на страните от Югоизточна Европа и др., 6,4 хил. лв. лева са разплатени за участие на Република България в Международната асоциация на националните институти по обществено здраве, 1,9 хил. лв. са платени за участие на Република България в Европейска асоциация за инспекция и надзор в здравеопазването и социалната сфера, 24,5 хил. лв. лева са платени за участие на Република България в Система за сътрудничество в областта на фармацевтичните инспекции.

➤ Средствата за капиталови разходи за инвестиционни проекти за лечебните заведения за болнична помощ са в размер на 46 616,7 хил. лв. лева. Капиталовите трансфери за Българския червен кръст към 31.12.2020 г. са в размер на 1 000,0 хил. лв.

С Наредба № 3 от 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения (обн. ДВ. бр.29 от 8 април 2019 г.,) се субсидират лечебните заведения за дейности извън задължителното здравно осигуряване. Наредбата е разработена на основание чл. 106а, ал. 6 от Закона за лечебните заведения и чл. 82, ал. 1, т. 6а, 6в, 8 и 9 и ал. 5 от Закона за здравето, съгласно които министърът на здравеопазването определя с наредба критериите и реда, по които се извършва субсидиране на лечебни заведения от Министерството на здравеопазването.

Законът за лечебните заведения определя следните случаи на субсидиране на лечебни заведения от Министерството на здравеопазването:

1. субсидират се преобразуваните държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ и лечебните заведения за болнична помощ с държавно и/или общинско участие в капитала за:

- дейностите по чл. 82, ал. 1, т. 6а от Закона за здравето – осигуряване на медицински дейности при пациенти с инфекциозни заболявания по списък, определен с наредба на министъра на здравеопазването, включително за предотвратяване на епидемиологичен риск;

- дейностите по чл. 82, ал. 1, т. 6в от Закона за здравето – осигуряване на медицински дейности при пациенти с неспецифични белодробни заболявания по списък, определен с наредба на министъра на здравеопазването;
- дейности по чл. 82, ал. 1, т. 8 от Закона за здравето, определени с наредба на министъра на здравеопазването, а именно – по заплащане на лечение за заболявания при условия и по ред, също определени от министъра на здравеопазването;
- дейностите по чл. 82, ал. 1, т. 9 от Закона за здравето – осигуряване на устойчивост на медицинските дейности и специализираните грижи, предоставяни на определени лица в изпълнение на проекти и програми, финансирани със средства от Европейските структурни и инвестиционни фондове или от други международни финансови институции и донори, по списък, определен с наредба на министъра на здравеопазването;
- дейности по поддържане на медицински регистри, определени с наредба на министъра на здравеопазването;

2. субсидират се държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ, държавни и общински центрове за психично здраве и държавни и общински комплексни онкологични центрове за:

- дейностите по чл. 82, ал. 1, т. 3 от Закона за здравето – стационарна психиатрична помощ;
- дейностите по чл. 82, ал. 1, т. 3б от Закона за здравето – лечение със субституиращи и поддържащи програми с метадон и дневни психорехабилитационни програми;
- медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК;

3. за дейности по т. 1 и 2 могат да се субсидират и лечебните заведения към Министерския съвет, Министерството на здравеопазването, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията;

4. субсидират се лечебни заведения за болнична помощ – за оказване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешни отделения, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение;

5. субсидират се държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ за оказване на консултативна медицинска помощ на спешни пациенти по искане на дежурните екипи в централите за спешна медицинска помощ;

6. финансират се държавни и общински лечебни заведения, в които ветерани от войните, военноинвалиди и военнопострадали осъществяват правото си на отпих и лечение, предвидено в нормативен акт, като медицинската помощ при ветераните се определя по ред и списък от министъра на здравеопазването;

7. могат да се субсидират учредени от общините и/или държавата лечебни заведения за болнична помощ за дейността им на адреси в населени места в труднодостъпни и/или отдалечени райони, като критериите и редът за определяне на лечебните заведения и за предоставяне на субсидиите се определят с наредба на министъра на здравеопазването.

8. субсидират се държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ и лечебни заведения за болнична помощ с държавно и/или общинско участие в капитала за поддържане готовността на клиники и отделения по инфекциозни болести за оказване на медицинска помощ при епидемично разпространение на заразни болести по чл. 61, ал. 1 или 3 от Закона за здравето.

Средствата, изплатени по реда на Наредба № 29 от 27.06.2007 г. за условията, реда и размера на финансиране на дейности на националната система за трансплантация от Министерството на здравеопазването са в размер на 13 989,7 хил. лв. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита увеличение от 1 716,8 хил. лв. или 12,3%.

9. През 2020 г. са отчетени средства в размер на 234 861,2 хил. лв. от ЕС и Други програми и инициативи, по които България е страна-партньор. Спрямо извършените през предходната година плащания се отчита увеличение от 208 134, 6 хил. лв. или 88,6%.

2.3.2. Финансиране чрез бюджета на Националната здравноосигурителна каса

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2020 г. (ЗБНЗОК) са одобрени приходи и трансфери – всичко в размер на 4 744 704,9 хил. лв.

През годината одобрените приходи и трансфери са увеличени с 1 847,0 хил. лв. допълнителен трансфер от държавния бюджет на основание ПМС № 247 от 03.09.2020 г. В резултат на промяната годишният план е в размер на 4 746 551,9 хил. лв.

Общият размер на получените от НЗОК приходи и трансфери – всичко към 31.12.2020 г. възлиза на 4 733 419,7 хил. лв. В сравнение със същия период на 2019 г. се отчита увеличение с 336 892,2 хил. лв. или със 7,7%, което се дължи основно на ръста на здравноосигурителните приходи през 2020 г.

Общият размер на получените за 2020 г. здравноосигурителни приходи са в размер на 4 585 532,8 хил. лв. В сравнение със същия период на 2019 г. се отчита ръст от 266 456,8 хил. лв. или с 6,2%.

Приетите със Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2020 г. здравноосигурителни вноски на НЗОК са в размер на 3 107 134,2 хил. лв. В хода на изпълнението на бюджета, с ПМС № 362 от 10.12.2020 г., те са намалени с 61 015,9 хил. лв., поради риск от неизпълнение. С постановлението е одобрен и допълнителен трансфер от държавния бюджет в размер на 61 015,9 хил. лв. по бюджета на НЗОК за финансиране на утвърдените разходи и компенсиране неизпълнението на приходите. Поради по-доброто изпълнение на приходите от очакваното, в края на годината МФ променя допълнителния трансфер по бюджета на НЗОК в размер на 43 398,9 хил. лв. Постъпилите към 31.12.2020 г. здравноосигурителни вноски са в размер на 3 051 938,7 хил. лв., което представлява изпълнение от 100,2% спрямо заложените в годишния план за 2020 г. средства. В сравнение с 2019 г. се отчита ръст със 127 451,7 хил. лв. или с 4,4%.

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2020 г. са приети трансфери за здравно осигуряване в размер на 1 533 599,5 хил. лв. Към 31.12.2020 г. са получени 1 533 594,1 хил. лв., което представлява 100,0% от заложените в ЗБНЗОК за 2020 г. средства или със 139 005,1 хил. лв. повече в сравнение с получените през 2019 г.

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2020 г. са приети неданъчни приходи в размер на 20 571,2 хил. лв. Отчетените неданъчни приходи и дарения към 31.12.2020 г. са в размер на 19 226,6 хил. лв., или намаление с 14,4% спрямо 2019 г.

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2020 г. са одобрени трансфери от Министерството на здравеопазването по бюджета на НЗОК в размер на 83 400 хил. лв. Постъпилите трансфери от Министерството на здравеопазването по бюджета на НЗОК към 31.12.2020 г. са в размер на 100% от одобрените.

Със Закона за бюджета на НЗОК за 2020 г. за разходи и трансфери – всичко са одобрени средства в размер на 4 744 704,9 хил. лв.

В резултат на утвърдените през годината промени, годишният план на разходи и трансфери – всичко е в размер на 4 746 551,9 хил. лв., а към 31.12.2020 г. са отчетени 4 738 218,1 хил. лв. или 99,8% от заложените в годишния план средства. В сравнение с 2019 г. се отчита увеличение на разходите и трансферите с 304 654,6 хил. лв. или с 6,9%.

Разходите по ЗБНЗОК за 2020 г. са в размер на 4 739 172,7 хил. лв., които след направената промяна през годината достигат 4 741 169,0 хил. лв. Към 31.12.2020 г. са отчетени разходи в размер на 4 626 130,8 хил. лв., или 4 733 063,9 хил. лв. с включени трансфери към бюджетни организации в размер на 106 933, 1 хил. лв. Ръстът спрямо 2019 г. е 304 921,5 хил. лв. или 6,9%.

През отчетния период средствата са усвоени по направления, както следва:

- разходи за персонал – 46 795,5 хил. лв., представляващи 1,0% от отчетените разходи и трансфери – всичко;
- издръжка на административните дейности – 12 719 хил. лв., представляващи 0,3% от отчетените разходи и трансфери – всичко;

- здравноосигурителни плащания – 4 478 889,7 хил. лв., или 4 585 743,3 хил. лв., вкл. 106 853,6 хил. лв. предоставени трансфери към бюджетни организации, сключили договори за извършване на медицински услуги с НЗОК, представляващи 97,3% от извършените разходи и трансфери – всичко. Увеличението на здравноосигурителните плащания спрямо 2019 г. е 270 043 хил. лв. или 6,3%;

- плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването по чл. 1, ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2020 г. – отчетени са 83 213,4 хил. лв., от които: 16 652,1 хил. лв. за дейности във връзка с лечение на деца до 18 годишна възраст, 14 076,7 хил. лв. за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО за доплащане на потребителски такси на пенсионери, 34 339,0 хил. лв. за медицински изделия, помощни средства, приспособления и съоръжения за хората с увреждания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

- придобиване на нефинансови активи – 4 592,7 хил. лв.;

- предоставени трансфери на НАП по чл. 24, т. 6 от ЗЗО – 5 303,5 хил. лв.

Съгласно ЗБНЗОК за 2020 г. бюджетът на НЗОК за 2020 г. е приет с балансирано бюджетно салдо.

В резултат на отчетените към 31.12.2020 г. разходи и трансфери – всичко в общ размер на 4 738 218,1 хил. лв., спрямо отчетените приходи и трансфери – всичко в общ размер на 4 733 419,7 хил. лв. се формира отрицателно бюджетно салдо за годината в размер на 4 798,4 хил. лв., финансирано с наличността по сметката на НЗОК към 01.01.2020 г., съгласно чл.48, ал.4 от Закона за публичните финанси.

Изпълнението на ЗБНЗОК през 2020 г. е осъществено при извънредни условия, свързани с появата и развитието на пандемията от COVID 19 през годината и необходимостта от прилагане на допълнителни и извънредни мерки за осигуряване на нормално финансиране на изпълнителите на медицинска и дентална помощ, договорни партньори на НЗОК.

2.3.2.1. Здравноосигурителни плащания

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 4 453 976,8 хил. лв. През годината, съгласно промени по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ (със средства от резерва на НЗОК), средствата бяха увеличени със 139 222 хил. лв. След извършените промени, годишният план е в размер на 4 593 198,8 хил. лв. (в т.ч. 106 853,6 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Извършените към 31.12.2020 г. здравноосигурителни плащания са в размер на 4 585 743,3 хил. лв. (в т.ч. 106 853,6 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 99,8% от заложените в годишен план средства. В сравнение с 2019 г. се отчита увеличение от 270 043 хил. лв. или с 6,3%.

Във връзка с възникналата през 2020 г. пандемия от COVID 19, в изпълнение на чл.15а от Закона за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на Народното събрание от 13 март 2020 г., и за преодоляване на последиците, за времето на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка и до три месеца след нейната отмяна НЗОК и Българският лекарски съюз (БЛС), съответно Българският зъбо-лекарски съюз (БЗС), подписаха анекси към съответния национален рамков договор (НРД), за заплащане по условия и ред, определени в „Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнители на медицинска помощ, на дентална помощ и на медико-диагностични дейности за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка“ (Методиката). Заплатените през 2020 г. суми по Методиката възлизат на 277 491,9 хил. лв. или 6,1% от здравноосигурителните плащания през годината.

Заплатените по Методиката средства целят преодоляване на последиците за здравната система от ограниченията, въведени по времето на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка, които доведоха до ограничаване на достъпа до здравните дейности, услуги и стоки от основния пакет медицинска помощ, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно чл.45 от ЗЗО.

Отчетените и заплатени през 2020 г. дейности, услуги и стоки от основния пакет на НЗОК, осигурени на правоимащите по ЗЗО лица (ЗОЛ) са както следва:

- първично медицинско обслужване на 5 868,1 хил. ЗОЛ, регистрирани при изпълнители на първична медицинска помощ, или с 0,9% по-малък средногодишен брой ЗОЛ спрямо 2019 г. Запазва се демографската тенденция на застаряване на ЗОЛ – през 2020 г. 25,4% от регистрираните ЗОЛ са във възрастова група над 65 години, спрямо 25% през 2019 г., което обуславя и тенденцията за ръст на здравноосигурителните плащания на 1 ЗОЛ.

- в извънболничната помощ са отчетени 8 972,6 хил. профилактични и диспансерни прегледи и имунизации от изпълнители на първична медицинска помощ или с 10,4% по-малко спрямо 2019 г.; 18 417,5 хил. дейности на изпълнители на специализирана извънболнична медицинска помощ или с 12,5% по-малко спрямо 2019 г.; 5 258,7 хил. дейности на изпълнители на дентална помощ или с 15,4% по-малко спрямо 2019 г.; 19 100,1 хил. медико-диагностични изследвания (в т.ч. и 71,6 хил. изследвания „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“) или с 10% по-малко спрямо 2019 г.

- аптеките са предоставили лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, заплащани напълно или частично на НЗОК, на 1 449,1 хил. ЗОЛ, което е с 44,8 хил. ЗОЛ или с 3% по-малко от 2019 г. Във връзка с ограниченията, наложени от извънредната епидемична обстановка, с цел спазване на мерките за намаляване на социалните контакти, през 2020 г. НЗОК въведе получаване от ЗОЛ на назначените им лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, на база на изпълнената последна рецепта от аптеката, без необходимост от посещение при личния лекар за издаване на нова рецепта, което осигури на ЗОЛ, получаването на необходимата терапия, въпреки усложнените условия, свързани с пандемията от COVID-19.

- броят на болните със злокачествени заболявания и животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с вродени коагулопатии, получавали лекарствени продукти в условията на болничната помощ през 2020 г. се запазва спрямо 2019 г. на 36,4 хил. ЗОЛ. Основният дял в разходите на НЗОК (88% през 2020 г. и 83% през 2019 г.) за лекарствени продукти, прилагани при лечение на пациенти със злокачествени заболявания се дължи на прилагане на терапия с оригинални, скъпоструващи медикаменти. Лекарствените продукти от тези международни непатентни наименования (INN) са самостоятелни и са предназначени за скъпоструваща таргетна, имуно и хормонотерапия при лечение на пациенти със злокачествени новообразувания на храносмилателните органи, рак на гърдата, на бронхите и белия дроб, меланом на кожата, нехочкинов лимфом, миелоидна левкемия, простата и др.

- в болничната помощ са отчетени общо 1 819,9 хил. клинични пътеки (КП) или с 15% по-малко спрямо 2019 г., 234,6 хил. клинични процедури (КПр) или с 2,2% по-малко спрямо 2019 г., 1 232 хил. амбулаторни процедури (АПр) или с 1,5% по-малко спрямо 2019 г. и 69,9 хил. медицински изделия (импланти) или с 11,5% по-малко от 2019 г.

- с извършените през 2020 г. плащания на стойност 106 592,7 хил. лв. по постъпили искиове от други държави по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност, са заплатени 75,5% от неприключените към 01.01.2020 г. искиове от други държави, като задълженията към другите държави от 141 236 хил. лв. към началото на 2020 г. са намалени на 138 673,6 хил. лв. към 31.12.2020 г.

Намалението на извършените дейности, в т.ч. и дейностите по профилактика и диспансерно наблюдение, в следствие от ограниченията на достъпа до здравните дейности, наложени от извънредната епидемична обстановка, е предпоставка за бъдещо увеличение на броя на хоспитализациите в болнична помощ, вкл. и на хоспитализациите в по-висока степен на тежест на заболяванията и изискващи интензивно лечение, което съответно би рефлектирало в ръст на разходите за болнична медицинска помощ за бъдещи периоди. Това дава основание за поставяне за обсъждане на следните препоръки:

- оптимизиране структурата на диагностично-лечебните алгоритми на дейностите в болнична помощ, като обхват на процедури и дейности, а също и като обхват на диагнози, и съответно оптимизиране на пакета на дейностите в болнична помощ, което би довело до отпадане на някои КП и АПр или трансформиране на КП в АПр;

- включване на нови дейности в пакета болнична помощ за пациенти, които досега са обслужвани извън страната – напр. ретинобластом при деца, ретинопатия на новороденото или дейности, които подобряват качеството на живот при пациенти с някои заболявания – напр. пластика на пикочен мехур и интраоперативна лъчетерапия при хирургични процедури на матка и простатна жлеза.

- въвеждане на степен на тежест на състоянието при хоспитализация и съответно диференциране на заплащането съобразно степенна скала на ресурсната необходимост, която се поражда от съответната скала на тежест на заболяването, като повод за хоспитализация.

Наложилите се в медицинската практика терапевтични подходи, включващи използването на иновативни лекарствени продукти, представляващи персонализирана прицелна терапия, осигуряват по-добър терапевтичен отговор и оказват влияние върху продължителността и качеството на живот на пациентите. Включването в Позитивния лекарствен списък (ПЛС) на лекарства–сираци за лечение на редки заболявания, при които технологията по създаването на лекарствения продукт е скъпоструваща, определя висока стойност на курс лечение на един пациент. И двете тенденции водят до значителен ръст на разходите на НЗОК.

По видове здравноосигурителни плащания изпълнението е както следва:

■ **Здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)**

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 244 000 хил. лв. През годината с решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 34 434,2 хил. лв., в т.ч.:

- по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ (със средства от резерва на НЗОК) – увеличение с 41 392,4 хил. лв.;
- по реда на чл.115 от ЗПФ (вътрешно-компенсирани промени) – намаление с 6 958,2 хил. лв.

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за ПИМП за 2020 г. възлиза на 278 434,2 хил. лв.

Към 31.12.2020 г. за ПИМП са изплатени 277 629,5 хил. лв., което представлява 6,1% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита ръст с 51 193 хил. лв. или с 22,6%.

От общите плащания за ПИМП през 2020 г.:

- 9 622,7 хил. лв. (или 3,5%) представляват авансово заплащане на изпълнителите на ПИМП по сключените договори с РЗОК за извършена дейност през м. декември 2020 г., съгласно "Условия и ред в изпълнение на чл.13 от НРД за медицинските дейности за 2020 – 2022 г. определени съвместно между НЗОК и БЛС".

- 22 178,1 хил. лв. (или 8%) са в изпълнение на Методиката, съгласно чл.187а от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

Стойността на дейността от пакета на изпълнителите на ПИМП за подлежащия на заплащане през 2020 г. период (м. декември 2019 г. – м. ноември 2020 г.) съгласно НРД, възлиза на 245 842,4 хил. лв. Спрямо заплатената през 2019 г. дейност ПИМП за периода м. декември 2018 г. – м. ноември 2019 г. се отчита общо увеличение на стойността с 19 396,2 хил. лв. или с 8,6%.

През 2020 г. заплатената от НЗОК дейност на изпълнителите на ПИМП по направления се характеризира с:

- Общо намаление на регистрираните ЗОЛ – отчетен средномесечен брой от 5 868,1 хил. ЗОЛ, което е с 54,3 хил. лица или с 0,9% по-малко от 2019 г. Най-голямо е намалението

на ЗОЛ във възрастова група от 18- до 65-годишна възраст – с 58,4 хил. лица или с 1,8%. Във възрастова група до 18 години се отчита намаление с 5,3 хил. лица или с 0,4%. Само във възрастова група 65 и повече години се отчита увеличение с 9,4 хил. лица или с 0,6%. Продължава тенденцията на застаряване на ЗОЛ – делът на ЗОЛ на и над 65-годишна възраст нараства от 25% през 2019 г. на 25,4% през 2020 г.

- Общо намаление на отчетената профилактична и диспансерна дейност в следствие на ограниченията, въведени по времето на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка – отчетени общо 8 972,6 хил. прегледа и имунизации, което е с 1 040 хил. бр. дейности или с 10,4% по-малко спрямо 2019 г. Най-голямо намаление се отчита при дейностите по извършване на задължителните имунизации и реимунизации, като при ЗОЛ до 18-годишна възраст намалението е с 24,5%, а при ЗОЛ над 18-годишна възраст е с 23%. Единствената категория дейности в ПИМП, за които през 2020 г. се отчита ръст в отчетените обеми са прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания – отчетени 958,5 хил. прегледа, което е с 14,9 хил. прегледа или с 1,6% повече от отчетените през 2019 г. прегледи от тази група.

- Като една от мерките за компенсиране на последиците от пандемичната обстановка, към договореното с НРД увеличение от 01.01.2020 г. на цените, заплащани на изпълнители на ПИМП (средно с 14,2%), от 01.08.2020 г. беше договорено допълнително увеличение на цените средно с 9,3%.

Общият ръст на здравноосигурителните плащания за ПИМП през 2020 г. спрямо 2019 г. от 51 193 хил. лв. се дължи на:

- плащанията по реда на Методиката в размер на 22 178,1 хил. лв. (или 43,3% от ръста);
- увеличението на цените на дейностите през 2020 г., което въпреки намалението на дейността през 2020 г., формира 19 392,2 хил. лв. или 37,9% от ръста на разходите;
- авансово заплатените 9 622,7 хил. лв. (или 18,8% от ръста).

▪ **Здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) (СИМП)**

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 264 700 хил. лв. През годината с решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 14 170 хил. лв., в т.ч.:

- по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ (със средства от резерва на НЗОК) – увеличение с 20 833,1 хил. лв.;
- по реда на чл.115 от ЗПФ (вътрешно-компенсирани промени) – намаление с 6 663,1 хил. лв.

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за СИМП за 2020 г. възлиза на 278 870 хил. лв. (в т.ч. 1 037,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2020 г. за СИМП са изплатени 277 999,6 хил. лв. (в т.ч. 1 037,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 6,1% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита ръст с 27 776,7 хил. лв. или с 11,1%.

От общите плащания за СИМП през 2020 г.:

- 11 973,7 хил. лв. представляват авансово заплащане на изпълнителите на СИМП по сключените договори с РЗОК за извършена дейност през м. декември 2020 г., съгласно "Условия и ред в изпълнение на чл.13 от НРД за медицинските дейности за 2020 – 2022 г. определени съвместно между НЗОК и БЛС".

- 31 244 хил. лв. са в изпълнение на Методиката, съгласно чл.201а от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

Стойността на дейността на изпълнителите на СИМП от подлежащия на заплащане през 2020 г. период (м. декември 2019 г. – м. ноември 2020 г.) съгласно НРД, възлиза на 241

003,5 хил. лв., като 6 210,7 хил. лв. от нея е заплатена на изпълнителите на СИМП авансово през 2019 г., а 10,9 хил. лв. са отложени за заплащане в следващ период.

Спрямо стойността на заплатената през 2019 г. дейност СИМП за периода м. декември 2018 г. – м. ноември 2019 г. се отчита общо намаление с 3 004,9 хил. лв. или с 1,2%, което се дължи на общо намаление на обема на отчетената дейност в следствие на ограниченията, въведени по времето на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка – през 2020 г. са отчетени общо 18 417,5 хил. специализирани дейности, което е с 2 631 хил. бр. дейности или с 12,5% по-малко спрямо 2019 г. По направления на дейността, намалението е както следва:

- специализирани прегледи (първични и вторични) по повод остри състояния – отчетени общо 8 972,3 хил. прегледа, което е с 1 221,2 хил. прегледа или с 12% по-малко от 2019 г.;

- специализирани прегледи по повод диспансерно наблюдение – отчетени общо 653 хил. прегледа, което е със 131,8 хил. прегледа или с 16,8% по-малко от 2019 г.;

- специализирани профилактични прегледи – отчетени общо 348,4 хил. прегледа, което е с 46,9 хил. дейности или с 11,9% по-малко от 2019 г.

- експертизна дейност – отчетени общо 994,1 хил. прегледа, което е с 68,7 хил. прегледа или с 6,5% по-малко от 2019 г.;

- високо-специализирани дейности (ВСД) – отчетени общо 722,2 хил. ВСД, което е с 63,8 хил. ВСД или с 8,1% по-малко от 2019 г.;

- физиотерапевтични дейности (прегледи и процедури) – отчетени общо 6 727,4 хил. физиотерапевтични дейности, което е с 1 098,5 хил. дейности или с 14% по-малко от 2019 г.

Като една от мерките за компенсиране на последиците от пандемичната обстановка, към договореното с НРД увеличение от 01.01.2020 г. на цените на дейностите в СИМП, (средно с 10,6%), от 01.08.2020 г. беше договорено допълнително увеличение на цените средно с 4,4%.

Въпреки увеличението на цените на дейностите през 2020 г., като следствие от общото намаление на дейността през 2020 г., ръстът от 27 776,7 хил. лв. на здравноосигурителните плащания за СИМП през 2020 г. спрямо 2019 г. се дължи единствено на плащанията по реда на Методиката в размер на 31 244 хил. лв.

▪ **Здравноосигурителни плащания за дентална помощ (ДП)**

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 179 800 хил. лв. През годината с решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 32 243,5 хил. лв., в т.ч.:

- по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ (със средства от резерва на НЗОК) – увеличение с 27 141 хил. лв.;

- по реда на чл.115 от ЗПФ (вътрешно-компенсирани промени) – увеличение с 5 102,5 хил. лв.

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за ДП за 2020 г. възлиза на 212 043,5 хил. лв.

Към 31.12.2020 г. са изплатени 210 979,3 хил. лв., което представлява 4,6% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита ръст с 46 406,1 хил. лв. или с 28,2%.

От общите плащания за ДП през 2020 г.:

- 6 708,1 хил. лв. представляват авансово заплащане на изпълнителите на ДП по сключените договори с РЗОК за извършена дейност през м. декември 2020 г., съгласно "Условия и ред в изпълнение на чл.12, ал.5 от НРД за денталните дейности за 2020 – 2022 г. определени съвместно между НЗОК и БЗС".

- 51 210,4 хил. лв. са в изпълнение на Методиката, съгласно чл.122а от НРД за денталните дейности за 2020-2022 г.

Стойността на дейността на изпълнителите на ДП от подлежащия на заплащане през 2020 г. период (м. декември 2019 г. – м. ноември 2020 г.) съгласно НРД, възлиза на 158 185,1 хил. лв., като 4 383,3 хил. лв. от нея е заплатена на изпълнителите на ДП авансово през 2019 г., а 741 хил. лв. са отложени за заплащане в следващ период.

Спрямо стойността на заплатената през 2019 г. дейност ДП за периода м. декември 2018 г. – м. ноември 2019 г. се отчита общо намаление с 2 014,2 хил. лв. или с 1,3%, което се дължи на общо намаление на обема на отчетената дейност в следствие на ограниченията, въведени по времето на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка – през 2020 г. са отчетени общо 5 258,7 хил. дентални дейности, което е с 956,3 хил. бр. дейности или с 15,4% по-малко спрямо 2019 г.

Общо за 12-месечния период, заплатен през 2020 г., с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус са обхванати 1 310,5 хил. ЗОЛ над 18 години или 28,1% от ЗОЛ над 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,1 дентални дейности. За сравнение през аналогичния период, заплатен през 2019 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус са обхванати 1 495,5 хил. ЗОЛ над 18 години или 31,8% от ЗОЛ над 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,3 дентални дейности.

Общо за 12-месечния период, заплатен през 2020 г., с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус са обхванати 291,5 хил. ЗОЛ до 18 години или 24,1% от ЗОЛ до 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,6 дентални дейности. За сравнение през аналогичния период, заплатен през 2019 г. с обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус са обхванати 343,6 хил. ЗОЛ до 18 години или 28,3% от ЗОЛ до 18 години, като средно на едно обхванато ЗОЛ са оказани 2,7 дентални дейности.

Денталните дейности, при които през 2020 г. се отчита увеличение са тези по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена горна челюст с горна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години – през 2020 г. са отчетени общо 62,6 хил. броя дейности на стойност 12 519,8 хил. лв., което е с 42,3 хил. бр. дейности и 8 465,4 хил. лв. или с 208,8% повече от 2019 г.

Като една от мерките за компенсиране на последиците от пандемичната обстановка, към договореното с НРД увеличение от 01.01.2020 г. на цените на дейностите в ДП, заплащани от НЗОК (средно с 9,2%), от 01.09.2020 г. беше договорено допълнително увеличение средно с 9,8% на цените, заплащани от НЗОК.

Въпреки увеличението на цените на дейностите през 2020 г., като следствие от общото намаление на дейността през 2020 г., ръстът от 46 406,1 хил. лв. на здравноосигурителните плащания за ДП през 2020 г. спрямо 2019 г. се дължи единствено на плащанията по реда на Методиката в размер на 51 210,4 хил. лв.

■ **Здравноосигурителни плащания за медико-диагностична дейност (МДД)**

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 94 300 хил. лв. През годината с решения на НС на НЗОК средствата бяха увеличени общо с 15 101,9 хил. лв., в т.ч.:

- по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ (със средства от резерва на НЗОК) – увеличение с 9 750,3 хил. лв.;
- по реда на чл.115 от ЗПФ (вътрешно-компенсирани промени) – увеличение с 5 351,5 хил. лв.

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за МДД за 2020 г. възлиза на 109 401,9 хил. лв. (в т.ч. 791,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2020 г. са изплатени 108 493,5 хил. лв. (в т.ч. 791,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 2,4% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита ръст с 18 769,4 хил. лв. или с 20,9%.

От общите плащания за МДД през 2020 г.:

- 5 878,4 хил. лв. представляват авансово заплащане на изпълнителите на МДД по сключените договори с РЗОК за извършена дейност през м. декември 2020 г., съгласно "Условия и ред в изпълнение на чл.13 от НРД за медицинските дейности за 2020 – 2022 г. определени съвместно между НЗОК и БЛС".

- 11 950 хил. лв. са в изпълнение на Методиката, съгласно чл.205а от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

Стойността на дейността на изпълнителите на МДД от подлежащия на заплащане през 2020 г. период (м. декември 2019 г. – м. ноември 2020 г.) съгласно НРД, възлиза на 95 314,8 хил. лв., като 4 649,4 хил. лв. от нея е заплатена на изпълнителите на МДД авансово през 2019 г. Спрямо стойността на заплатената през 2019 г. МДД за периода м. декември 2018 г. – м. ноември 2019 г. се отчита общо увеличение с 10 239,9 хил. лв. или с 12%.

През 2020 г. заплатената от НЗОК дейност на изпълнителите на МДД по специалности се характеризира с:

- Общо намаление на обема на отчетената дейност в следствие на ограниченията, въведени по времето на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка – през 2020 г. са отчетени общо 19 100,1 хил. изследвания, което е с 2 131,8 хил. изследвания или с 10% по-малко спрямо 2019 г.

- Единствено изследванията от специалност „Клинична имунология“, отчитат ръст в обема – през 2020 г. са отчетени общо 2,2 хил. изследвания, което е с 0,2 хил. изследвания или с 10,1% повече спрямо 2019 г.

- Увеличението от 46,6 хил. бр. на изследванията от специалност „Вирусология“, се дължи единствено на заплатените през 2020 г. 49,7 хил. бр. от включеното в пакета на НЗОК ново изследване Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19.

- Въпреки заплатените през 2020 г. 21,9 хил. бр. от включеното в пакета на НЗОК ново изследване Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19, общо за изследванията от специалност „Клинична микробиология“ са отчетени 600,6 хил. изследвания, което е с 47,7 хил. изследвания или със 7,4% по-малко от 2019 г.

- При всички останали специалности се отчита общо намаление на отчетаните обеми, но при отделни изследвания през 2020 г. се отчита ръст на заплатените изследвания. Най-голямо увеличение спрямо отчетения през 2019 г. обем се отчита при изследвания:

- С-реактивен протеин – отчетени общо 411,8 хил. изследвания, което е с 60,5 хил. изследвания или със 17,2% повече;

- Рентгенография на гръден кош и бял дроб – отчетени общо 459,3 хил. изследвания, което е с 42,3 хил. изследвания или с 10,1% повече;

- Орален глюкозо-толерантен тест – ново изследване, включено в пакета на НЗОК специалност „Клинична лаборатория“ с отчетени общо 8,2 хил. изследвания; FT4 – отчетени общо 200,2 хил. изследвания, което е със 7,2 хил. изследвания или с 3,7% повече;

- Пикочна киселина – отчетени общо 493,8 хил. изследвания, което е с 5 хил. изследвания или с 1% повече;

- ГГТ – отчетени общо 249,2 хил. изследвания, което е с 3,5 хил. изследвания или с 1,4% повече;

- Антитела срещу Тиреоидната пероксидаза – отчетени общо 40,7 хил. изследвания, което е с 2,8 хил. изследвания или със 7,3% повече;

- Фибриноген – отчетени общо 45,7 хил. изследвания, което е с 2,1 хил. изследвания или с 4,9% повече.

- За включеното от 2019 г. в пакета на НЗОК като ново пакетно изследване Липиден профил (включващ общ холестерол, LDL-холестерол, HDL-холестерол, триглицериди) през 2020 г. са отчетени общо 775,3 хил. изследвания, което е с 205,6 хил. изследвания повече, но по самостоятелните изследвания за Общ холестерол, LDL-холестерол, HDL-холестерол и Триглицериди през годината се отчита средно намаление от по 284,6 хил. изследвания, с което продължава тенденцията на предпочитане в медицинската практика на пакетното изследване пред самостоятелните.

Общият ръст здравноосигурителните плащания за МДД през 2020 г. спрямо 2019 г. от 18 769,4 хил. лв. се дължи основно на:

- плащанията по реда на Методиката в размер на 11 950 хил. лв. (или 63,7% от ръста);
- включеното от 2020 г. в пакета на НЗОК ново изследване Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19, за което са заплатени общо 4 293,8 хил. лв. (или 22,9% от ръста);
- договореното с НРД увеличение от 01.01.2020 г. на цените на МДД средно с 15,3%.

Здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги.

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 1 243 800 хил. лв., в т. ч:

- за лекарствени продукти, назначени с протокол, за които се извърша експертиза – 433 156 хил. лв.;
- за лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната извън тези, назначени с протокол, и медицински изделия и диетични храни в извънболничната помощ – 312 144 хил. лв.;
- за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги – 498 500 хил. лв.

С решения на НС на НЗОК тези средства бяха увеличени общо с 16 053,7 хил. лв., както следва:

- по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ (резерв) – увеличение общо с 15 000 хил. лв., в т.ч.:
- за лекарствени продукти, назначени с протокол, за които се извърша експертиза – увеличение с 5 437,4 хил. лв.;
- за лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната извън тези, назначени с протокол, и медицински изделия и диетични храни в извънболничната помощ – увеличение с 3 666,8 хил. лв.;
- за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги – увеличение с 5 895,9 хил. лв.;
- по реда на чл.115 от ЗПФ (вътрешно-компенсирани промени) – увеличение общо с 1 053,7 хил. лв., в т.ч.:
- за лекарствени продукти, назначени с протокол, за които се извърша експертиза – увеличение с 12 544,4 хил. лв.;
- за лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната извън тези, назначени с протокол, и медицински изделия и диетични храни в извънболничната помощ – увеличение с 12 076,9 хил. лв.;
- за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги – намаление с 23 567,7 хил. лв.;

В резултат на увеличението годишният план на здравноосигурителните плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели

за домашно лечение на територията на страната, за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги за 2020 г. възлиза на 1 259 853,7 хил. лв. (в т.ч. 13 638,8 хил. лв. трансфер за ведомствени болници)

В изпълнение на ЗЗО, НЗОК ежегодно провежда задължително централизирано договаряне на отстъпки с притежателите на разрешение за употреба на лекарствени продукти (ПРУ) на лекарствени продукти (ЛП), за които стойността, заплащана от НЗОК, се изчислява чрез групиране, в което не участват ЛП на други ПРУ, както и за тези с ново INN, включени или за които е подадено заявление за включване в Приложение 1 (ЛП, предоставяни от аптеки) или Приложение 2 (ЛП, приложени в условията на БМП, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги) на ПЛС, при условия, по ред и по критерии, определени в Наредба 10/2009 г.

Договорената отстъпка под формата на възстановяване на разходи (компенсация) се предоставя след приключване на всяко тримесечие от ПРУ след подписване на протокол придружен със справка за количествата от ЛП, заплатени от НЗОК през съответния период. За четвъртото тримесечие на годината отстъпките се възстановяват авансово заедно с и в размера на отстъпките за 3-то тримесечие.

От 2019 г. в Наредба 10/2009 са въведени условия и ред за възстановяване от ПРУ на превишените бюджетни средства при прилагане на Механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК (Механизма). За прилагане на Механизма с решения на НС на НЗОК са определени годишните бюджети на всяка една основна група лекарствени продукти, като средства за здравноосигурителни плащания, определени в съответния ЗБНЗОК и дял на резерва за непредвидени и неотложни разходи, както следва:

Таблица 21.

Основна група лекарствени продукти	Годишен бюджет за прилагане на Механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК за 2019 г. (в лв.)	Условен бюджет за тримесечие на 2019 г. (в лв.)	Годишен бюджет за прилагане на Механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК за 2020 г. (в лв.)	Условен бюджет за тримесечие на 2020 г. (в лв.)	Ръст на бюджета 2020 г. спрямо 2019 г. (в %)
А) Лекарствени продукти, назначени с протокол, за които се извършва експертиза	435 005 835	108 751 459	447 034 712	111 758 678	2,8%
Б) Лекарствени продукти за домашно лечение извън тези по група А)	295 023 279	73 755 820	301 466 697	75 366 674	2,2%
В) Лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги	396 249 542	99 062 386	484 730 991	121 182 748	22,3%

Наличието на общо превишение на нетните разходи на НЗОК за даденото тримесечие за основна група ЛП, спрямо определения условен бюджет за тримесечие за тази група, е условие за възстановяване от ПРУ на надвишенията.

В зависимост от направлението на терапията – за домашно лечение или в условията на болничната медицинска помощ, изпълнението здравноосигурителните плащания е както следва:

✓ **Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната**

Общата стойност на отчетения разход към 31.12.2020 г. е в размер на 779 025,4 хил. лв., което представлява 17% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършения към 31.12.2019 г. разход се отчита ръст с 30 764,3 хил. лв. или с 4,1%.

Извършените от НЗОК към 31.12.2020 г. здравноосигурителни плащания по договори с притежателите на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти (аптеки), за предоставени на ЗОЛ лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, са в размер на 955 362,6 хил. лв., като в т.ч.:

- за лекарствени продукти, назначени с протокол, за които се извършва експертиза, са заплатени 599 051,6 хил. лв., което е със 71 685,3 хил. лв. или с 13,6% повече от заплатените към 31.12.2019 г.

- за лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната, извън тези по протокол, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, са заплатени 356 310,9 хил. лв., което е с 19 436,1 хил. лв. или с 5,8% повече от заплатените към 31.12.2019 г.

С тези средства през 2020 г. на аптеките са заплатени продукти за домашно лечение, предоставени на ЗОЛ в периода 16.11.2019 г. – 15.11.2020 г. Значителен дял в ръста на плащанията спрямо заплатените през 2019 г. продукти за домашно лечение, предоставени на ЗОЛ в периода 16.11.2018 г. – 15.11.2019 г., представляват заплатените от НЗОК на аптеките 61 655,3 хил. лв. за отстъпки в полза на пациентите, договорени по реда на Наредба 10/2009 и възстановени пряко на НЗОК от ПРУ. През 2020 г. стойността на плащанията за отстъпки в полза на пациентите е с 33 602,9 хил. лв. или със 119,8% повече от 2019 г., което представлява 36,9% от ръста на плащанията към аптеките. Стойността на плащанията на НЗОК към аптеките през 2020 г., без плащанията за отстъпки в полза на пациентите, е в размер на 894 346,5 хил. лв., което е 57 578,9 хил. лв. или с 6,9% повече от плащанията през 2019 г. за съпоставимите 12-месечни периоди.

По анатомо-терапевтична група на предоставяните от аптеките продукти, най-голям ръст на плащанията в абсолютна стойност е отчетен при:

– *група L* – “Антинеопластични и имуномодулиращи средства” – заплатени през 2020 г. 244 149,7 хил. лв., което е с 36 786,7 хил. лв. или със 17,7% повече от 2019 г. В рамките на тези плащания отстъпките в полза на пациентите представляват 50 497,6 хил. лв., което е с 24 951,4 хил. лв. или 97,7% повече от 2019 г. Договорените с ПРУ отстъпки в полза на пациентите са за ЛП със 75% ниво на заплащане от НЗОК за болест на Крон, улцерозен колит, псориазис, артрити и спондилити, иридоциклит и хориоретинално възпаление. Чистият ръст на плащанията на НЗОК през 2020 г. спрямо 2019 г. за ЛП от тази група е с 11 835,3 хил. лв. или с 6,5% и е обусловен основно от ръста на сумите, заплатени за биологично лечение на пациенти с артритни заболявания.

– *група A* – “Храносмилателна система и метаболизъм” – заплатени през 2020 г. 177 412,4 хил. лв., което е с 16 881,4 хил. лв. или с 10,5% повече от 2019 г. основно в резултат на увеличението на разходите за лечението на Захарен диабет (през 2020 г. с ЛП за домашно лечение са обхванати 381,5 хил. болни от Захарен диабет, което спрямо броят ЗОЛ през 2019 г. бележи незначително намаление с 0,5%). Най-значителен ръст на разхода бележат глюкозопонижаващи ЛП, принадлежащи към инкретин базирана терапия. Ръстът на разходите за инсулини и инсулинови аналози е резултат от смяна на терапиите от базален човешки и от други дългодействащи аналогови инсулини, с терапевтичната схема с инсулини, включени в ПЛС от 2018 г. (Insulin Degludec/Liraglutide) предвид предимството при провеждане на комбинирана терапия GLP-1 рецепторни агонисти и дългодействащи аналогови инсулини. Значимо увеличение на разходите се отчита и при ЛП, предназначени за лечение на редки заболявания, като: Синдром на Morquio A (мукополизахаридоза тип IVA) – за заболяването през 2020 г. се зап-

лаща за първи път ЛП с нов INN Elosulfase alfa (Vimizime), с него е лекуват 1 пациент с годишна стойност на терапията 2 470,6 хил. лв.; Болест на Гоше – ЛП с INN Eliglustat (Cerdelga), е първият перорален продукт за това заболяване и се заплаща за втора година от НЗОК, като средногодишната стойност за лечение на един пациент е 285,6 хил. лв.

– група В – „Кръв и кръвообразуващи органи“ – заплатени през 2020 г. 117 683,1 хил. лв., което е с 14 245,6 хил. лв. или с 13,8% повече от 2019 г. В рамките на тези плащания 1 611,7 хил. лв., представляват договорените с ПРУ за 2020 г. отстъпки в полза на пациентите с белодробна емболия, предсърдно мъждене и трептене, последици от инсулт, флебит и тромбоза. Половината от ръста на разходите се дължи на нарастване на средствата за ЛП от групата на директни тромбинови инхибитори и групата на директни инхибитори на Ха фактор. Лекарстволечението на пациенти с дефекти в системата на комплемента (дефицит на C1 естераза инхибитор) с включения от 2019 г. в ПЛС INN Icatibant Acetat (Fuzair) през 2020 г. формира 27% от ръста на разходите в тази група. При лекарстволечението на болни с вроден дефицит на фактори на кръвосъсирване нарастват разходите за рекомбинантни лекарствени продукти (депо-форми), които са с по-високи стойности на терапия за един пациент.

– група М – “Мускулно-скелетна система” – заплатени през 2020 г. 20 516,4 хил. лв., което е с 14 061,6 хил. лв. или с 217,8% повече от 2019 г., в следствие на включените в списъка по чл.45, ал.4 от ЗЗО диагнози спинална мускулна атрофия и сродни синдроми. Лекарственият продукт, предназначен за лечение на спинална мускулна атрофия, принадлежи към ново INN Nusinersen и е включен в ПЛС през 2019 г., като през 2019 г. терапията с този ЛП е заплащана с публични средства по реда на Наредба № 2 от 27.03.2019 г. за медицинските и други услуги по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето (ЗЗ) и за реда и условията за тяхното одобряване, ползване и заплащане. През 2020 г. с такава лекарствена терапия са обхванати 29 болни със средно-годишна стойност на терапията на един болен от 515,6 хил. лв.

Анатомо-терапевтичната група на предоставяните ЛП, при която се отчита най-голямо намаление на разходите в абсолютна стойност, е група J – „Антиинфекциозни средства за системно приложение“ – заплатени през 2020 г. 56 339,1 хил. лв., което е с 13 322,9 хил. лв. или с 19,1% по-малко от 2019 г., в резултат на намалението на разхода в диагнозите Хроничен вирусен хепатит и Фиброза и цироза на черния дроб. Намалението на разходите за ЛП от тази група започна през 2018 г. и се дължи основно на намаляване на броя болни и промяната на терапевтичните схеми на лечение с ЛП, осигуряващи висока, почти 100% успеваемост и кратък терапевтичен курс, както и намаление на цените в отделни продукти. Пациентите, диагностицирани с вирусна инфекция тип С имат достъп до лечение с най-новите терапевтични схеми, като се лекуват за 2 или 3 месеца с успеваемост на терапията 97-98%. Разходът за лечение на един болен е намален в сравнение с разхода при лечение с интерферон и рибавирин, при които терапията е с продължителност от една година и успеваемост 50-70%.

В Приложение 2 към отчета е показана съпоставка по анатомо-терапевтични групи на продукта на заплатените от НЗОК стойности и брой ЗОЛ, на които аптеките са предоставили лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, подлежащи на заплащане през 2020 г. и 2019 г. за съпоставими 12-месечни периоди на предоставяне.

През периодите, подлежащи на заплащане през 2020 г., аптеките са предоставяли лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, заплащани напълно или частично от НЗОК, на 1 449,1 хил. ЗОЛ, което е с 44,8 хил. ЗОЛ или с 3% по-малко обхванати лица спрямо съпоставимите периоди, подлежащи на заплащане през 2019 г.

Във връзка с ограниченията, наложени от извънредната епидемична обстановка, с цел спазване на мерките за намаляване на социалните контакти, през 2020 г. НЗОК въведе получаване от ЗОЛ на назначените лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за домашно лечение на територията на страната, на база на изпълнената последна рецепта от аптеката, без необходимост от посещение при личния лекар за издаване на нова рецепта. Списъкът на заболяванията по чл.45, ал.4 от ЗЗО, за които НЗОК

заплаща напълно или частично лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, включва хронични заболявания или заболявания, изискващи продължително наблюдение, поради което предприетата от НЗОК мярка е осигурила на пациентите, получаването на необходимата терапия, въпреки усложнените условия, свързани с пандемията от COVID-19.

И през 2020 г. продължава разширяването на достъпа на пациентите до иновативни лекарствени терапии с включването на 13 нови INN в списъка с ЛП от Приложение №1 на ПЛС, както следва:

- лекарствени продукти, принадлежащи към 6 нови INN, за които е извършвана оценка на здравната технология по реда на Наредба 9 от 01.12.2015 г. за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии, с терапевтични показания при: Захарен диабет тип 2; Мукополизахаридоза тип IVA; Хронична инфекция с хепатит С вирус (HCV); Спасителна крива шия, блефароспазъм; Епилепсия.

- лекарствени продукти, принадлежащи към 5 нови INN, за които е извършвана оценка на здравната технология по реда на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти (в сила от 01.04.2019 г.), с терапевтични показания при: Хемофилия А; Плакетен псориазис; Спинална мускулна атрофия; Шизофрения.

- лекарствени продукти, принадлежащи към 2 нови INN, за които не се извършва оценка на здравната технология съгласно чл.30а, ал. 3 от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти (в сила от 01.04.2019 г.), които се явяват активни вещества с добре установена употреба в медицинската практика или са регистрирани като генерични лекарствени продукти, с терапевтични показания при: Хипертонии, стенокардия; Хронична обструктивна белодробна болест.

През 2020 г. делът на разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни, предназначени за лечение на общи заболявания, намалява на 78% от общите разходи, спрямо 82% през 2019 г. Увеличава се делът на разходите за лечение на редки заболявания – от 14% през 2019 г. на 18% през 2020 г. Голяма част от ЛП, прилагани при лечението на тези заболявания са лекарства – сираци, при които технологията по създаването им е скъпоструваща и определя висока стойност на курс лечение на един пациент. Размерът на финансовите средства, заплащани за терапията на редките диагнози, засилва поляризацията между социално-значимите заболявания и редките заболявания по отношение на стойността на терапевтичен курс на пациент, заплащана от НЗОК.

По реда на §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2020 г. постъпилите към 31.12.2020 г. отстъпки за лекарствени продукти и суми по Механизма по Наредба 10/2009 г., които се възстановяват пряко на НЗОК от ПРУ, в размер на 176 337,2 хил. лв., са отчетени в намаления на разходите за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната. Постъпилите към 31.12.2020 г. суми от ПРУ са с 60 357,1 хил. лв. повече, спрямо постъпилите през 2019 г., като в т.ч.:

- за лекарствени продукти, назначени с протокол, за които се извършва експертиза, са постъпили 147 913,9 хил. лв., което е с 49 356,2 хил. лв. или с 50,1% повече от тези към 31.12.2019 г.

- за лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната, извън тези по протокол, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, са постъпили 28 423,3 хил. лв., което е с 11 000,9 хил. лв. или с 63,1% повече от тези към 31.12.2019 г.

Общата стойност от 176 337,2 хил. лв. на постъпилите към 31.12.2020 г. възстановявания от ПРУ (от отстъпки или по реда на Механизма) за ЛП от Приложение 1 на ПЛС, е формирана както следва:

- Възстановявания от ПРУ за изравняване на дължими стойности за ЛП, предоставени на ЗОЛ през предходни години, в размер на 4 511,1 хил. лв., което е с 2 205,2 хил. лв. или с 95,6% повече от 2019 г.

- Отстъпки от цената на НЗОК за ЛП, предоставени на ЗОЛ през 2020 г., в размер на 77 661 хил. лв. (в т.ч. 63 904,8 хил. лв. за ЛП, назначавани с протокол и 13 756,2 хил. лв. за ЛП без протокол), което е с 1 794,1 хил. лв. или с 2,3% по-малко от постъпилите отстъпки през 2019 г. Намалението се дължи на надвнесените през 2019 г. отстъпки, както и на отпадане на ЛП, назначавани с протокол от обхвата на ЛП, за които съгласно ЗЗО и Наредба 10/2009 се договарят отстъпки от цената.

- Отстъпки в полза на пациента за ЛП, предоставени на ЗОЛ през 2020 г., в размер на 64 364,3 хил. лв. (в т.ч. 55 952,3 хил. лв. за ЛП, назначавани с протокол и 8 412,2 хил. лв. за ЛП без протокол), което е с 31 267 хил. лв. или със 100% повече от постъпилите отстъпки през 2019 г. През 2020 г. с ПРУ са договорени отстъпки в полза на пациента за 32 ЛП спрямо 12 ЛП през 2019 г.

- Стойност за възстановяване по реда на Механизма за ЛП, предоставени на ЗОЛ през 2020 г., в размер на 29 800,8 хил. лв. (в т.ч. 25 369,3 хил. лв. за ЛП, назначавани с протокол и 4 431,5 хил. лв. за ЛП без протокол), което е с 28 679 хил. лв. или с 2 556% повече от постъпилите възстановявания по Механизма през 2019 г., в следствие на ръста на нетните разходите на НЗОК за ЛП от ПЛС 1 с 67 168,9 хил. лв. (или с 9,1%) спрямо 2019 г. при ръст на годишния бюджет за прилагане на Механизма с 18 472,3 хил. лв. (или с 2,5%).

✓ **Лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги**

Общата стойност на отчетения разход към 31.12.2020 г. е в размер на 480 828,1 хил. лв. (в т.ч. 13 638,8 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 10,5% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършения към 31.12.2019 г. разход се отчита увеличение с 84 964,5 хил. лв. или с 21,5%.

Извършените от НЗОК към 31.12.2020 г. здравноосигурителни плащания по договори с изпълнители на болнична медицинска помощ (БМП), за приложени лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в условията на БМП, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, са в размер на 632 586,3 хил. лв. С тези средства са заплатени ЛП, приложени от изпълнителите на БМП при КП или АПр, в периода м. ноември 2019 г. – м. октомври 2020 г.

Спрямо извършените от НЗОК през 2019 г. здравноосигурителни плащания по договори с изпълнители на БМП, за приложени ЛП за лечение на злокачествени заболявания и при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии в условията на БМП, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, в периода м. ноември 2018 г. – м. октомври 2019 г., се отчита увеличение със 135 617,8 хил. лв. или с 27,3%.

През 2020 г. 36,4 хил. ЗОЛ със злокачествени заболявания и животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с вродени коагулопатии, са получавали лекарствени продукти през 2020 г., като броят се запазва спрямо 2019 г.

Предписването и прилагането на ЛП за лечение на злокачествени заболявания се осъществява при спазване на разпоредбите, установени в ЗЗО, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ), Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, НРД и стандартите, въведени в утвърдените фармако-терапевтични ръководства по чл. 259, ал. 1, т. 4 от ЗЛПХМ, приети съответно с: Наредба № 3 от 19 септември 2019 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по клинична хематология; Наредба № 10 от 10 октомври 2019 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по детска клинична хематология и онкология; Наредба № 11 от 17 октомври 2019 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по медицинска онкология.

По начин на действие, ЛП за лечение на онкологични и онкохематологични заболявания се класифицират най-общо като конвенционални химиотерапевтици и иновативни високотехнологични лекарства, разработени с цел осигуряване на прицелна терапия, която директно повлиява засегнатия орган и има по-добра поносимост и относителна безопасност за пациента. От заплатените през 2020 г. средства 55% са за ЛП, попадащи в групата на т. нар. „таргетна (прицелна) терапия“, като формират 40% от ръста на разходите. Следва групата на т. нар. „имунотерапия“, като тя е с най-голямо увеличение през 2020 г. спрямо 2019 г. – делът на разходите в тази група от 16% за 2019 г. се е увеличил на 23% през 2020 г. и формира 50% от ръста на разходите. На трето място е групата на т. нар. „хормонотерапия“, с дял от 10% от разходите през двете години и формират 10% от ръста на разходите. Делът на разходите за конвенционални химиотерапевтици намалява от 6% през 2019 г. на 5% през 2020 г., като се отчита намаление с 1% на разходите за тези ЛП.

Включването на нови ЛП в Списъка, се съобразява с доказателства за ефективност, терапевтична ефективност, безопасност и анализ на фармако-икономическите показатели, като за ЛП с ново INN от 2016 г., се извършва и оценка на здравните технологии. През 2020 г. списъка с ЛП по Приложение 2 на ПЛС са включени на 13 нови INN, показани за: миелоидна левкемия, злокачествено новообразуване на бронхите и белия дроб, злокачествен меланом на кожата, злокачествено новообразуване на млечната жлеза, множествен миелом и злокачествени плазмоклетъчни новообразувания, периферни и кожни Т-клетъчни лимфоми, други злокачествени новообразувания на кожата. Разходите за тези ЛП формират 10% от ръста на разходите през 2020 г.

Трайна е тенденцията за рязко увеличение на разходите през втората и третата година на навлизане на нови молекули в практиката на изпълнителите на БМП. Заплащаната от НЗОК стойност на включените през 2018 г. за заплащане нови молекули, през 2020 г. е нараснала двукратно спрямо 2019 г. и формира 22% от ръста на разходите, а на включените през 2019 г., нарастването на разхода през 2020 г. е с четирикратно, като формира 20% от ръста на разходите.

По реда на §5 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2020 г. постъпилите към 31.12.2020 г. отстъпки за лекарствени продукти и суми по Механизма по Наредба 10/2009 г., които се възстановяват пряко на НЗОК от ПРУ, в размер на 151 758,2 хил. лв., са отчетени в намаления на разходите за ЛП в БМП. Постъпилите към 31.12.2020 г. суми от ПРУ са с 50 653,4 хил. лв. или с 50,1% повече от тези към 31.12.2019 г.

Общата стойност от 151 758,2 хил. лв., на постъпилите към 31.12.2020 г. възстановявания от ПРУ (от отстъпки или по реда на Механизма) за ЛП от Приложение 2 на ПЛС, е формирана както следва:

- Възстановявания от ПРУ за изравняване на стойности за ЛП, предоставени на ЗОЛ през предходни години, в размер на 18 997,4 хил. лв., което е със 17 296 хил. лв. или с 917% повече спрямо 2019 г.

- Отстъпки от цената на НЗОК за ЛП, предоставени на ЗОЛ през 2020 г., в размер на 69 845 хил. лв., което е с 15 834,8 хил. лв. или с 29,3% повече спрямо 2019 г., в следствие на ръста на разходите на НЗОК за ЛП от ПЛС 2.

- Стойност за възстановяване по реда на Механизма за ЛП, предоставени на ЗОЛ през 2020 г., в размер на 62 915,8 хил. лв., което е със 17 522,5 хил. лв. или с 38,6% повече спрямо 2019 г., в следствие на ръста на нетните разходите на НЗОК за ЛП от ПЛС 2 със 118 660,3 хил. лв. (или с 25,8%) спрямо 2019 г. при ръст на годишния бюджет за прилагане на Механизма с 88 481,4 хил. лв. (или с 22,3%).

■ **Здравноосигурителни плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ (МИ)**

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. разходи са в размер на 110 000 хил. лв. С решения на НС на НЗОК средствата са намалени с 20 522,0 хил. лв. по реда на чл.115 от ЗПФ (вътрешно-

компенсирани промени). В резултат годишният план е в размер на 89 478,0 хил. лв. (в т.ч. 1 730,3 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2020 г. са изплатени 89 449,6 хил. лв. (с включени 1 730,3 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 2% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита намаление с 16 207,4 хил. лв. или с 15,3%.

Националната здравноосигурителна каса заплаща за МИ, включени в списъка по 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, по реда на глава трета, раздел I от Наредба 10/2009. Съгласно промените в Наредба 10/2009, от м. юни 2019 г. НЗОК съставя списък с МИ по групи, които заплаща в условията на БМП, и стойността, до която заплаща за всяка група на:

а) лечебни заведения в изпълнение на договорите за оказване на БМП, сключени между изпълнители на медицинска помощ и директора на съответната РЗОК;

б) производители или търговци на едро с МИ или техни упълномощени представители (ТЕ), сключили договори с НЗОК за доставка на МИ по реда на Наредба 10/2009.

През 2020 г. плащанията на НЗОК за МИ, прилагани в БМП, са както следва:

- към лечебни заведения в изпълнение на договорите за оказване на БМП, средства в размер на 37 443,1 хил. лв. за МИ от списъка, приложени в периода м. декември 2019 г. – м. ноември 2020 г.

- към ТЕ, сключили договори с НЗОК за доставка на МИ по реда на Наредба 10/2009, средства в размер на 52 006,5 хил. лв. за МИ, приложени в периода м. ноември 2019 г. – м. октомври 2020 г.

Стойността на МИ, приложени в подлежащия на заплащане през 2020 г. период (м. ноември 2019 г. – м. октомври 2020 г.) съгласно НРД, възлиза на 87 634,3 хил. лв. Спрямо стойността на заплатените МИ за периода м. ноември 2018 г. – м. октомври 2019 г. се отчита общо намаление с 13 665,2 хил. лв. или с 13,5%. Намалението на стойността се дължи основно на общото намаление на отчетения през периода обем МИ – отчетени общо 69,9 хил. МИ, което е с 9 хил. МИ или с 11,5% по-малко от съпоставимия период, подлежащ на заплащане през 2019 г., във връзка с общото намаление от 9,5% на обема на отчетената дейност в условията на БМП, в следствие на ограниченията, въведени по времето на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка.

Средната цена на МИ, приложени в периода м. ноември 2019 г. – м. октомври 2020 г. е 1 254 лв., като е с 29 лв. или с 2,3% по-ниска от средната цена за 2019 г.

По основни групи МИ, най-голямо намаление на заплащаната стойност за съпоставимите 12-месечни периоди, подлежащи на заплащане през 2020 г. спрямо 2019 г. се отчита при МИ от следните групи:

- „Стент“ – заплатени за 2020 г. 43,7 хил. МИ на обща стойност 25 421,6 хил. лв., което е със 7 хил. МИ или с 14% по-малко от 2019 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2020 г. е 582 лв., като е със 151 лв. или с 20,6% по-ниска от 2019 г., в следствие на което общият разход за тази група МИ е с 11 819,6 хил. лв. или с 31,7% по-нисък от 2019 г.;

- „Сърдечна клапна протеза“ – заплатени за 2020 г. 2,9 хил. МИ на обща стойност 8 066,7 хил. лв., което е с 0,5 хил. МИ или с 15,5% по-малко от 2019 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2020 г. е 2 825 лв., като е с 5 лв. или с 0,2% по-ниска от 2019 г., в следствие на което общият разход за тази група МИ е с 1 491,9 хил. лв. или с 15,6% по-нисък от 2019 г.;

- „Медицински изделия за неврохирургично лечение на мозъчно-съдови заболявания“ – със списъците в сила от 01.06.2019 г. са предефинирани подгрупите по технически характеристики в тази група МИ, в следствие на което заплатените за 2020 г. 1,5 хил. МИ на обща стойност 3 839,3 хил. лв., формират увеличение с 0,7 хил. МИ или с 84,6% спрямо 2019 г., но средната цена на заплащане от НЗОК през 2020 г. е 2 528 лв., като е с 3 568 лв. или с 58,5% по-ниска от 2019 г. Като цяло общият разход за 2020 г. тази група МИ е с 1 177,2 хил. лв. или с 23,5% по-нисък от 2019 г.;

- „Постоянен кардиостимулатор с електроди“ – заплатени за 2020 г. 3,6 хил. МИ на обща стойност 7 110,8 хил. лв., което е с 0,5 хил. МИ или с 11,9% по-малко от 2019 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2020 г. е 1 951 лв., като е с 29 лв. или с 1,5% по-ниска от 2019 г., в следствие на което общият разход за тази група МИ е с 1 083,5 хил. лв. или с 13,2% по-нисък от 2019 г.;

- „Ставна протеза за тазобедрена става“ – заплатени за 2020 г. 8,4 хил. МИ на обща стойност 10 153,2 хил. лв., което е с 0,5 хил. МИ или с 5,2% по-малко от 2019 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2020 г. е 1 215 лв., като е с 25 лв. или с 2% по-ниска от 2019 г., в следствие на което общият разход за тази група МИ е със 780 хил. лв. или със 7,1% по-нисък от 2019 г.

Най-голямо увеличение на заплащаната стойност за съпоставимите 12-месечни периоди, подлежащи на заплащане през 2020 г. спрямо 2019 г. се отчита при МИ от групи:

- „Транскатетърни клапни протези /ТКП/“ – заплатени за 2020 г. 197 бр. МИ на обща стойност 7 146,5 хил. лв., което е с 41 бр. МИ или с 26,3% повече от 2019 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2020 г. е 36 277 лв., като е с 2 047 лв. или с 5,3% по-ниска от 2019 г., в следствие на което общият разход за тази група МИ е с 1 168 хил. лв. или с 19,5% по-висок от 2019 г.;

- „Електрофизиология“ – тази група МИ е включена в списъците от 01.06.2019 г., в следствие на което заплатените за 2020 г. 506 бр. МИ на обща стойност 1 432,1 хил. лв., са с 304 бр. МИ или с 150,5% повече от 2019 г., в следствие на което общият разход за тази група МИ е с 860,6 хил. лв. или със 150,6% по-висок от 2019 г.;

- „Импланти за невростимулация“ – със списъците в сила от 01.06.2019 г. и от 01.06.2020 г. в групата се включват за заплащане от НЗОК нови подгрупи по технически характеристики (за пациенти с Болест на Паркинсон и дистонии и за лечение на медикаментозно-резистентна епилепсия), в следствие на което заплатените за 2020 г. 47 бр. МИ на обща стойност 2 173,4 хил. лв., формират увеличение с 12 бр. МИ или с 34,3% спрямо 2019 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2020 г. е 46 243 лв., което е с 7 032 лв. или със 17,9% по-висока от 2019 г. Като цяло общият разход за 2020 г. тази група МИ е с 801,1 хил. лв. или с 58,4% по-висок от 2019 г.;

- „Ресинхронизираща система за стимулация и/или кардиовертер-дефибрилатор – съвместими с ЯМР“ – заплатени за 2020 г. 603 бр. МИ на обща стойност 3 626,6 хил. лв., което е с 99 бр. МИ или с 19,6% повече от 2019 г. Средната цена на заплащане от НЗОК през 2020 г. е 6 014 лв., като е с 233 лв. или с 4% по-висока от 2019 г., в следствие на което общият разход за тази група МИ е със 713 хил. лв. или с 24,5% по-висок от 2019 г.

■ **Здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ (БМП)**

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. разходи са в размер на 2 247 282,6 хил. лв. С решения на НС на НЗОК по реда на чл.115 от ЗПФ (вътрешно-компенсирани промени) средствата бяха увеличени общо със 7 956,2 хил. лв. В резултат на промените годишният план е в размер на 2 255 238,8 хил. лв. (в т.ч. 89 477,0 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2020 г. за БМП са изплатени 2 251 459,7 хил. лв. (в т.ч. 89 477,0 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 49,1% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания за БМП се отчита увеличение със 175 899,1 хил. лв. или с 8,5%.

От общите плащания за БМП през 2020 г.:

- 94 481,1 хил. лв. представляват авансово заплащане на изпълнителите на БМП по сключените договори с РЗОК за извършена дейност през м. декември 2020 г., съгласно "Условия и ред в изпълнение на §1, ал.2 от ЗБНЗОК за 2020 г. за заплащане на стойности за здравноосигурителни плащания за БМП, определени съвместно между НЗОК и БЛС".

- 160 909,4 хил. лв. са в изпълнение на Методиката, съгласно чл.362а от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г., от които 59 204,7 хил. лв. за увеличение на сумата за

работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка за лечебни заведения, които оказват спешна медицинска помощ чрез разкрито спешно отделение и работят в изпълнение на договор с НЗОК по КПр 03 и КПр 04.

- 72 364,4 хил. лв. съгласно §1, ал.3–6 от ПЗР на ЗБНЗОК 2020 г. са отразени в изпълнение на здравноосигурителните плащания за БМП и са преведени сметка за чужди средства на НЗОК за заплащане на изпълнителите на БМП, които имат сключени договори с НЗОК за съответния период, на извършените и отчетените, но незаплатени дейности в болничната медицинска помощ и приложените при тях МИ за 2015 г. и 2016 г., независимо от съдебните актове, постановени по съдебните спорове между страните. Установяването на стойностите на незаплатени дейности в БМП и приложените при тях МИ за 2015 г. и за 2016 г. е извършено чрез проверки от контролните органи на НЗОК/РЗОК, като заплащането се извършва по "Условия и ред в изпълнение на §1, ал.4 от ЗБНЗОК за 2020 г., определени съвместно между НЗОК и БЛС".

- 9 698,1 хил. лв. са плащания на главници по изпълнителни листа на основание влезли в сила съдебни решения за заплащане на незаплатена от НЗОК дейност по договори с изпълнители на БМП за стари периоди.

Стойността на дейността на изпълнителите на БМП от подлежащия на заплащане през 2020 г. период (м. декември 2019 г. – м. ноември 2020 г.) съгласно НРД, възлиза на 1 982 340,2 хил. лв., като 68 316,9 хил. лв. от нея е заплатена на изпълнителите на БМП авансово през 2019 г., а 16,7 хил. лв. са отложени за заплащане в следващ период.

Спрямо стойността на заплатената през 2019 г. дейност БМП за периода м. декември 2018 г. – м. ноември 2019 г. се отчита общо намаление с 24 300,2 хил. лв. или с 1,2%, което се дължи на общо намаление на обема на отчетената дейност в следствие на ограниченията, въведени по времето на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка – през 2020 г. са отчетени общо 3 286,4 хил. дейности, което е с 345,8 хил. бр. дейности или с 9,5% по-малко спрямо 2019 г.

По видове дейности, заплатени през 2020 г. спрямо заплатените през 2019 г., се отчита:

- заплатени 1 819,9 хил. КП (медицински дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа) на обща стойност 1 681 431,8 хил. лв., което представлява намаление на заплатени обеми с 321,5 хил. КП или с 15% и намаление на стойността с 50 431 хил. лв. или с 2,9%.

- заплатени 234,6 хил. КПр (медицински дейности с продължителност до 24 часа по отношение на пациента самостоятелно и/или преди, по време на или след болнично лечение по КП) на обща стойност 89 924,4 хил. лв., което представлява намаление на заплатени обеми с 5,4 хил. процедури или с 2,2% и увеличение в стойността с 11 110,1 хил. лв. или с 14,1%.

- заплатени 1 232 хил. амбулаторни процедури (АПр са медицински дейности по отношение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение) на обща стойност от 210 984 хил. лв., което представлява намаление на заплатени обеми с 19 хил. процедури или с 1,5% и увеличение в стойността с 15 020,7 хил. лв. или със 7,7%.

Като една от мерките за компенсиране на последиците от пандемичната обстановка, към договореното с НРД от 01.01.2020 г. увеличение на цените на дейностите в БМП (средно с 5,8%), от 01.08.2020 г. беше договорено допълнително увеличение на цените на дейностите в БМП (средно с 10,9%).

Изключение от общата тенденция на намаление на дейността през 2020 г. се отчита за дейностите от обхвата на следните медицински специалности:

- КП от обхвата на медицинска специалност „Инфекциозни болести“ (КП 098 – 105) – заплатени общо 43 хил. случая, което е с 10,8 хил. случая или с 33,6% повече от 2019 г. В рамките на общия брой случаи, са отчетени 30,3 хил. случая по КП 104 „Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания – остро протичащи, с усложнения“, чийто диагностично-лечебен алгоритъм при възникване на пандемията беше преценен като най-подходящ за лечение на болни с COVID-19, в следствие на което отчетените по КП 104 случаи са

с 24 хил. или с 382,5% повече от тези през 2019 г. Общият разход за КП за лечение на инфекциозни болести през 2020 г. е 43 055,7 хил. лв., което е с 20 252,4 хил. лв. или с 88,8% повече от 2019 г., в следствие предимно на ръста на отчитаните случаи по КП 104 и на договореното в НРД от 01.08.2020 г. увеличение с 94,2% на цената на КП 104.

- Процедури за диализна терапия (КПр 01 и АПр 01 – 03) – заплатени общо 626,5 хил. процедури, което е с 8,2 хил. процедури или с 1,3% повече от 2019 г. Общият разход за тези процедури през 2020 г. е 102 391,4 хил. лв., което е с 15 121 хил. лв. или със 17,3% повече от 2019 г., в следствие предимно на договореното в НРД от 01.01.2020 г. увеличение с 18,1% на цената на КПр 01 „Диализно лечение при остри състояния“ и АПр 01 „Хронично хемодиализа“, които формират 92,6% от отчитания обем на процедурите за диализна терапия.

- Процедури от обхвата на медицинска специалност „Нуклеарна медицина“ (АПр 35 – 37) – заплатени общо 42,3 хил. процедури, което е с 4,9 хил. процедури или с 13% повече от 2019 г. В рамките на общия брой на тези процедури, са отчетени 22,8 хил. бр. АПр 36 „Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (РЕТ/СТ)“, което е с 3,6 хил. процедури или с 18,8% повече от 2019 г. Общият разход за тези АПр през 2020 г. е 40 962 хил. лв., което е с 5 978,8 хил. лв. или със 17,1% повече от 2019 г., в следствие не само на увеличението на отчитаните обеми, но и на увеличаването на дела на отчитаните АПр 36 в тях.

- КП от обхвата на медицинска специалност „Медицинска онкология“ (КП 240 и 241) – заплатени общо 123,4 хил. случая, което е с 2,2 хил. случая или с 1,8% повече от 2019 г. Общият разход за тези КП през 2020 г. е 58 414,7 хил. лв., което е с 4 306,4 хил. лв. или с 8% повече от 2019 г., в следствие не само на увеличението на отчитаните обеми, но и на договореното в НРД увеличение на цените на тези КП от 01.01.2020 г. средно с 0,8% и от 01.08.2020 г. средно с още 14,8%.

- КП от обхвата на медицинска специалност „Лъчелечение“ (КП 246 – 252) – заплатени общо 19,3 хил. случая, което е с 0,1 хил. случая или с 0,7% повече от 2019 г. В рамките на общия брой случаи по тези КП, се отчита намаление с 21,1% на случаите по КП 246 – 249 (със средна цена на случай от 743 лв.), спрямо увеличение с 12,9% на отчетените случаи по КП 251 „Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“ (със средна цена на случай от 4 421 лв.) и увеличение с 26,2% на отчетените случаи по КП 252 „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“ (със средна цена на случай от 5 026 лв.). Общият разход за тези КП през 2020 г. е 64 027,2 хил. лв., което е с 3 866,8 хил. лв. или с 6,4% повече от 2019 г., в следствие предимно на увеличаването на дела на високотехнологичните дейности, чийто цени са съответно по-високи. Договореното в НРД увеличение на цените за 2020 г. на тези КП е средно под 1% (от 01.08.2020 г. към цената на всички КП са добавени 20 лв. за изследване за коронавирус на пациентите, които постъпват в болница).

Въпреки общото намаление на дейността през 2020 г., като следствие от увеличението на цените на дейностите през 2020 г., в средствата за заплатените дейности от обхвата на някои медицински специалности се отчита увеличение, като най-голямо е увеличението при:

- Процедури за интензивно лечение (КПр 02 – 04) – заплатени общо 226,8 хил. процедури, което е с 5,2 хил. процедури или с 2,2% по-малко от 2019 г. В рамките на общия брой интензивни процедури, са отчетени 158 хил. бр. КПр 03 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“, което е с 4,5 хил. процедури или с 3% повече от 2019 г. Общият разход за тези КПр през 2020 г. е 88 003,3 хил. лв., което е с 10 525,4 хил. лв. или с 13,6% повече от 2019 г., в следствие не само на увеличаването на дела на отчитаните КПр 03, но предимно на договореното в НРД през 2020 г. допълнително заплащане за до 30% от отчетените КПр 03, което практически увеличава цената на КПр 03 с 15%.

- КП от обхвата на медицинска специалност „Неонатология“ (КП 006 – 015) – заплатени общо 64,1 хил. случая, което е с 0,8 хил. случая или с 1,3% по-малко от 2019 г. Общият разход за тези КП през 2020 г. е 64 420,9 хил. лв., което е със 7 518,4 хил. лв. или с 13,2% повече от 2019 г., в следствие на договореното в НРД увеличение на цените на тези КП от 01.01.2020 г. средно с 1,6% и от 01.08.2020 г. средно с още 12,4%.

- КП от обхвата на медицинска специалност „Акушерство и гинекология“ (КП 001 – 005 и КП 160 – 170) – заплатени общо 137 хил. случая, което е с 13,3 хил. случая или с 8,9% по-малко от 2019 г. Общият разход за тези КП през 2020 г. е 99 481 хил. лв., което е със 7 401,3 хил. лв. или с 8% повече от 2019 г., в следствие на договореното в НРД увеличение на цените на тези КП от 01.01.2020 г. средно с 10,4% и от 01.08.2020 г. средно с още 11,4%.

- КП от обхвата на медицинска специалност „Неврохирургия“ (КП 204 – 212) – заплатени общо 25,9 хил. случая, което е с 3,2 хил. случая или с 11% по-малко от 2019 г. Общият разход за тези КП през 2020 г. е 41 336,8 хил. лв., което е с 2 248,8 хил. лв. или с 5,8% повече от 2019 г., в следствие предимно на договореното в НРД увеличение на цените за 2020 г. на тези КП средно с 8,5% от 01.01.2020 г. и с 11,4% от 01.08.2020 г.

- КП от обхвата на медицинска специалност „Клинична хематология“ (КП 242 – 244) – заплатени общо 38,7 хил. случая, което е с 3,7 хил. случая или с 8,7% по-малко от 2019 г. Общият разход за тези КП през 2020 г. е 29 926,5 хил. лв., което е с 1 769 хил. лв. или с 6,3% повече от 2019 г., в следствие предимно на договореното в НРД увеличение на цените за 2020 г. на тези КП средно с 11,6% от 01.01.2020 г. и с 12,9% от 01.08.2020 г.

От друга страна, въпреки увеличението на цените на дейностите през 2020 г., като следствие от общото намаление на дейността през 2020 г., в средствата за заплатените дейности от обхвата на повечето медицински специалности се отчита намаление. Най-голямо намаление в обема на отчитаните дейности се отчита при:

- КП от обхвата на медицинска специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ (КП 257 – 266) – заплатени общо 171,3 хил. случая, което е с 48,8 хил. случая или с 22,2% по-малко от 2019 г. Общият разход за тези КП през 2020 г. е 52 603,3 хил. лв., което е с 8 955,5 хил. лв. или с 14,5% по-малко от 2019 г., въпреки договореното в НРД увеличение на цените за 2020 г. на тези КП средно с 3,1% от 01.01.2020 г. и с 16% от 01.08.2020 г.

- КП от обхвата на медицинска специалност „Пневмология и фтизиатрия“ (КП 038 – 049) – заплатени общо 143,9 хил. случая, което е с 48,5 хил. случая или с 25,2% по-малко от 2019 г. Общият разход за тези КП през 2020 г. е 114 306,5 хил. лв., което е с 11 752,7 хил. лв. или с 9,3% по-малко от 2019 г., въпреки договореното в НРД увеличение на цените за 2020 г. на тези КП средно със 7,7% от 01.01.2020 г. и с 12,9% от 01.08.2020 г.

- КП от обхвата на медицинска специалност „Кардиология“ (КП 016 – 037) – заплатени общо 174,9 хил. случая, което е с 48,2 хил. случая или с 21,6% по-малко от 2019 г. Общият разход за тези КП през 2020 г. е 225 634,9 хил. лв., което е с 31 822 хил. лв. или с 12,4% по-малко от 2019 г., въпреки договореното в НРД увеличение на цените за 2020 г. на тези КП средно с 2,2% от 01.01.2020 г. и с 11,8% от 01.08.2020 г.

- КП от обхвата на медицинска специалност „Нервни болести“ (КП 050 – 067) – заплатени общо 129,1 хил. случая, което е с 29,7 хил. случая или с 18,7% по-малко от 2019 г. Общият разход за тези КП през 2020 г. е 92 857,8 хил. лв., което е с 5 678,2 хил. лв. или с 5,8% по-малко от 2019 г., въпреки договореното в НРД увеличение на цените за 2020 г. на тези КП средно с 10% от 01.01.2020 г. и с 13% от 01.08.2020 г.

- КП от обхвата на медицинска специалност „Гастроентерология“ (КП 068 – 077) – заплатени общо 144,5 хил. случая, което е с 27 хил. случая или с 15,7% по-малко от 2019 г. Общият разход за тези КП през 2020 г. е 140 674,7 хил. лв., което е с 7 729,4 хил. лв. или с 5,2% по-малко от 2019 г., въпреки договореното в НРД увеличение на цените за 2020 г. на тези КП средно с 3,4% от 01.01.2020 г. и с 12,3% от 01.08.2020 г.

Предвид гореизложеното, ръстът от 175 899,1 хил. лв. на здравноосигурителните плащания за БМП през 2020 г. спрямо 2019 г. се дължи предимно на:

- плащанията по реда на Методиката в размер на 160 909,4 хил. лв. и
- разходите за дейности за стари периоди в размер на 82 062,5 хил. лв.

Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. разходи са в размер на 70 094,2 хил. лв. С решение на НС на НЗОК средствата бяха увеличени с:

- 25 105,1 хил. лв. по реда на чл.15, ал.1, т.7, чл.26, ал.2 от ЗЗО и чл.116 от ЗПФ (резерв);
- 14 679,4 хил. лв. по реда на чл.115 от ЗПФ (вътрешно-компенсирани промени).

В резултат годишният план на средствата, определени за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност са в размер на 109 878,7 хил. лв. (в т.ч. 177,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Отчетените през 2020 г. разходи са в размер на 109 878,6 хил. лв. (в т.ч. 177,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100% от заложените в годишен план средства и представляват 2,4% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършения към 31.12.2019 г. разход се отчита намаление със 149 522,6 хил. лв. или с 57,6%.

По направление на плащанията по правилата за координация на системите за социална сигурност, извършените разходи са както следва:

- Заплатена медицинска помощ, оказана на територията на Р България от договорни партньори на НЗОК за осигурени в други държави лица, на стойност от 7 728,1 хил. лв. (в т.ч. 177,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Спрямо 2019 г. разходите отчита намаление с 59,8 хил. лв. или с 0,8%.

- Възстановените през 2020 г. разходи на НЗОК от други държави по изпратени от НЗОК искове са в размер на 4 973,6 хил. лв., което представлява 54,5% от неприключената стойност към 01.01.2020 г. по изпратените от НЗОК искове към другите държави за възстановяване на разходи на НЗОК, за медицинска помощ получена на територията на България от техни осигурени лица. Спрямо 2019 г. се отчита намаление със 193 хил. лв. или с 3,7%.

- Възстановени разходи на ЗОЛ за заплатена от тях медицинска помощ при престой в друга държава, на стойност 531,4 хил. лв. по 256 заявления на ЗОЛ. Спрямо 2019 г. се отчита намаление със 78,4 хил. лв. или с 12,9%.

- Плащания по постъпили искове от други държави за получени на тяхна територия обезщетения в натура от ЗОЛ, осигурени в НЗОК, на стойност 106 592,7 хил. лв., което представлява 75,5% от неприключената левова равностойност към 01.01.2020 г. по постъпилите искове от други държави. Спрямо 2019 г. се отчита намаление на плащанията със 149 577,3 хил. лв. или с 58,4%. Постъпилите през 2020 г. нови искове от други държави са на стойност от 105 674,9 хил. лв., като към 31.12.2020 г. общата стойност на неприключените искове от другите държави възлиза на 138 673,6 хил. лв. (по валутните курсове на БНБ към 31.12.2020 г.).

2.3.2.2. Плащания от трансфери от МЗ по чл. 1, ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2020 г.

Лекарствени продукти – ваксини и дейности по прилагането им по чл.82, ал.2, т.3 от Закона за здравето (ЗЗ) – приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 4 213,2 хил. лв. По реда на чл.115 от ЗПФ средствата са увеличени с 4 458,6 хил. лв., в рамките на общия размер на средствата за плащания от трансфери от МЗ. Годишният план е в размер на 8 671,8 хил. лв. Към 31.12.2020 г. са изплатени 8 661,4 хил. лв. или 99,9% спрямо заложените в годишен план за 2020 г. средства. С тези средства са заплатени:

- 7 548,7 хил. лв. за приложени в периода 01.01. – 31.10.2020 г. ваксини по: „Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2017 – 2020 г.“ (3,1 хил. ваксини), „Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017 – 2021 г.“ (53,7 хил. ваксини), „Национална програма за подобряване на ваксина-профилактиката на сезонния грип 2019 – 2022 г.“ (104,3 хил. ваксини и доотчетени 25,7 хил. ваксини, приложени през м.12.2019 г.).

- 1 112,7 хил. лв. за дейности на изпълнителите на ПИМП по прилагането на 278,2 хил. ваксини по тези програми в периода 01.11.2019 г. – 31.10.2020 г. В приложение 2 към отчета са представени по РЗОК заплатените през 2020 г. стойности и обеми дейности на изпълнителите на медицинска и дентална помощ, финансирани с трансфери от бюджета на МЗ.

Дейности за здравно-неосигурени лица, включващи: интензивно лечение, комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с психиатрични заболявания и комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически заболявания по чл.82, ал.1, т.1а, 3а и 6б от ЗЗ – приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 2 109 хил. лв. По реда на чл.115 от ЗПФ средствата са увеличени със 156,3 хил. лв., в рамките на общия размер на средствата за плащания от трансфери от МЗ. Годишният план е в размер на 2 265,3 хил. лв. (в т.ч. 67,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Към 31.12.2020 г. са изплатени 2 265,3 хил. лв. (в т.ч. 67,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 100% спрямо заложените в годишен план за 2020 г. средства. С тези средства са заплатени дейности на изпълнителите на медицинска помощ, оказани на здравно неосигурените лица в периода 01.11.2019 г. – 31.10.2020 г. (6 хил. процедури интензивно лечение и 0,8 хил. дейности по комплексно диспансерно наблюдение), представени по РЗОК в приложение 2 към отчета.

Дейности за здравно-неосигурени жени по чл.82, ал.1, т.2 от ЗЗ – приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 6 680 хил. лв. По реда на чл.115 от ЗПФ средствата са увеличени с 228,9 хил. лв., в рамките на общия размер на средствата за плащания от трансфери от МЗ. Годишният план е в размер на 6 908,9 хил. лв. Към 31.12.2020 г. са изплатени 6 894,7 хил. лв. или 99,8% спрямо заложените в годишен план за 2020 г. средства. С тези средства са заплатени дейности на изпълнителите на медицинска помощ, оказани на здравно неосигурени жени в периода 01.11.2019 г. – 31.10.2020 г. (7,1 хил. КП „Раждане“, 2,9 хил. АГ-прегледи и 9,5 хил. изследвания), представени по РЗОК в приложение 2 към отчета.

Суми по чл.37, ал.6 от ЗЗО – приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 18 397,8 хил. лв. По реда на чл.115 от ЗПФ средствата са намалени с 4 282,2 хил. лв., в рамките на общия размер на средствата за плащания от трансфери от МЗ. Годишният план е в размер на 14 115,6 хил. лв. (в т.ч. 11,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници). Към 31.12.2020 г. са изплатени 14 076,7 хил. лв. (в т.ч. 11,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 99,7% спрямо заложените в годишен план за 2020 г. средства. С тези средства са заплатени суми по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО за доплащане към потребителските такси на пенсионери за посещения при лекари от извънболничната медицинска и дентална помощ, извършени в периода 01.11.2019 г. – 31.10.2020 г. (7 408,9 хил. посещения), представени по РЗОК в приложение 2 към отчета.

Дейности във връзка с лечение на лица до 18-годишна възраст по чл.82, ал.1а, 3 и 6 от ЗЗ – приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 12 000 хил. лв. По реда на чл.115 от ЗПФ средствата са увеличени с 4 652,1 хил. лв., в рамките на общия размер на средствата за плащания от трансфери от МЗ. Годишният план е в размер на 16 652,1 хил. лв. Към 31.12.2020 г. са изплатени 16 652,1 хил. лв. или 100% спрямо заложените в годишен план за 2020 г. средства. С тези средства е заплатено разрешено финансово подпомагане по реда на Наредба № 2 от 27.03.2019 г. на МЗ:

- в размер на 14 610 хил. лв. за предоставяне от лечебни заведения на територията на България на лекарствени продукти, медицински изделия, генетични изследвания и медицински процедури, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за 694 деца (866 заповеди за организационно и финансово подпомагане);

- в размер на 1 658 хил. лв. за оказване на медицинска помощ в лечебни заведения в други държави на 101 деца (съгласно издадени 152 заповеди за организационно и финансово подпомагане за лечение в чужбина) и 384 хил. лв. за покриване на логистичните разходи, свързани с лечението на тези деца в другите държави.

Дейности във връзка с лечение на лица над 18-годишна възраст по чл.82, ал.1а и 6 от ЗЗ – приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 2 000 хил. лв. По реда на чл.115 от ЗПФ средствата са намалени с 1 552,6 хил. лв., в рамките на общия размер на средствата за плащания от трансфери от МЗ. Годишният план е в размер на 447,4 хил. лв. Към 31.12.2020 г. са изплатени 324,1 хил. лв. или 72,5% спрямо заложените в годишен план за 2020 г. средства. С тези средства е заплатено разрешено финансово подпомагане по реда на Наредба № 2 от 27.03.2019 г. на МЗ на пет лица над 18-годишна възраст за оперативно лечение в Австрия (1

пациент), Великобритания (1 пациент), Германия (1 пациент) и Турция (2 пациента – за онкологично лечение и за бъбречна трансплантация).

Медицински изделия, помощни средства, приспособления и съоръжения за хората с увреждания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване – приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 38 000 хил. лв. По реда на чл. 115 от ЗПФ средствата са намалени с 3 661 хил. лв., в рамките на общия размер на средствата за плащания от трансфери от МЗ. Годишният план е в размер на 34 339 хил. лв.

Съгласно §12 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2020 г. до приключването на процедурата по реда на наредбата по чл. 30а от Закона за медицинските изделия за определяне на стойността, до която НЗОК заплаща помощните средства, приспособленията, съоръженията и медицинските изделия за хората с увреждания, и сключването на индивидуалните договори с лицата по чл.45, ал.16 от ЗЗО, осъществяващи дейности по предоставяне и ремонт на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания, но не по-късно от 31.12.2020 г., НЗОК заплаща средствата за предоставените на хората с увреждания помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия или за техния ремонт при досегашните условия при стойност до размерите, определени към 31.12.2019 г., като плащанията се извършват чрез АСП, на която НЗОК превежда необходимите средства за заплащане на заявените суми. Сумите се заявяват от лицата, осъществяващи дейности по предоставяне и ремонт на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания, пред АСП, която ги заплаща при досегашните условия и ред.

Към 31.12.2020 г. на АСП са преведени средства в размер на 34 339 хил. лв. или 100% спрямо заложените в годишен план средства, заявени от АСП за периода 1.01 – 31.12.2020 г.

В заключение следва да се отбележи, че финансирането чрез бюджета на НЗОК е реализирано в съответствие с планираните средства по Закона за бюджета на НЗОК за 2020 г., като извършените процеси по изпълнението се подчиняват на законосъобразност и прецизност на разходването на средствата. Дейността по администриране на всички видове плащания – административни, здравноосигурителни плащания, придобиване на нефинансови активи и плащания от трансферни средства са осъществени при точно прилагане на нормативните актове и решенията на Надзорния съвет на НЗОК.

2.4. Човешки ресурси

В лечебните и здравни заведения от системата на здравеопазване към 31.12.2020 г. на основен трудов договор работят 125 229 души.

Броят на практикуващите на основен трудов договор лекари е 29 717, което е увеличение с 0.4% спрямо предходната 2019 г., когато техният брой е бил 29 612 лекари. Осигуреността с лекари през 2020 г. се увеличава – на 43.0 на 10 000 души (42.6‰ през 2019 г.). Лекарите по дентална медицина са 7 312, спрямо 7 376 за 2019 г.

Броят на специалистите по здравни грижи е 44 676. От тях 29 160 са медицински сестри, които намаляват спрямо 2019 г., когато техният брой е бил 30 546.

Продължава да се увеличава броят на работещи на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения друг персонал с немедицинско образование – от 41 587 през 2019 г. на 43 027 души през 2020 г..

И през 2020 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 които има медицински университети и университетски болници – от 63.4 на 10 000 души в Плевен, 55.5‰ за София (столица), 51.8‰ в Пловдив, и 50.9‰ във Варна до 24.3‰ в област Кърджали, 26.7‰ в област Добрич, 27.3‰ в област Ямбол и 27.5‰ в област Силистра.

От всички работещи в страната 29 717 лекари през 2020 г., 7 266 (24.5%) работят в лечебните заведения в София (столица). Над половината от работещите лекари в страната

(58.2%) са концентрирани в 6 области – София (столица), Пловдив (11.6%), Варна (8.1%), Плевен (5.0%), Бургас (4.6%) и Стара Загора (4.4%).

Към 31.12.2020 г. броят на общопрактикуващите лекари в първичната извънболнична помощ е 4 015 или 13.5% от всички практикуващи лекари в страната.

В структурата на лекарите-специалисти по специалности най-голям е дялът на практикуващите по специалностите Кардиология – 1 850 (6.2%) и Акушерство и гинекология – 1 766 (5.9%). След тях са лекарите-специалисти по Анестезиология и интензивно лечение – 1 669 (5.6%), Хирургия – 1 517 (5.1%), Нервни болести -1 455 (4.9%), Педиатрия – 1 412 (4.8%), Спешна медицина – 1 313 (4.4%), Очни болести – 1 055 (3.6%) и Ортопедия и травматология – 1 001 (3.4%).

Осигуреността с лекари по дентална медицина запазва нивото си от 2019 г. и е 10.6 на 10 000 души, като варирането на показателя е от 17.2‰ в Пловдив и 14.1‰ в София (столица) до 5.4‰ за област София, 5.5‰ за Търговище и 5.6‰ за област Разград.

Показателят за брой население на 1 лекар в България намалява до 233 души, а на 1 лекар по дентална медицина се увеличава до 946 души.

През 2020 г. осигуреността със специалисти по здравни грижи намалява – 64.6 на 10000 души.

Кадровото обезпечаване в структурите на общественото здравеопазване в страната продължава да е в тежко състояние, с най-голям дефицит на лекари и други медицински специалисти.

Недостигът на специалисти в сферата на общественото здравеопазване излага на риск ефективното провеждане на всички дейности, касаещи както превенцията на човешкото здраве и благополучие в частност, така и здравната сигурност на страната.

Всичко това, на фона на непрекъснато увеличаващ се брой обекти, подлежащи на контрол, завишени изисквания към квалификация и стаж, невъзможност (поради законова забрана) за упражняване на допълнителна работа, създава сериозни кадрови проблеми в инспекциите – почти не се намират специалисти, които да постъпят на работа в РЗИ, трудно се задържат и мотивират работещите там. Липсата на квалифицирани кадри, на съвременно лабораторно оборудване и адекватно финансиране води до значителни затруднения при изпълнение на служебните задължения и на поетите ангажименти от страна на Република България по националното и европейско законодателство и международни договори и споразумения се отразява негативно на обема и качеството на извършвания държавен контрол.

Квалификация, продължаващо обучение и миграция на медицинските специалисти

Човешките ресурси в сектора на здравеопазването в България са изправени пред същите предизвикателства като останалите европейски държави – застаряващо население и съответно застаряваща работна сила в здравния сектор, недостатъчна привлекателност за младите поколения на някои здравни професии (най-вече професията „медицинска сестра“), неравномерно териториално разпределение в резултат на вътрешна миграция от по-малките към по-големите населени места, миграция на здравни работници в ЕС и извън него. Това налага предприемането на подходящи стъпки за подготвяне и задържане на достатъчен брой собствени медицински специалисти, което е предизвикателство, общо за всички страни, дори и за икономически добре развитите.

Обучението на медицинските специалисти в Република България се провежда в 9 висши училища. Продължителността и съдържанието на обучението са синхронизирани с общностното право. През последните години е налице трайна тенденция да се утвърждават повече места за студенти по „медицина“, отколкото за студенти по специалност „медицинска сестра“. Прието е обаче, че за оптималното функциониране на здравната система е необходимо съотношението медицински сестри: лекари да е поне 2:1. С цел избягване на отрицателните последици от неблагоприятното съотношение между медицинските специалисти, Министерството на здравеопазването ежегодно предлага на Министерството на образованието и науката

при утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти и докторанти във висшите училища и научните организации на Република България да се увеличи максимално броят на студентите по специалност „медицинска сестра” в рамките на капацитета на висшите училища, определен от Националната агенция за оценяване и акредитация. В резултат броят на студентите по специалност „медицинска сестра“ за учебната 2020/2021 г. е увеличен със 105 (от 609 на 714), което не е достатъчно за осигуряване на необходимия брой медицински сестри в страната.

Една от най-важните мерки за задържане на младите лекари и други медицински специалисти в страната е възможността за професионално развитие. По тази причина приоритетна цел, по която Министерството на здравеопазването работи активно, е създаването на привлекателни условия за придобиване на специалност. През 2020 г. беше реализирана промяна в Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, с която се подобриха условията за обучение на местата, финансирани от държавата, както и се подобриха някои аспекти от процеса на обучението.

През 2020 г. общият брой специализанти по Наредба № 1 от 2015 г. е 5 814. Специализантите, започнали обучението си през 2020 г. са 960.

През 2020 г. по реда на Наредба № 1 от 2015 г. министърът на здравеопазването е утвърдил 235 места за специализанти, финансирани от държавата.

През 2020 г. до държавен изпит за специалност са допуснати общо 1 127 кандидата (575 на отложената майска сесия и 552 на декемврийска сесия). За същата година в регистъра на придобилите специалност са вписани 947 души (успешно издържалите държавния изпит за специалност на декемврийска сесия 2019 г. и на отложената майска сесия 2020 г. и такива, на които е издаден дубликат на свидетелство за специалност).

През 2020 г. се изпълнява проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването”, по който Министерство на здравеопазването е конкретен бенефициент и който се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г., съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд. Проектът дава възможност на лица, започнали обучението си за придобиване на специалност – лекари-специализанти, лекари по дентална медицина-специализанти, медицински сестри-специализанти и акушерки-специализанти да продължат и завършат обучението си. Срокът на проекта е удължен до 31.12.2023 г. Проектът допълва мерките за подкрепа на лица, започнали специализацията си, реализирани по Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси" 2007-2013 г. чрез проект BG051PO001 – 6.2.18-0001 „Нови възможности за лекарите в България”.

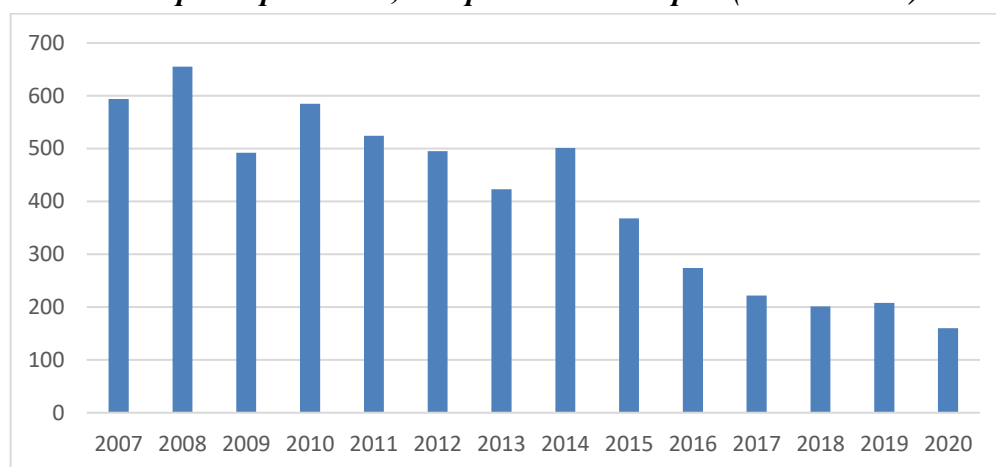
Министерството на здравеопазването издава удостоверения, необходими за работа в чужбина на медицински специалисти, придобили квалификацията си в Република България. Броят на тези удостоверения е мярка по-скоро за потенциалната емиграция на медицинските специалисти, тъй като издаването на удостоверение не е еквивалентно на заминаване в друга държава с цел дълготрайно установяване там. Част от издаваните удостоверения са необходими за признаване на професионалната квалификация в друга държава с цел обучение или краткосрочна работа, след което медицинският специалист се завръща в България. Част от медицинските специалисти желаят издаване на удостоверение без да имат конкретна възможност да започнат работа в чужбина.

През 2020 г. са издадени общо 914 удостоверения, необходими за работа в чужбина на лица (български граждани и чужденци), придобили в България професионална квалификация по професия, за която компетентен орган е министърът на здравеопазването, като удостоверенията на български граждани са общо 354 (за всички професии, за които компетентен орган е министърът на здравеопазването), а удостоверенията на чужди граждани са общо 560.

През последните 13 години е налице явна тенденция за намаляване броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина на български граждани (фиг. 21). Намалението е над четири пъти

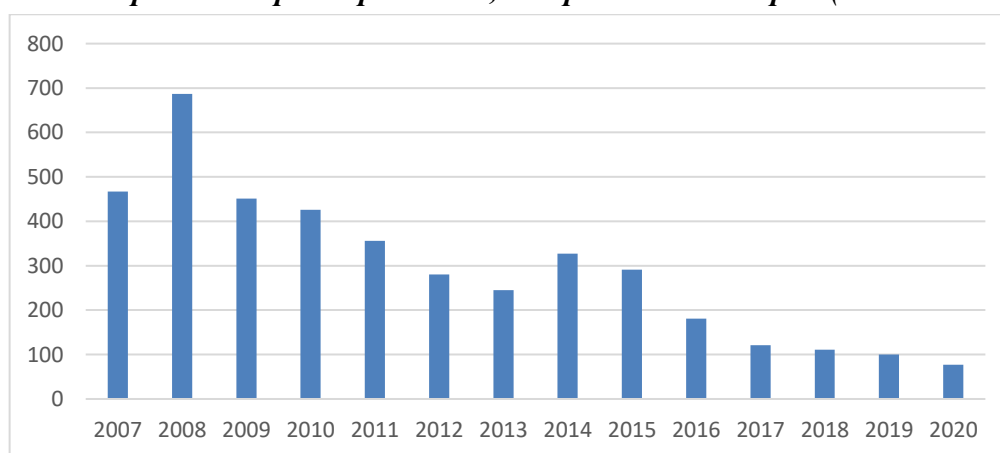
– от 655 през 2008 г. до 160 през 2020 г. Особено интензивно е намалението в броя на издаваните удостоверения в периода 2014-2020 г., когато броят им намалява над 3 пъти (от 501 на 160). Една от основните причини за това е промяната в системата за специализация, реализирана чрез Наредба № 1 от 2015 г., насочена към преодоляване на редица отчетени проблеми. Предвид факта, че удостоверенията имат 3-месечен срок на валидност съгласно изискванията на Директива 2005/36/ЕО, сериозното намаление в броя на издадените удостоверения през годините отчита реално намаляване на намеренията за емиграция. Следва да се има предвид, че издаваните удостоверения са необходими за признаване на придобитата в България професионална квалификация както с цел дълготрайно установяване в друга държава, така и с цел обучение или краткосрочна работа, след което медицинският специалист се завръща в България.

Фигура 23. Брой издадени удостоверения, необходими за работа в чужбина на лекари – български граждани, завършили в България (2007-2020 г.)



За последните 13 години намалява и броят на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „медицинска сестра“ в чужбина (Фигура 24). През 2020 г. са издадени само 77 удостоверения, необходими за упражняване на професията в чужбина, на лица, завършили в България.

Фигура 24. Брой издадени удостоверения, необходими за работа в чужбина на медицински сестри – български граждани, завършили в България (2007-2020 г.)



Министърът на здравеопазването е компетентен орган за признаването на професионална квалификация по регулираните медицински професии. През 2020 г. са издадени 74 удостоверения за признаване на професионална квалификация и специалност в областта на здравеопазването.

2.5. Лечебни заведения

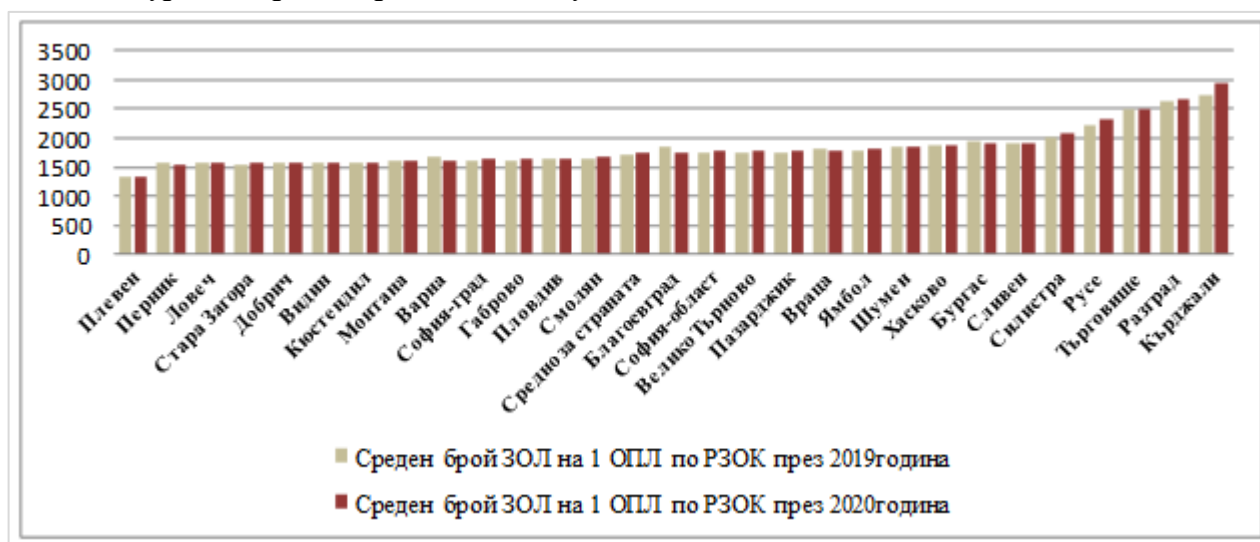
2.5.1. Първична извънболнична медицинска помощ

Осигуреност с ОПЛ на ЗОЛ по пациентска листа:

Осигуреността с ОПЛ през 2020 г. средно за страната е един лекар на 1 741 здравноосигурени лица по пациентска листа, сравнено с миналата година средно за страната един ОПЛ е обслужвал 1 718 ЗОЛ.

Най-висока е осигуреността в РЗОК-Плевен (един ОПЛ на 1 332 ЗОЛ – 2020 г./един ОПЛ на 1 329 ЗОЛ – 2019 г.), РЗОК-Перник (един ОПЛ на 1 552 ЗОЛ – 2020 г./ един ОПЛ на 1 565 ЗОЛ – 2019 г. и РЗОК-Ловеч (един ОПЛ на 1 564 ЗОЛ – 2020 г./ един ОПЛ на 1 559 ЗОЛ – 2019 г.). Най-ниска осигуреност с ОПЛ се наблюдава в РЗОК – Кърджали (един ОПЛ на 2 952 ЗОЛ – 2020 г./един ОПЛ на 2 734 ЗОЛ – 2019 г.) и РЗОК – Разград (един ОПЛ на 2 676 ЗОЛ – 2020 г./един ОПЛ на 2 642 ЗОЛ – 2019 г.) (Фигура 25).

Фигура 25. Среден брой ЗОЛ, обслужван от 1 ОПЛ по РЗОК за 2020 г./2019 г.

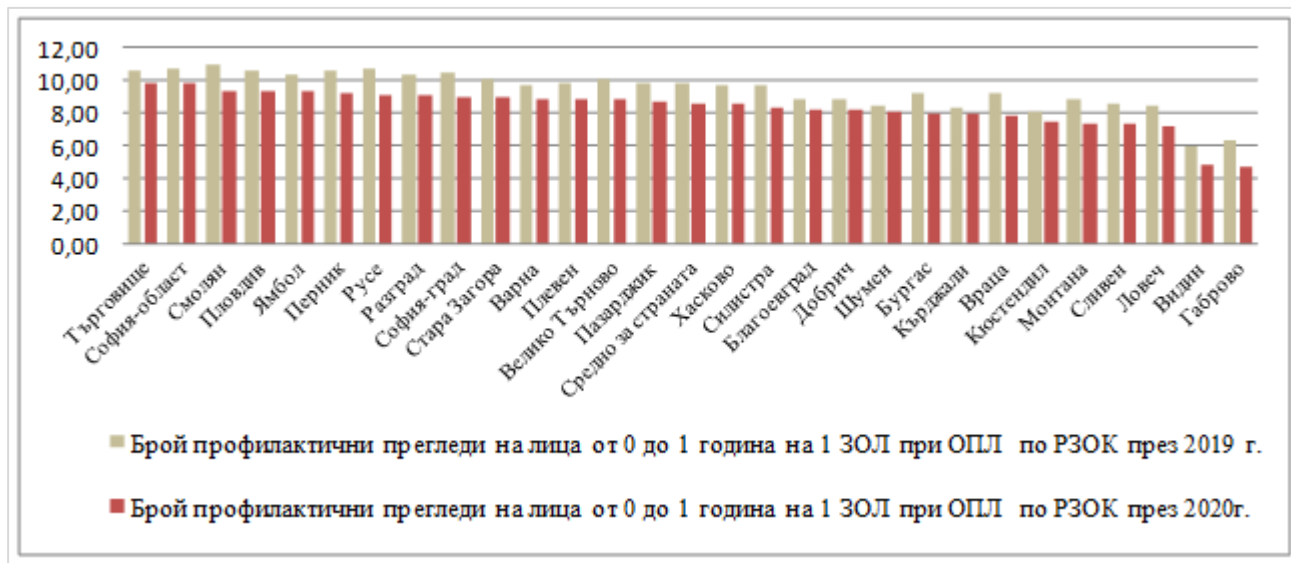


Програма „Детско здравеопазване“, изпълнявана от ОПЛ

Средният за страната брой на отчетените профилактични прегледи за 2020 г. на лицата от 0 до 1 година е 8,65 на 1 ЗОЛ. Наблюдава се промяна в обращаемостта спрямо 2019 г., когато стойността на показателя е 9,8 прегледа на едно ЗОЛ от 0 до 1 година.

Наблюдава се намаление с 11,72% в отчетените профилактични прегледи на 1 ЗОЛ през 2020 г., спрямо 2019 г., най-значимо в РЗОК-Габрово (24,63%), РЗОК-Видин (19,45%) и РЗОК-Монтана (16,83%). Най-високи стойности отбелязва показателят и през двата наблюдавани периода в РЗОК-Търговище (2020 г.- 9,83; 2019 г.- 10,62) и РЗОК-София-област (2020 г.- 9,81; 2019 г.- 10,71). Най-малко отчитат РЗОК Габрово и РЗОК Видин с 45% и 44% под средната стойност за страната. (Фигура 26).

Фигура 26. Брой профилактични прегледи на лица от 0 до 1 година на 1 ЗОЛ при ОПЛ през 2019 г./2020 г.



По програма „Детско здравеопазване“ при ЗОЛ от 1 до 2 години, средният брой на отчетените профилактични прегледи на 1 ЗОЛ през 2020 г. (2,71) бележи спад с 10,78% спрямо стойността на показателят от 2019 г. (3,04). В 13 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната, най-голям брой отчитат в РЗОК София-област (2020 г. – 3,19; 2019 г. – 3,50) и РЗОК-Перник (2020 г. – 3,03; 2019 г. – 3,37). В 15 РЗОК стойността на показателя е под средното за страната. При предвидени по програмата четири прегледа годишно за тази възрастова група, с най-ниска обръщаемост са областите с най-малко отчетени прегледи средно на едно ЗОЛ от 1 до 2 години РЗОК-Габрово (2020 г. – 1,48; 2019 г. – 1,89) и РЗОК-Видин (2020 г. – 1,59; 2019 г. – 1,84), тъй като в тези РЗОК програма „Детско здравеопазване“ се изпълнява предимно от лекари-специалисти по педиатрия.

Средно отчетеният за страната брой дейности профилактични прегледи на ЗОЛ от 2 до 7 години е намалял от 1,5 на 1 ЗОЛ (2019 г.) на 1,3 на 1 ЗОЛ (2020 г.). В 12 РЗОК броят на прегледите на 1 ЗОЛ е над средната стойност на показателя за страната, като най-високи стойности отчитат РЗОК-София област (2020 г. – 1,53; 2019 г. – 1,71), РЗОК-Перник (2020 г. – 1,49; 2019 г. – 1,64) и РЗОК-Ямбол (2020 г. – 1,46; 2019 г. – 1,61).

При предвидени два профилактични прегледа за тази възрастова група са отчетени по-малко прегледи. Най-ниски стойности отбелязва показателят в РЗОК-Видин (2020 г. – 0,82; 2019 г. – 0,95) и РЗОК-Габрово (2020 г. – 0,82; 2019 г. – 1,07).

Средният брой на отчетените профилактични прегледи на лицата от 7 до 18 години през 2019 г. е 0,76 прегледа на едно ЗОЛ, докато през 2019г е била – 0,82 при изискуем по програмата един преглед годишно.

В 14 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е над средната стойност на показателя за страната. С най-високи стойности е показателят в РЗОК-Перник (2020 г. – 0,85 и 2019 г. – 0,88), РЗОК – София-област (2020 г. – 0,85; 2019 г. – 0,90) и РЗОК-Пловдив (2020 г. – 0,82 и 2019 г. – 0,86).

В останалите 14 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи е на и под средната стойност на показателя за страната. Най-ниски стойности на показателя са отчетени в РЗОК-Габрово (2020 г. – 0,58; 2019 г. – 0,71), РЗОК-Шумен (2020 г. – 0,62 и 2019 г. – 0,69) и РЗОК-Кърджали (2020 г. – 0,63; 2019 г. – 0,72).

През 2020 г. 76,23% от ЗОЛ от 7 до 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на годишен профилактичен преглед, като стойността на показателя през 2019 г. е почти същия – 81,72%. Броят на извършените профилактични прегледи в тази възрастова група традиционно отбелязва по-значителен ръст в края на трето тримесечие, преди началото на учебната година.

През 2020 г. при дейностите по „Детско здравеопазване се наблюдава спад в отчетените профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. при всички възрастови групи в сравнение с отчетените дейности през 2019 г.

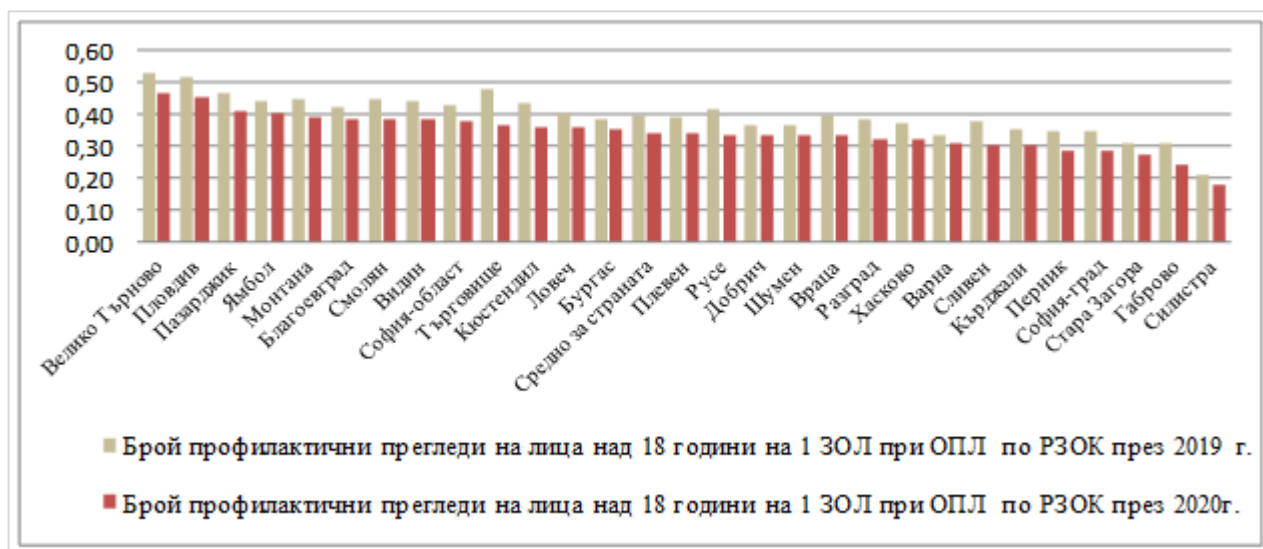
Профилактика на ЗОЛ над 18 години, осъществявана от ОПЛ

През 2020 г. отчетените профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 годишна възраст са 2 050 839 броя, а през 2019 г. те са 2 403 617 броя.

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2020 г., при лицата над 18 години е 0,34 прегледа на едно ЗОЛ, при предвиден един преглед годишно. За същия период на 2019 г. стойността на показателя е била 0,40 прегледа на едно ЗОЛ. В 13 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи на 1 ЗОЛ над 18 години е над средната стойност на показателя за страната, като най-голяма е обращаемостта в РЗОК- Велико Търново (2020 г. – 0,47; 2019 г. – 0,53), РЗОК Пловдив (2020 г. – 0,45; 2019 г. – 0,52) и РЗОК Пазарджик (2020 г. – 0,41; 2019 г. – 0,47). Правят впечатление ниските стойности на показателя в РЗОК Силистра (2020 г. – 0,18; 2019 г. – 0,21), РЗОК Стара Загора (2020 г. – 0,27 и 2019 г. – 0,31) и РЗОК Габрово (2020 г. – 0,24; 2019 г. – 0,31) които са по-ниски от средната стойност за страната, съответно с 47%, 29% и 21% . (Фигура 27)

За разглеждания период средно за страната само 34,14% от ЗОЛ над 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на профилактичен преглед.

Фигура 27. Брой профилактични прегледи на лица над 18 години на 1 ЗОЛ при ОПЛ по РЗОК през 2019 г./2020 г.



Програма „Майчино здравеопазване“ за ЗОЛ с нормална бременност, изпълнявана от ОПЛ

През 2020 г. по програма „Майчино здравеопазване“, изпълнявана от ОПЛ са извършени 2 401 прегледа на 1 415 бременни, съответно през 2019 г. са извършени 2 927 прегледа на 1 663 бременни, т.е. при по-малък брой ЗОЛ, включени в регистъра по програмата, са извършени и по-малко прегледи. В РЗОК Ямбол, Търговище и Габрово общопрактикуващите лекари не осъществяват наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“, тъй като в тези области няма бременни включени в регистъра при ОПЛ.

За дейностите по „Майчино здравеопазване“ през 2020 г. се наблюдава спад от 17,97% в отчетените профилактични прегледи в сравнение с 2019 г.

По програма „Майчино здравеопазване“ продължава трайна тенденция към намаление на бременните, наблюдавани от ОПЛ, профилактиката на бременни жени с нормална бременност се осъществява основно от лекари-специалисти по „Акушерство и гинекология“ в СИМП.

Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от ОПЛ

Средният брой на отчетените диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ през 2020 г. е 2,49 прегледа, а през 2019 г. е бил – 2,74 прегледа. В 13 РЗОК средният брой на отчетените диспансерни прегледи на 1 ЗОЛ е над средната стойност на показателя за страната, като най-голям брой прегледи отчитат в РЗОК-София-област (2020 г. – 2,84; 2019 г. – 3,01), РЗОК-Пазарджик (2020 г. – 2,78; 2019 г. – 3,0), РЗОК-Видин (2020 г. – 2,75; 2019 г. – 2,98) и РЗОК – Велико Търново (2020 г. – 2,75; 2019 г. – 2,96). В останалите 15 РЗОК броят на отчетените диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ е под средния показател за страната, като най-малък е този брой в РЗОК-София (столица) (2020 г. – 2,22; 2019 г. – 2,56), РЗОК-Кюстендил (2020 г. – 2,23 и 2019 г. – 2,54) и РЗОК-Перник (2020 г. – 2,23; 2019 г. – 2,56) (Фигура 28).

През 2020 г. и 2019 г. най-голям брой ЗОЛ са диспансеризирани при ОПЛ за следните социално значими заболявания:

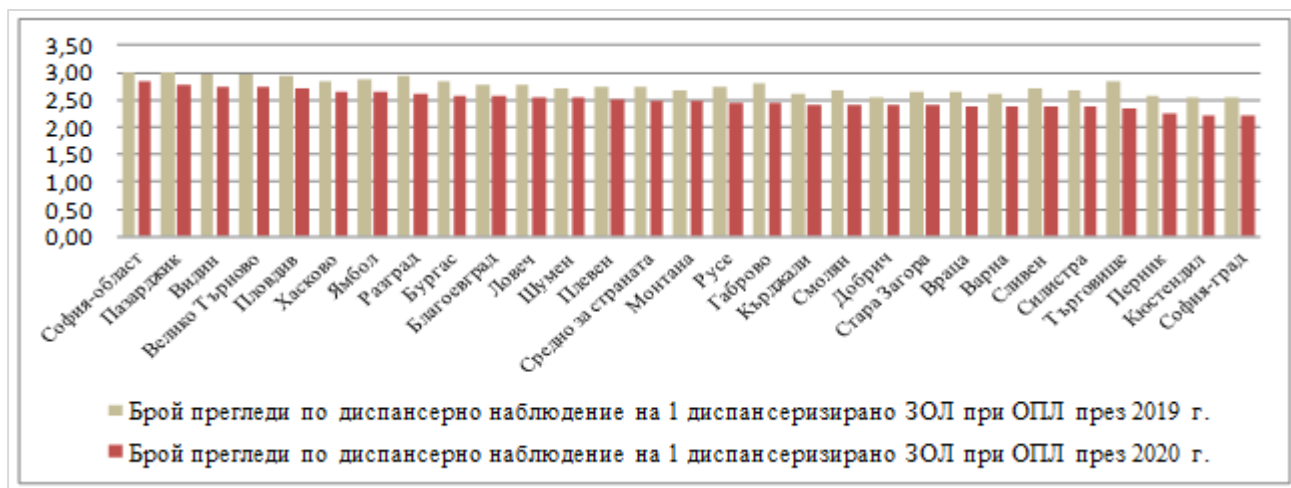
- „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ – 458 710 диспансеризирани (2020 г.) и 440 950 диспансеризирани (2019 г.) – т.е. бележат ръст от 4,03%;
- „Болести на органите на кръвообращението“ – 1 692 923 диспансеризирани (2020 г.) и 1 670 798 диспансеризирани (2019 г.) – т.е. бележат ръст от 1,32%.

По РЗОК, най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ за тези класове болести са регистрирани в регионите с най-голям брой население – София (столица), Пловдив и Варна.

- Прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване са 1 929 587 броя (2020 г.) и 1 696 941 броя (2019 г.) и бележат ръст от 13,71% през 2020 г. спрямо 2019 г.;
- Прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболявания са 1 470 711 броя (2020 г.) и 1 558 944 броя (2019 г.) и бележат спад от 5,66% през 2020 г. спрямо 2019 г.;

Прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания – 957 204 броя (2020 г.) и 948 123 броя (2019 г.) – бележат ръст от 0,96% през 2020 г. спрямо 2019 г.

Фигура 28. Брой прегледи по диспансерно наблюдение на 1 диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ през 2019 г./2020 г.



В сравнение с 2019 г. броят на лицата включени в регистър "Диспансерно наблюдение" при ОПЛ нараства с 3,07% – 1 748 969 диспансеризирани ЗОЛ (2020 г.) и 1 696 941 диспансеризирани ЗОЛ (2019 г.). Това не е довело до увеличение на броя на извършените прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ през 2020 г. Отчетените от ОПЛ прегледи по диспансерно наблюдение са по-малко от договорените средно четири прегледа за календарна година.

Инцидентни посещения при ОПЛ

През 2020 г. средната стойност на показателя „Брой инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ при ОПЛ“ е 23,99 броя, а през 2019 г. – 31,47 броя, наблюдава се понижение на показателя

с 23,76% спрямо 2019 г. През двете отчетни години продължават едни и същи РЗОК да отчетат много ниски стойности на показателя, а други – четири пъти над средната стойност за страната.

През 2019 г. се запазва най-голям брой инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ да отчетат ОПЛ в РЗОК-Бургас (2020 г.-100,48; 2019 г.-129,9), РЗОК-Монтана (2020 г. - 89,29; 2019 г. - 125,42) и РЗОК-Благоевград (2020 г. - 87,32; 2019 г. - 111,36). С най-ниски стойности е показателят в РЗОК – Кърджали (2020 г. - 1,76; 2019 г. - 2,29), РЗОК-Габрово (2020 г. - 1,89; 2019 г. - 2,78) и РЗОК- Разград (2020 г. - 2,02; 2019 г. - 3,40).

2.5.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ

През 2020 г. средно за страната се отчетат 0,73 първични консултативни прегледи на 1 ЗОЛ, през 2019 г. този показател е бил 0,81. При запазена тенденция от 2019 г., през 2020 г. най-много първични прегледи на едно ЗОЛ над средния за страната показател се отчетат в РЗОК – Плевен (0,93 през 2020 г./1,04 през 2019 г.), РЗОК – Русе (0,84 през 2020/ 0,92 през 2019 г.), РЗОК – Варна (0,82 през 2020 г./0,90 през 2019 г.), РЗОК Пловдив (0,79 през 2020 г./0,88 през 2019 г.) и РЗОК – София град (0,78 през 2020 г./0,93 през 2019 г.).

Посочените области са региони в които има, както 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-ниска е стойността на показателя в РЗОК – Силистра (0,58 през 2020 г./0,64 през 2019 г.), РЗОК – Разград (0,55 през 2020 г./0,65 през 2019 г.) и РЗОК – Кърджали (0,53 през 2020 г./0,58 през 2019 г.) тенденция която се запазва от 2019 г., което е в съответствие и с по-малката осигуреност на тези области с лекари специалисти.

През 2020 г./2019 г., средно за страната са отчетени по 0,28/0,33 вторични консултативни прегледа на 1 ЗОЛ. През 2020 г. в 13 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната и се движи в диапазона между 0,34 и 0,29 прегледа. През 2019 г. този диапазон е между 0,39 и 0,32 прегледа. В 15 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната. Показателят е с най-ниски стойности в РЗОК-Силистра и РЗОК-Кърджали, тенденция която се запазва от 2019 г.

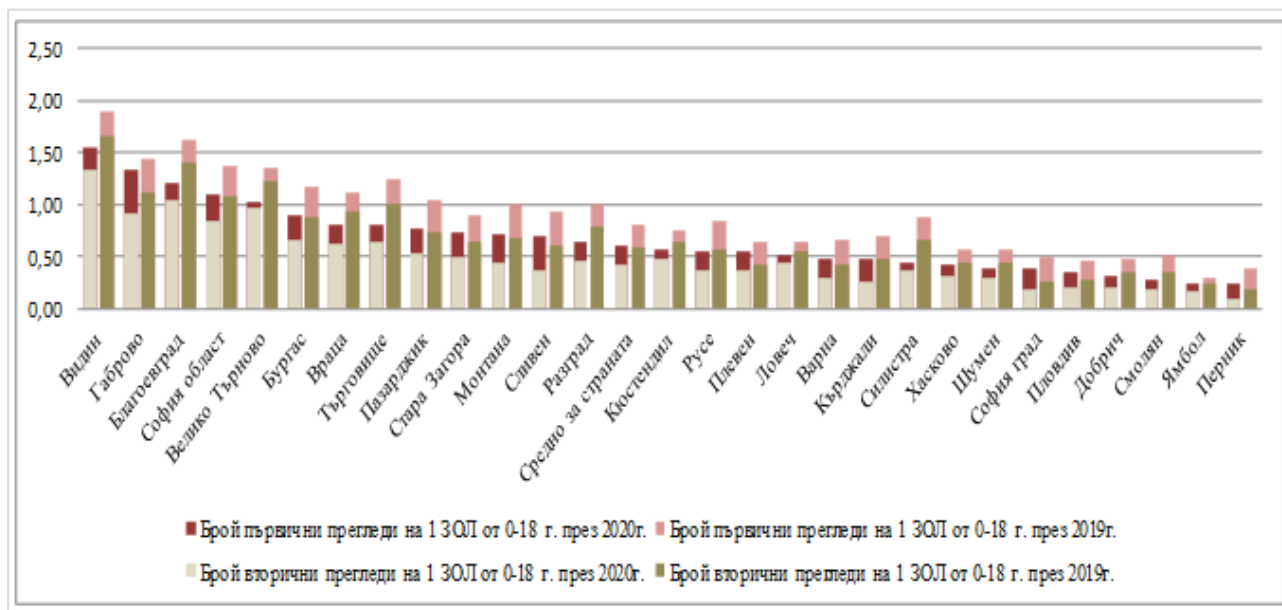
Първични/вторични прегледи на 1 ЗОЛ от 0-18 г. при специалист с придобита специалност по “Педиатрия“ по повод остри състояния през 2020 г./2019 г.

През 2020 г., средният брой отчетени първични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ за страната е 0,60 прегледа, а през 2019 г. този показател е 0,81 прегледа. Най-високи стойности над средната за страната се отчетат в РЗОК-Видин (1,55 прегледа през 2020 г./1,90 през 2019 г.), РЗОК-Габров (1,32 прегледа през 2020 г./1,44 през 2019 г.) и РЗОК-Благоевград (1,21 прегледа през 2020 г./1,62 през 2019 г.).

Вторичните прегледи през отчетния период на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при лекар специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ средно за страната са 0,42 прегледа през 2020 г., а през 2019 г. този показател е 0,59 прегледа.

През 2020 г. съотношението между първични и вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ от 0-18 г. при специалист по педиатрия и профилни специалности средно за страната е 0,70, т.е. не надвишава допустимото съотношение 1:1. Това означава, че на 30% от преминалите деца на първичен преглед не са им извършвани и съответно отчетани вторични прегледи (Фигура 29).

Фигура 29. Първични/вторични прегледи на 1 ЗОЛ от 0-18 г. при специалист с придобита специалност по “Педиатрия“ по повод остри състояния през 2020 г./2019 г.



Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от лекар-специалист в ЛЗ за СИМП през 2020 г. и 2019 г.

За периода 01.01.2020 г.- 31.12.2020 г., класовете болести по МКБ 10, с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист са:

- „Болести на дихателната система“ – 204 571 диспансеризирани ЗОЛ. Най-голям брой са регистрирани в РЗОК – София град – 25 463, РЗОК – Стара Загора – 17 966 и РЗОК – Пловдив – 13 345.

- „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ с 116 615 диспансеризирани ЗОЛ. РЗОК с най-голям брой диспансерни ЗОЛ с тези заболявания са в РЗОК – София град – 21 000, РЗОК – Пловдив – 8 292 и РЗОК – Варна – 7 969.

- За периода 01.01.2019 г. – 31.12.2019 г., класовете болести по МКБ 10, с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист са:

- „Болести на дихателната система“, с 202 502 диспансеризирани ЗОЛ. Най-голям брой са регистрирани с тези заболявания са в РЗОК-София град – 25 031, РЗОК-Стара Загора – 17 576 и РЗОК-Пловдив – 13 067.

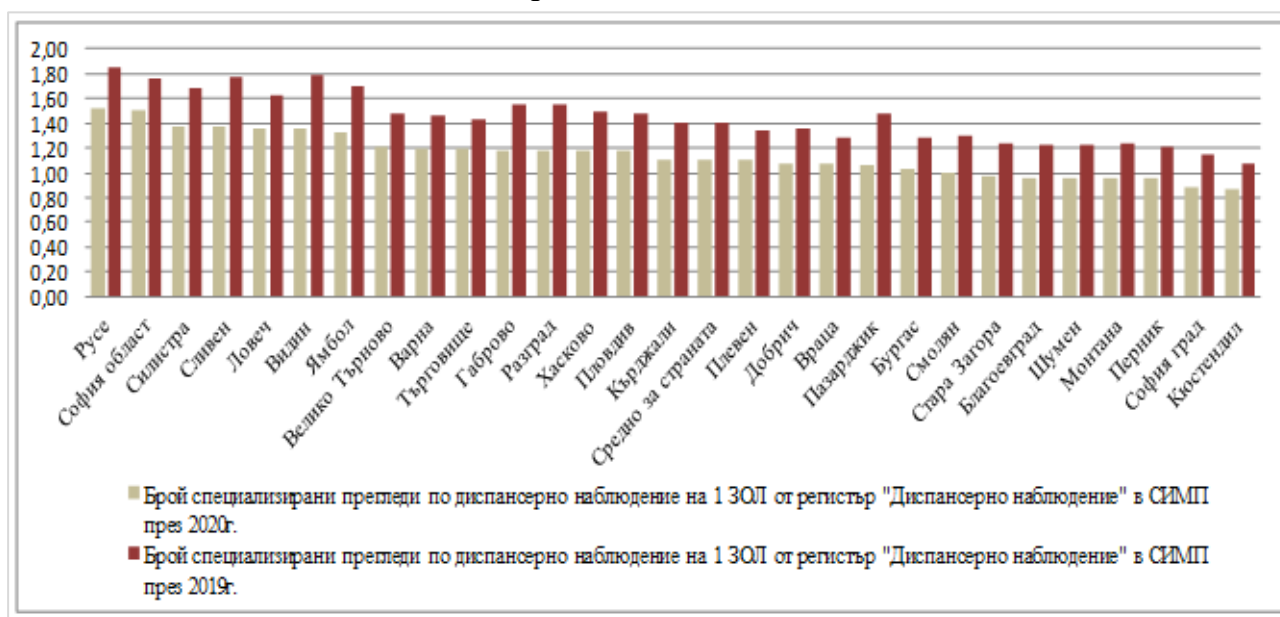
- „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“, с 119 612 диспансеризирани ЗОЛ Най-голям брой регистрирани с тези заболявания са в РЗОК-София град – 21 679, РЗОК-Пловдив – 8 508 и РЗОК-Варна – 8 191.

През 2020 г. средно за страната са отчетени 45 първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на 10 000 ЗОЛ, за 2019 г. стойността на показателя е 60 специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на 10 000 ЗОЛ. Най-голям брой специализирани прегледи на 10 000 ЗОЛ от този вид се отчитат в РЗОК- Видин (118 през 2020г/ 171 през 2019 г.), РЗОК – Ямбол (88 през 2020 г./120 през 2019 г.), РЗОК- Смолян (87 през 2020 г./119 през 2019 г.) и РЗОК-Стара Загора (74 през 2020 г./100 през 2019 г.), което е два пъти над средното за страната. Най-малък брой първични специализирани прегледи на 10 000 ЗОЛ под средните стойности за страната по този показател се отчитат в РЗОК – София област (27 през 2020 г./36 през 2019 г.), РЗОК – Пазарджик с (23 през 2020 г./31 през 2019 г.), и РЗОК – Бургас (20 през 2020 г./25 през 2019 г.).

Общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение през 2020 г. средно за страната са 1,11 прегледа на едно диспансеризирано ЗОЛ в

СИМП. За 2019 г. стойността на този показател е 1,40 прегледа. Най-високи стойности по този показател над средните за страната, се отчита в РЗОК – Русе (1,52 през 2020 г./1,84 през 2019 г.), РЗОК – София област (1,50 през 2020 г./1,75 през 2019 г.) и РЗОК – Силистра (1,38 през 2020 г./1,68 през 2019 г.). Най-малък брой диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП, под средната стойност за страната са отчетени в РЗОК- Перник (0,95 през 2020 г./1,21 през 2019 г.), РЗОК- София град (0,88 през 2020 г./1,15 през 2019 г.) и РЗОК – Кюстендил (0,86 през 2020 г./1,08 през 2019 г.) (Фигура 30).

Фигура 30. Брой специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на 1 ЗОЛ в СИМП през 2020 г./2019 г.



Програма „Детско здравеопазване“, осъществявана от лекар-специалист по „Педиатрия“

През 2020 г., както и през 2019 г. лекарите-специалисти по педиатрия в РЗОК – Кърджали, РЗОК – Монтана, РЗОК – Пазарджик, РЗОК – Перник, РЗОК – Русе, РЗОК – Сливен и РЗОК – Търговище не отчитат профилактични прегледи по програма „Детско здравеопазване“. Средната стойност на показателя за страната „Брой профилактични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 г. по програма „Детско здравеопазване“ в СИМП през 2020 г. е 0,035 прегледа, през 2019 г. е 0,040 прегледа. В РЗОК – Габрово (0,290 през 2020 г./0,306 през 2019 г.), РЗОК – Видин (0,274 през 2020 г./0,313 през 2019 г.) и РЗОК – Кюстендил (0,121 през 2020 г./0,123 през 2019 г.) се отчитат най-голям брой прегледи по програмата.

В РЗОК – Видин, РЗОК – Габрово и РЗОК – Кюстендил при изпълнение на програма „Детско здравеопазване“ лекарите – специалисти по педиатрия отчитат сравнително висок обем профилактични прегледи спрямо останалите РЗОК. Тези данни корелират с отчетения по-нисък брой профилактични прегледи при ОПЛ в тези области.

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

През 2020 г. по програма „Майчино здравеопазване“ за наблюдение на бременни жени с нормална и рискова бременност от лекар-специалист по акушерство и гинекология са отчетени общо 303 883 профилактични прегледа на 72 766 бременни (39 305 първични и 264 578 вторични). За 2019 г. са отчетени общо 348 024 профилактични прегледа на 75 795 бременни (42 073 първични и 305 951 вторични).

Средната стойност на показателя за страната през 2020 г. е 4,18 прегледа на една бременна жена включена в програмата, за 2019 г. стойността на показателя е 4,59 прегледа. Най-

високо изпълнение по програмата през 2020 г. е отчетено в РЗОК – Търговище, РЗОК – Хасково, РЗОК – Добрич и РЗОК – Смолян .

Налага се изводът, че в по-голямата част от страната, бременните жени избират да бъдат наблюдавани от специалисти по „Акушерство и гинекология“ и само в някои региони, където е затруднен достъпа до специализирана медицинска помощ, наблюдението се извършва от ОПЛ.

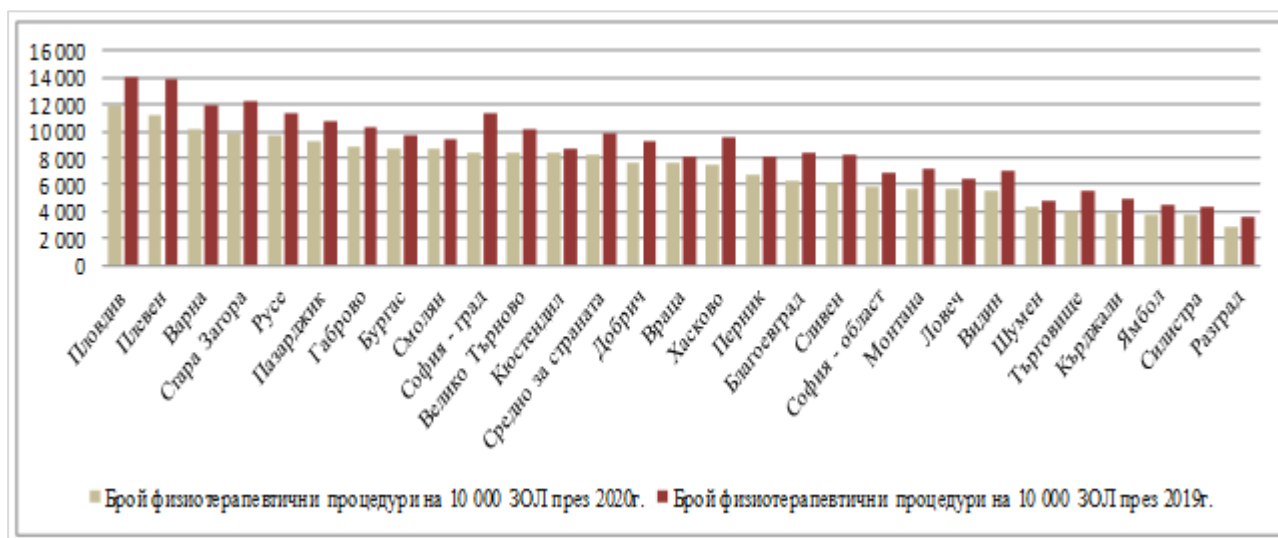
Медицинска експертиза на работоспособността

Средният брой прегледи на 10 000 ЗОЛ за страната, извършени по повод медицинска експертиза на работоспособността (прегледи от ЛКК, по искане на ЛКК, за подготовка за ЛКК/ТЕЛК) през 2020 г. е 1 414 прегледа , през 2019г са 1 459 прегледа. Най-голям брой прегледи на 10 000 ЗОЛ над средната за страната стойност са отчетени в РЗОК – Габрово (5 147 през 2020 г./5 038 през 2019 г.), РЗОК – Перник (4 970 през 2020 г./4 865 през 2019 г.) и РЗОК – Монтана (2 737 през 2020 г./2 985 през 2019 г.). Запазва се тенденцията от 2019 г. по този показател да се отчитат най-малко прегледи на 10 000 ЗОЛ спрямо средната стойност за страната в РЗОК-Търговище (613 през 2020 г./675 през 2019 г.) и РЗОК-Шумен (302 през 2020 г./336 през 2019 г.

Физикална и рехабилитационна медицина

На 10 000 ЗОЛ средно за страната през 2020 г. са отчетени по 8 149 физиотерапевтични процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“, което представлява спад от 18% спрямо 2019 г. (9 920). Най-голям спад в потреблението по този показател през 2020 г. спрямо 2019 г., отчитат РЗОК- София град (26%), РЗОК – Благоевград (24%) и РЗОК- Хасково (22%) (Фигура 31).

Фигура 31. Брой физиотерапевтични процедури на 10 000 ЗОЛ през 2020 г./2019 г.



През 2020 г. и 2019 г., броят на специализираните първоначални прегледи по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ средно за страната на 10 000 ЗОЛ е равен на броя на заключителните прегледи. През 2020 г. отчетените първоначални и заключителни прегледи по физиотерапия и рехабилитация отбелязват спад от близо 18% спрямо 2019 г. От 01.04.2017 г., са в сила индикации за хоспитализация по физиотерапевтични клинични пътеки за рехабилитация на заболявания на централната нервна система, периферната нервна система и на опорно-двигателния апарат, съгласно които ЗОЛ се хоспитализира, когато не е налице достатъчен терапевтичен ефект от проведената физиотерапия и рехабилитация в извънболничната помощ.

Най-голям брой прегледи по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ на 10 000 ЗОЛ, след въвеждане на новите правила за хоспитализация се отчитат в РЗОК с наличието

на специализирани болници за рехабилитация – Пловдив, Плевен, Варна и Стара Загора. Най-голям спад в потреблението на 10 000 ЗОЛ по този показател през 2020 г. спрямо 2019 г. се наблюдава в РЗОК – Сливен (28%) и РЗОК – Търговище (27%) .

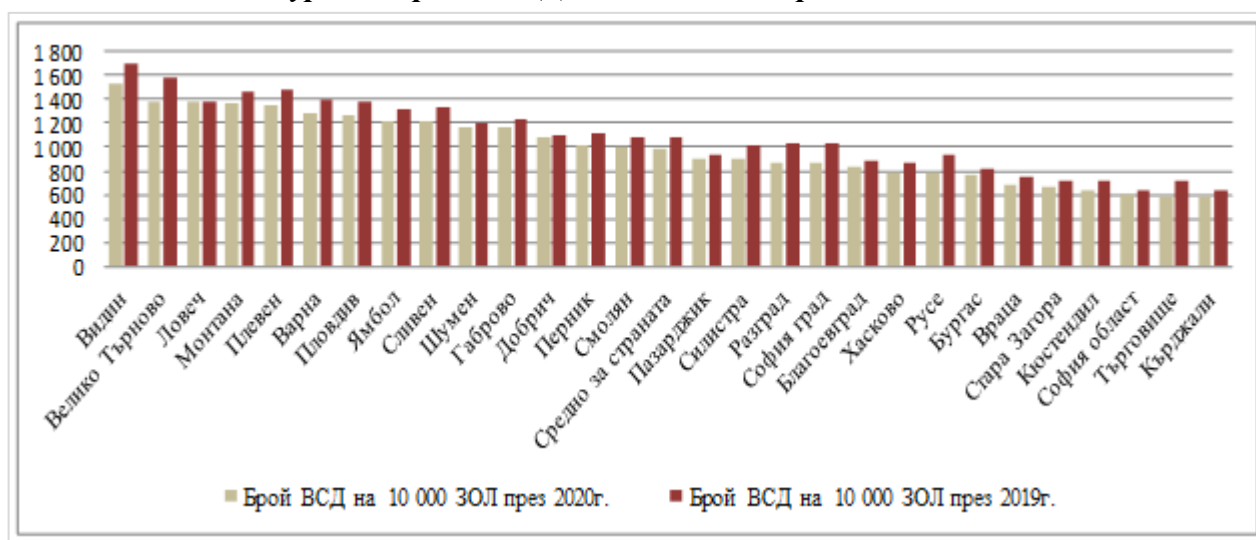
Високоспециализирани медицински дейности (ВСМД)

През 2020 г. средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 983 високоспециализирани медицински дейности, което е с 9% спад в сравнение с 2019 г. година, когато са отчетени 1 085 високоспециализирани медицински дейности на 10 000 ЗОЛ.

През 2020 г. се запазва тенденцията от 2019 г. с най-голям брой ВСМД на 10 000 ЗОЛ над средната стойност на показателя за страната да се отчитат в РЗОК-Видин (1 531 през 2020 г./1 692 през 2019 г.), РЗОК – Велико Търново (1 387 през 2020 г./1 583 през 2019 г.) и РЗОК – Ловеч (1 378 през 2020 г./1 388 през 2019 г.).

Най-ниско потребление на ВСМД под средната стойност за страната на 10 000 ЗОЛ е отчетено в РЗОК – София област (596 през 2020 г./633 през 2019 г.), РЗОК – Търговище (591 през 2020 г./716 през 2019 г.) и РЗОК – Кърджали (578 през 2020 г./628 през 2019 г.) (Фигура 32).

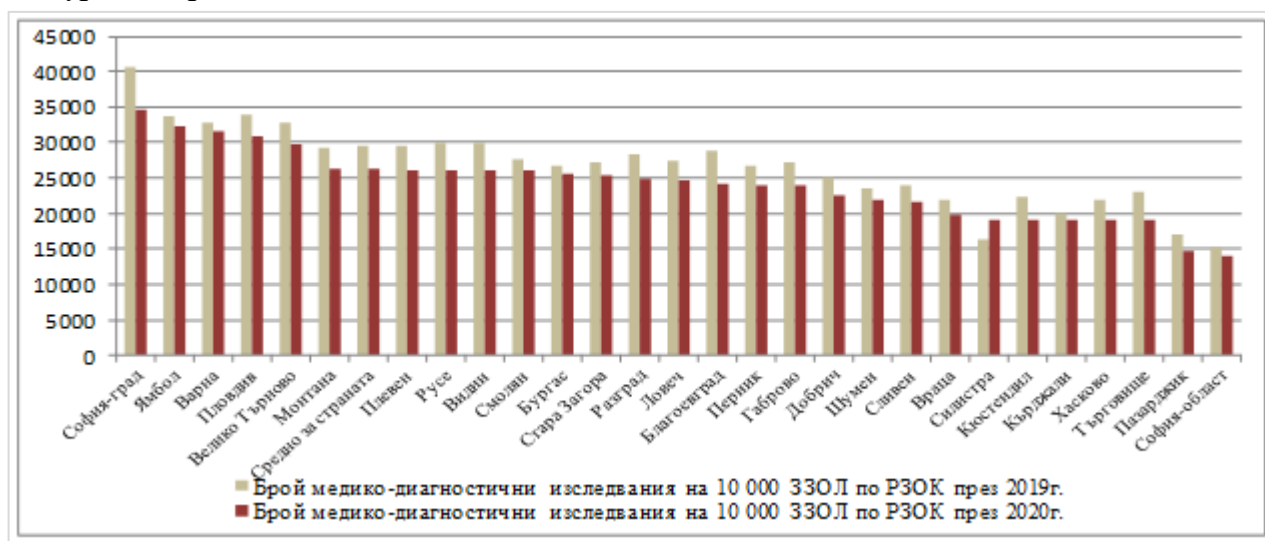
Фигура 32. Брой ВСМД на 10 000 ЗОЛ през 2020 г./2019 г.



Медико-диагностични изследвания

През 2020 г. се забелязва спад от 10,94% на отчетените медико-диагностични изследвания, средно за страната са 26 233 броя на 10 000 ЗОЛ, а през 2019 година средната стойност на показателя е била 29 454. Всички РЗОК отбелязват спад на отчетените МДИ, с изключение на РЗОК-Силистра (19 229), с ръст на показателя с 17,73%. В 6 РЗОК стойността на този показател е над средната за страната. Най-високи стойности на показателя са отчетени в РЗОК-София (34 640, спад 14,62%), РЗОК-Ямбол (32 380, спад 3,8%) и РЗОК-Варна (31 662, спад от 3,36%). В 22 РЗОК стойността на показателя е под средното за страната. С най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ през двата сравнявани периода са РЗОК-София-област (14 030), РЗОК – Пазарджик (14 810) и РЗОК-Търговище (19 035) (Фигура 33).

Фигура 33. Брой медико-диагностични изследвания на 10 000 ЗЗОЛ по РЗОК 2019/2020 г.



Най-висока е обращаемостта на МДИ от пакет „Клинична лаборатория“ – средно за страната през 2020 г. са отчетени 22 511 броя на 10 000 ЗОЛ. Отчетените изследвания от пакет „Клинична лаборатория“ са 85,81% от всички медико-диагностични изследвания. Потреблението на МДИ от пакет „Клинична лаборатория“ от 10 000 ЗОЛ средно за страната през отчетния период отбелязва понижението от 11,87% спрямо 2019 г. Всички РЗОК отбелязват спад на отчетените МДИ пакет „Клинична лаборатория“, с изключение на РЗОК-Силистра (17 281 на 10 000 ЗОЛ), чийто показател расте с 21,33%.

През 2020 г. в 10 РЗОК (София, Ямбол, Пловдив, Варна, Велико Търново, Монтана, Смолян, Видин, Русе и Разград) стойността на този показател е над средната за страната. Със значителен спад от 17,53% на РЗОК-Благоевград се премества в позиция под средната за страната. Запазва се тенденцията РЗОК-София (28 973), РЗОК-Ямбол (28 773) и РЗОК-Пловдив (27 287) да са на първите три места по брой изследвания на 10 000 ЗОЛ от пакет „Клинична лаборатория“.

В 18 РЗОК стойността на този показател е под средната за страната. Най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ са отчетени в София-област (11 662) и РЗОК-Пазарджик (11 836).

През 2020 г. стойността на показателя от пакет „Образна диагностика“ намалява с 7,34%, средно за страната са отчетени 2 164 изследвания на 10 000 ЗОЛ, за същия период на 2019 г. са отчетени 2 336 броя на 10 000 ЗОЛ. В 14 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната, като през настоящия период в тази група попадат РЗОК-Ямбол и РЗОК-Търговище с 1,57% по-ниски стойности от 2019 г.

РЗОК-София (столица) и РЗОК-Кюстендил отбелязват спад от 12,8% и 12,01%. За двата сравнявани периода най-голям брой изследвания от пакет „Образна диагностика“ на 10 000 ЗОЛ отчитат Велико Търново (2 748) и РЗОК-Плевен (2 736).

В 14 РЗОК стойността на показателя е под средното за страната. Запазва се тенденцията на потреблението от 2019 г. – с най-малък брой изследвания на 10 000 ЗОЛ са РЗОК Силистра (1 221) и Разград (1 550).

По пакет „Клинична микробиология“ средно за страната през 2020 г. са отчетени 810, а през 2019 г. – 904 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ. Стойността на показателя отбелязва спад от 10,36%.

В 7 РЗОК броят на отчетените изследвания от пакет „Клинична микробиология“ на 10 000 ЗОЛ е над средния за страната. РЗОК-София град отчита медико-диагностични изследвания от пакет „Клинична микробиология“ два пъти над средното 1 886 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ за 2020 г., като бележи намаление в стойността с 10,94% спрямо 2019 г. С ръст на показателя спрямо предходната година са РЗОК-Стара Загора (2,51%) и РЗОК-Благоевград (3,55%), останалите РЗОК отбелязват спад, като най-значителен е в РЗОК-Перник (65,25%). В

21 РЗОК отчетеният брой изследвания е под средния за страната, като най-малко изследвания на 10 000 ЗОЛ са отчетени във Кърджали (37) и Перник (66).

През 2020 г. РЗОК-Кърджали отчита 37 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ, докато през 2019 г. нямат сключен договор по този пакет.

Високоспециализирани медико-диагностични изследвания

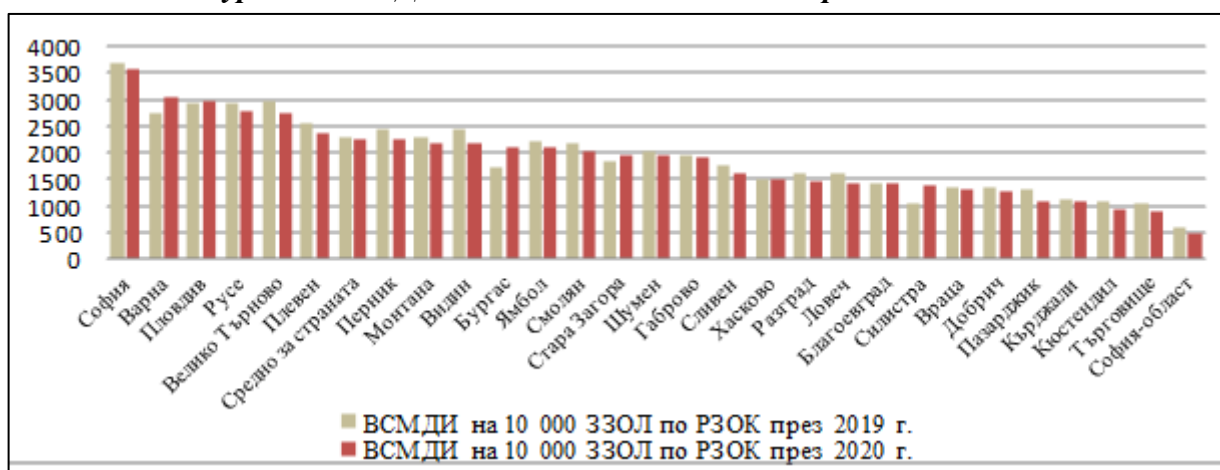
През 2020 г. средно за страната са отчетени 2 248 броя високоспециализирани медико-диагностични изследвания (ВСМДИ) на 10 000 ЗОЛ, като показателя е намалял 2% спрямо 2019 г., когато стойността на този показател е 2 294 изследвания на 10 000 ЗОЛ. С относителен дял 47% от отчетените обеми ВСМДИ са изследвания на хормони.

В 6 РЗОК този показател е със стойности над средната за страната. В 4 от тях стойностите на показателя намаляват през 2020 г. – РЗОК-София (3,18%), РЗОК Русе (4,98%), РЗОК-Велико Търново (7,59%), РЗОК-Плевен (7,48%), а в 2 РЗОК нарастват – Варна (10,98%) и Пловдив (0,93%) С най-високи стойности е показателят в РЗОК-София (3 584), РЗОК-Пловдив (2 976) и РЗОК-Варна (3 039).

В 22 РЗОК отчетеният брой ВСМДИ на 10 000 ЗОЛ е под средния за страната. Наблюдава се по-значително отклонение на показателя през 2020 г. в посока увеличение в РЗОК-Силистра (33,31%) и РЗОК-Бургас (20,47%), а в посока намаление в РЗОК-София област (20,14%) и РЗОК-Пазарджик (15,44%).

Най-ниски стойности на показателя за 2020 г. отчитат РЗОК София-област (485), Търговище (890) и Кюстендил (920), което е тенденция от 2019 г. (Фигура 34).

Фигура 34. ВСМДИ на 10 000 ЗОЛ по РЗОК през 2019 г./ 2020 г.



Обращаемостта през 2020 г. в сравнение с 2019 г. при ВСМДИ изследвания на хормони отбелязва спад от 3,5% (1053/ 1095 броя на 10 000 ЗОЛ за 2020/2019 г.).

В 7 РЗОК стойността на този показател и през двата сравнявани периода е над средната за страната. В три от тях РЗОК-Варна (7,14%), Пловдив (3,52%) и Велико Търново (0,82%), броят на отчетените изследвания на 10 000 ЗОЛ спрямо същия период на 2019 г. отбелязва ръст, за разлика от останалите РЗОК в групата.

В 21 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната. В 7 РЗОК се наблюдава ръст на отчетения брой хормони на 10 000 ЗОЛ, като най-значителен е в РЗОК Силистра (41,59%). В 14 РЗОК се отчита спад, с относителното изменение на показателя вариращ от 0,66 до 26,76%.

Най-висок е броят изследвания на хормони на 10 000 ЗОЛ в РЗОК-София (2023), РЗОК-Пловдив (1464) и РЗОК-Русе (1289). Най-ниски стойности отчитат РЗОК-София-област (117), РЗОК-Пазарджик (301), РЗОК-Кюстендил (352) при запазване на тенденцията от 2019 г.

През 2020 г. показателят „Изследвания за туморни маркери на 10 000 ЗОЛ“ отбелязва спад от 17,60% спрямо 2019 г. Средно за страната за 2020 г. са отчетени 373, а за същия период

на 2019 г. 453 изследвания на 10 000 ЗОЛ. В 10 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната. Най-висока е стойността на показателя в РЗОК- РЗОК-Пловдив (546), София (534), РЗОК-Велико Търново (516) и РЗОК-Смолян (514). Най-малък брой изследвания на туморни маркери на 10 000 ЗОЛ са отчетени в РЗОК София-област (84), Пазарджик (167) и Силистра (184), което е тенденция от 2019 г.

Показателят „Изследвания на туморни маркери на 10 000 ЗОЛ“ през 2020 г. бележи спад от 17,6%, който се отбелязва при всички РЗОК, с изключение на РЗОК-Силистра, която отбелязва ръст от 34,75% спрямо 2019 г. Средно за страната през 2020 г. ВСМДИ „КАТ на 10 000 ЗОЛ“ отбелязва увеличение с 1% спрямо 2019 г. при отчетени 78,5 броя, съответно 77,7 броя изследвания на 10 000 ЗОЛ. През 2020 г. в 10 РЗОК средната стойност на ВСМДИ „КАТ на 10 000 ЗОЛ“ е над средната за страната, като всички отбелязват ръст с изключение на РЗОК-София град, която отчита спад от 6,72% . Най- високи са стойностите на показателя на 10 000 ЗОЛ в РЗОК Плевен (198), Русе (183) и Габрово (151).

В 18 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната. През 2020 г. в сравнение с 2019 г. РЗОК Кърджали бележи значителен спад от 20,49% по отчетен брой КАТ на 10 000 ЗОЛ – (50 броя). Най-малък брой КАТ на 10 000 ЗОЛ е отчетен в РЗОК Разград (25) и София област (34).

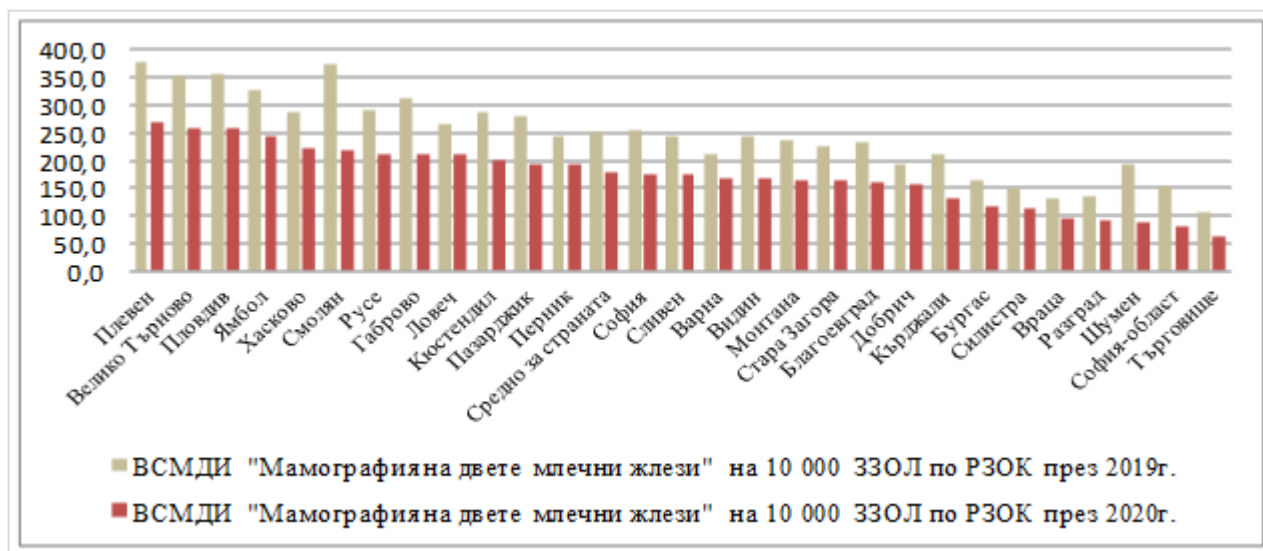
През 2020 г. 20 РЗОК отчитат ВСМДИ „Ядрено-магнитен резонанс (ЯМР), като стойността на показателя на 10 000 ЗОЛ отбелязва спад от 6,3%, в сравнение с 2019 г. През 2019 г. РЗОК-Враца има сключен договор за извършване на ЯМР, който през следващата календарна година е прекратен. През 2020 средно за страната са отчетени 44,3, а през 2019 г. – 47,3 броя ЯМР на 10 000 ЗОЛ. Над средната стойност за страната отчитат същите шест РЗОК. Най-висока е стойността на показателя на 10 000 ЗОЛ в РЗОК-София град (102), РЗОК-Варна (88), която е близо два пъти повече от средната за страната. Най-голямото относително увеличение се наблюдава в РЗОК-Монтана (17,36%) и РЗОК-Сливен (11,33%). РЗОК-Пазарджик (5,2), РЗОК-Добрич (6,1) и РЗОК-София-област (7,4) изостават със стойности на показателя значително под средната за страната

През 2020 г. показателя ВСМДИ „Мамография на двете млечни жлези“ на 10 000 ЗОЛ намалява с 29,63%, средно за страната са отчетени 177,8, а през 2019 г. съответно 252,6.

През 2020 г. най-висока стойност на показателя на 10 000 ЗОЛ имат РЗОК-Плевен (270,7 броя), РЗОК-Велико Търново (259,2 броя) и РЗОК-Пловдив (256,6 броя)

Всички РЗОК отчитат спад в стойността на показателя, като най-значителен е при РЗОК, които отчитат стойности под средната за страната: РЗОК-Шумен – 54,61%, РЗОК-София област – 47,27%, РЗОК-Търговище -40,71% , както и при РЗОК-Смолян 41,85%, със стойност на показателя над средната за страната (Фигура 35)

Фигура 35. ВСМДИ "Мамография на двете млечни жлези" на 10 000 ЗОЛ по РЗОК през 2019 г./2020 г.

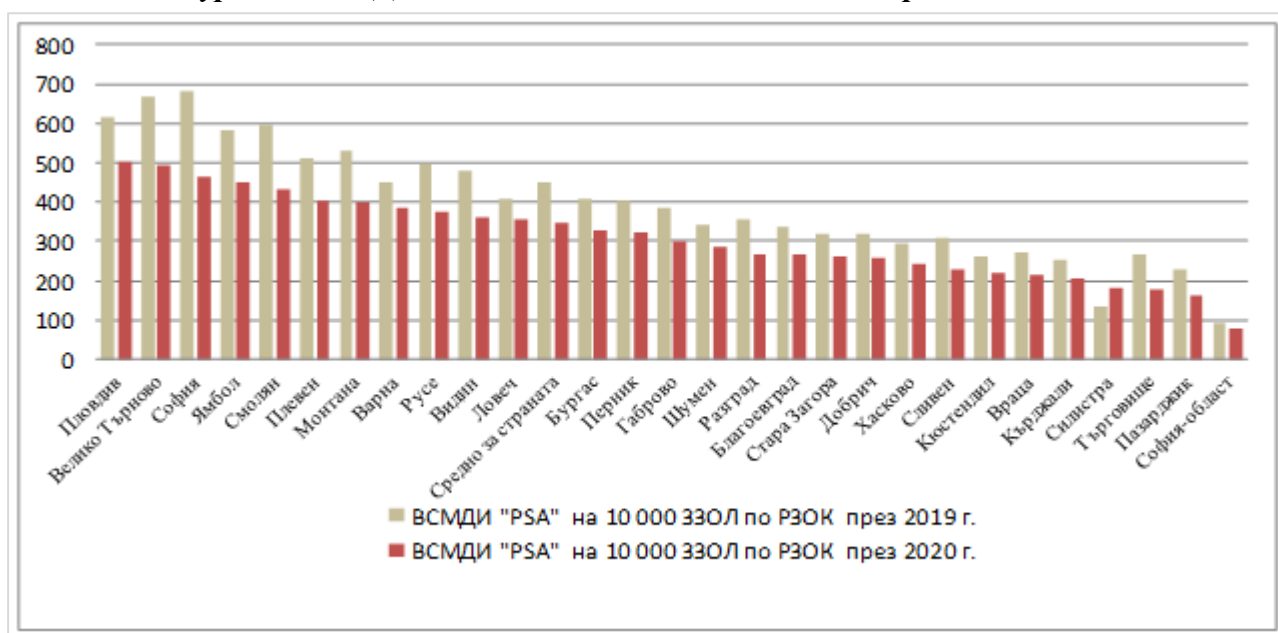


Средният за страната брой отчетени ВСМДИ „Ехография на млечна жлеза“ на 10 000 ЗОЛ за 2020 г. е 18,9 и 22,73 броя за 2019 г., т.е. отчетен е спад от 16,73%.

Показателят отбелязва положително относително изменение през 2020 г. спрямо 2019 г. в 7 РЗОК- Варна, Шумен, Русе, Кърджали, Монтана, София-област и Силистра, в останалите РЗОК изменението е с отрицателни стойности. Открояват се РЗОК-Плевен Габрово и Ловеч, които отчитат значителен спад през 2020 г. в сравнение с предходната, съответно с 58,89%, 65,93% и 59,18%. Значителен ръст на показателя е отчетен в РЗОК-Монтана 65,68%, на който стойността му е под средната за страната.

Най-малък брой „Ехография на млечна жлеза“ – под 1 брой на 10 000 ЗОЛ са отчетени в четири РЗОК – Смолян (0,1), Ловеч (0,2), Габрово (0,3) и Добрич (0,9). През 2020 г. РЗОК-Видин не отчита ВСМДИ „Ехография на млечна жлеза“, а РЗОК Смолян, не е отчитала през 2019 г. През наблюдаваните периоди средно за страната от ВСМДИ „PSA“ на 10 000 ЗОЛ са отчетени 345 броя, съответно 453 броя на 10 000 ЗОЛ, или с 23,8% по-малко през 2020 г. в сравнение с 2019 г. (Фигура 36)

Фигура 36. ВСМДИ "PSA" на 10 000 ЗЗОЛ по РЗОК през 2019 г./2020 г.



Всички РЗОК бележат спад в сравнение с 2019 г., като изключение прави РЗОК-Силистра, която отчита ръст с 32,49%. От РЗОК със стойности на показателя над средното за страната, значителен спад в сравнение с 2019 г. се наблюдава в РЗОК: София град (31,57%), Смолян (27,07%) и Велико Търново (26,29%)

От РЗОК със стойности на показателя под средното за страната, най-висок спад в сравнение с 2019 г. се наблюдава в РЗОК: Търговище (32,45%) и Пазарджик(27,6През 2019 г. ВСМДИ „PSA“ са били 93,44% от ВСМДИ „Туморни маркери. Отчетените през 2020 г. 248 872 броя ВСМДИ „PSA“ са с относителното съотношение 92,48% от общия брой на отчетените ВСМДИ „Туморни маркери“, което е свързано с факта, че изследването е включено в като задължително в профилактика на мъже на и над 50 години с оглед превенция на злокачествено новообразуване на простатата.

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 за периода 01.01.2020 г. – 31.12.2020 г. са сключени договори с лечебни заведения в следните РЗОК: Благоевград, Варна, Добрич, Русе, Силистра, София (столица), София-област.

През 2020 г. са отчетени 13 668 прегледа за КДН на лица с психични заболявания, за 2019 г. отчетените прегледи са 16 590. Най-голям брой прегледи се отчитат в РЗОК – Русе

(2020 г. – 7 344; 2019 г. – 8 293), РЗОК – София столична (2020 г. – 2 691; 2019 г.- 3 199) и РЗОК – Добрич (2020 г. – 2 223 и 2019 г. – 2 657).

За осъществяване на КДН на лица с кожно-венерически заболявания за периода 01.01.2020 г. – 31.12.2020 г. са сключени договори с лечебни заведения в следните РЗОК: Бургас, Велико Търново, Враца, Габрово, Пазарджик, Плевен и София (столица).

През 2020 г. са отчетени 1 302 прегледа за КДН на лица с кожно-венерически заболявания, през 2019 г. са отчетени 1 799 прегледа. Най-голям брой прегледи през 2020 г. се отчитат в РЗОК – Враца (2020 г. – 689; 2019 г. – 450) и РЗОК – Велико Търново (2020 г. – 509; 2019 г. – 830).

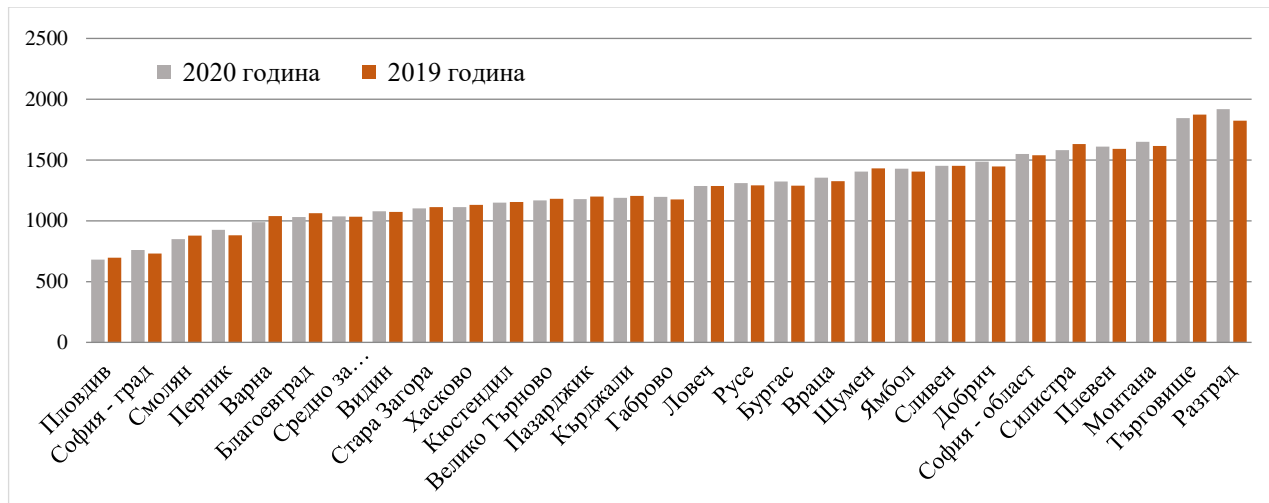
2.5.3. Извънболнична дентална помощ

Средната осигуреност с лекари по дентална медицина, оказващи ПИДП, е един лекар на 1 037 здравноосигурени лица през 2020 г. и 1035 през 2019 г.

Стойността на показателя е пряк резултат от намаления брой на лекарите по дентална медицина в ПИДП с 0,9% (от 7 026 на 6 957) и намаление броя на здравноосигурените лица с 0,7%.

Най-голяма осигуреност, през 2020 г., както и през 2019 година, има в РЗОК Пловдив, съответно един лекар на 681 ЗОЛ (695 през 2019 г.) и РЗОК София – град, един лекар на 759 ЗОЛ (731 през 2019 г.). Най-голямо увеличение на осигуреността се наблюдава в РЗОК Варна – с 4,8%, където има увеличение на лекарите по дентална медицина в ПИДП с 5%, а намалението в броя на здравноосигурените лица е от най-ниските за страната (0,1%). Най-ниска осигуреност има в РЗОК Разград, където този показател бележи намаление с 5,1%. Диспропорцията в осигуреността между различните РЗОК се е увеличила и през двете години (**Фигура 37**).

Фигура 37. Среден брой ЗОЛ на лекар по дентална медицина в ПИДП, разпределени по области



Делът на здравноосигурените лица, получили дентална помощ през 2020 г., е намалял спрямо делът за 2019 г. от 24,7% на 21,2%. Намаление се наблюдава във всички РЗОК. За тези периоди делът е най-висок в РЗОК Пловдив (съответно 27,3% и 31,8%) и РЗОК Смолян (27,0% през 2020 г. и 30,5% през 2019 г.). Тези две РЗОК надвишават средния показател съответно с 28,8% и 27,5%, което корелира с факта, че двете РЗОК са между първите три с най-висока осигуреност с лекари по дентална медицина. При РЗОК с най-малък дял на получена дентална помощ, РЗОК Добрич, се наблюдава намаление с 14,4% (от 18,4% на 15,7%).

При ЗОЛ над 18 г., получили дентална помощ през 2020 г. е намалял спрямо делът за 2019 г. от 24,2% на 20,8%. Най-високите стойности за тези периоди се наблюдават в РЗОК Пловдив (27,01% за 2020 г. и 31,4% за 2019 г.) и РЗОК Смолян (съответно 25,8% и 29%), а най-

малки в РЗОК Разград (съответно 15,51% и 18,7%), където и осигуреността с лекари по дентална медицина е от най-ниските.

При ЗОЛ до 18 г., общо за страната, делът на получените дентална помощ през 2020 г. е намалял от 27,4% на 23%. РЗОК Смолян има най-висока стойност на този показател (34,9%). РЗОК Добрич, има най-ниска стойност на този показател, която намалява от 17,4% на 14,4%. Намаление на този показател се наблюдава във всички РЗОК

През 2020 г. средно за страната са отчетени по 0,47 лечебни дейности в ПИДП на ЗОЛ, което е намаление спрямо 2019 година, когато са отчетени по 0,58 дейности. Средният брой отчетени дейности на ЗОЛ през 2020 г. е намалял с 19% спрямо 2019 г.

От посетилите ПИДП през 2020 г. всяко ЗОЛ е получило средно по 2,23 лечебни дейности, което е намаление 5,0% спрямо 2019 година (2,36).

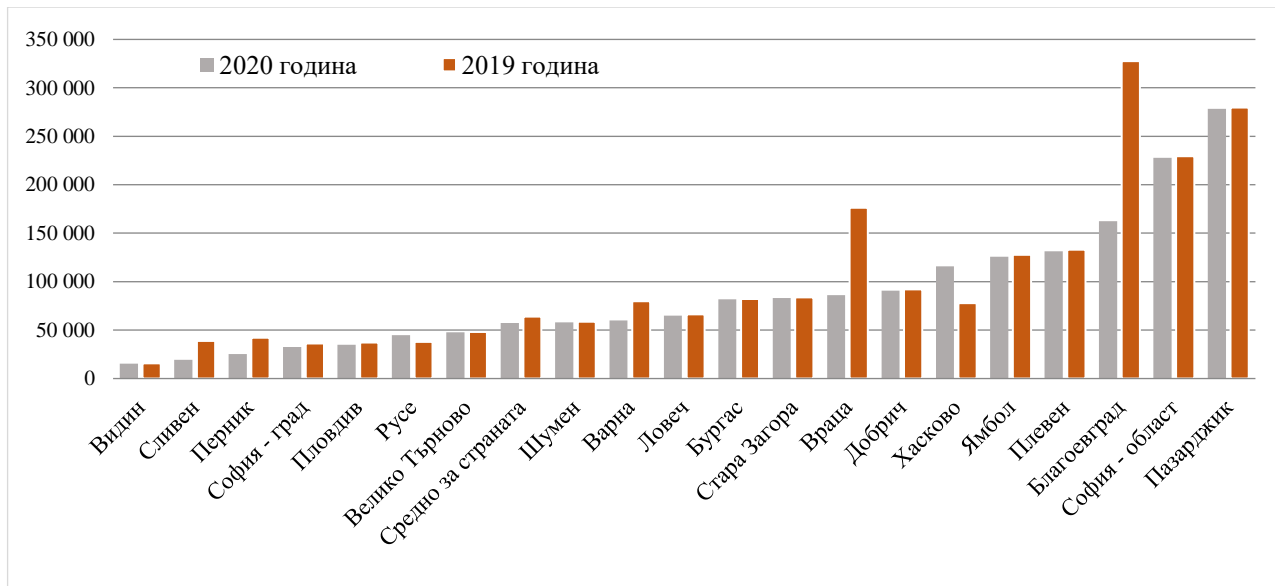
Различията в отчетените дейности за възрастовите групи се дължат основно на нееднаквите обеми на пакетите дейности при ЗОЛ над 18 години (три лечебни дейности), и при ЗОЛ до 18 години (четири лечебни дейности).

2.5.4. Специализирана извънболнична дентална помощ (СИДП)

През 2020 г. в 71% от РЗОК (20) има сключени договори за оказване на специализирана извънболнична дентална помощ. Делът на сключените договори с лекари по дентална медицина оказващи хирургична дентална помощ също е 71% (20 РЗОК) през 2020 г.

Осигуреността с лекар по дентална медицина, оказващ хирургична дентална помощ бележи увеличение от 10,2%, като през 2020 г., тя е един лекар на 57 254 здравноосигурени лица, при 63 774 за 2019 г. Най-голяма осигуреност има в РЗОК Видин, тя е един лекар на 15 262 ЗОЛ (2020 г.) и един лекар на 15 564 ЗОЛ (2019 г.) (Фигура 38).

Фигура 38. Среден брой ЗОЛ на лекар по дентална медицина оказващ хирургична дентална помощ, разпределени по области



Средният брой отчетени дейности в СИДП е намалял с близо 9% през 2020 г. (23,10 дейности на 1 000 ЗОЛ), спрямо 2019 г. (25,12 дейности на 1 000 ЗОЛ). Този показател се откроява със своята висока стойност в РЗОК Видин – 27,15 (през 2020 г.), която е с 254% над средната за страната, като в същото време бележи намаление с 25,28% през 2020 г. спрямо 2019 година.

В 57% от РЗОК (16) има сключени договори за оказване на СИДП по специалност "Детска дентална медицина". Осигуреността с лекари, работещи по този пакет през 2020 г., е един лекар на 17 506 ЗОЛ, като в РЗОК Видин има най-голяма осигуреност (един лекар на 4 136 ЗОЛ от 0-18 г.).

В 36% от РЗОК (10) има сключени договори за работа по пакет дейности за ЗОЛ с психични заболявания под обща анестезия.

Анализът на изменението на обемите и структурата на отчетените дентални дейности от изпълнители на извънболнична дентална помощ, през 2020 г., спрямо 2019 г. показва намаляването на делът на здравноосигурените лица, получили дентална помощ и отчитането на значително по-малко дентални дейности, което се наблюдава във всички РЗОК, е в пряка връзка с ограниченията възникнали от пандемията от COVID-19.

2.5.5. Болнична медицинска помощ

Към 31.12.2020 г. в страната функционират 319 лечебни заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, които не са разпределени по вид, и броят им е с едно повече спрямо 2019 г. От тях 112 са многопрофилни болници. Броят на частните болници е 114, на специализираните болници – 60 и на държавните психиатрични болници – 12. Освен тях стационарна дейност осъществяват и 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 3 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар.

Към 31.12.2020 г. лечебните заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, които не са разпределени по вид, разполагат всичко с 51 991 болнични легла, при 51 776 за 2019 г. От тях 25 996 са в многопрофилните болници (25 832 легла за 2019 г.), в частните болници 13 799 (13 386 легла за 2019 г.), 6 502 в специализирани болниците (6 513 легла – 2019 г.) и 2 114 в психиатричните болници (2 117 легла за 2019 г.).

Осигуреността на населението с болнични легла в лечебните заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, неразпределени по вид, през 2020 г. се увеличава на 75.2 на 10 000 души при стойности на показателя през 2019 г. 74.5 на 10 000 души.

Общият брой на леглата в лечебните заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, неразпределени по вид, и в други лечебни заведения – комплексни онкологични центрове, центрове за психично здраве и центрове за кожно-венерически заболявания към 31.12.2020 г. е 54 216. Осигуреността на населението с тях през 2020 г. се увеличава на 78.4 на 10 000 души при стойности на показателя през 2019 г. 77.7 на 10 000 души.

Броят на леглата в другите лечебни заведения (КОЦ, ЦПЗ, ЦКВЗ) е 2 225, при 2 221 за 2019 г. От 2016 г., съгласно измененията на Наредба 49 на МЗ от 2010 г., освен болнични легла се отчитат отделно и места за краткотраен престой.

По области се наблюдават значителни различия на показателите за осигуреност на населението с болнични легла. С най-висока осигуреност с болнични легла общо в лечебните заведения за болнична помощ и в комплексни онкологични центрове, центрове за психично здраве и центрове за кожно-венерически заболявания към 31.12.2020 г. на 10 000 души са област Смолян – 104.0, област Плевен – 101.5, Пловдив – 101.1, област Русе – 87.0. Най-ниска е осигуреността с болнични легла на населението в област Перник – 37.1, област Ямбол – 38.8 на 10 000 души, област Видин – 41.3, област Добрич – 44.3. Над половината от общия болничен леглови фонд (59.3%) е концентриран в 7 области – София (столица) (21.5%), Пловдив (13.3%), Бургас (5.8%), Варна (5.3%), Стара Загора (4.7%), Плевен (4.7%), Пазарджик (4.0%).

През 2020 г. през стационарите на лечебните заведения за болнична помощ в страната (без ведомствените болници) са преминали 1 812 681 болни, което е с 413 708 по-малко от преминалите през 2019 г. (2 226 389). Преминалите болни през частните лечебни заведения намаляват с 14.3% – от 741 775 през 2019 г. на 635 343 болни през 2020 г.

Броят на проведените леглодни в лечебните заведения за болнична помощ (без ведомствените болници) намалява от 11 130 035 през 2019 г. – на 9 251 716 през 2020 г..

Средният престой на 1 болен в тях се увеличава от 5.0 на 5.1 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен се запазва значително по-нисък – 4.0 дни и намалява в сравнение с 2019 г. (4.1 дни).

Използваемостта на леглата през 2020 г. в лечебните заведения за болнична помощ (без ведомствените болници) е 53.0%, като най-ниска е в многопрофилните болници е 50.9%. Използваемостта на леглата в частните болници – 52.1%, а в специализираните болници – 56.0%.

▪ **Брой сключени договори с лечебни заведения за оказване на болнична медицинска помощ по КП, КПр и АПр.**

По отношение на броя на сключените договори от ЛЗ за оказване на болнична медицинска помощ, по клинични пътеки (КП), клинични процедури (КПр) и амбулаторни процедури (АПр) на национално ниво и по РЗОК, не се наблюдава съществена динамика в броя сключени договори от лечебните заведения през 2020 г. спрямо 2019 г.

Към 31.12.2020 г. по НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г. и Договори №№ РД-НС-01-4-1 от 18.02.2020 г.; РД-НС-01-4-2 от 06.04.2020 г.; РД-НС-01-4-3 от 28.04.2020 г.; РД-НС-01-4-4 от 14.08.2020 г.; РД-НС-01-4-5 от 26.11.2020 г.; РД-НС-01-4-6 от 4.12.2020 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г., 371 лечебни заведения, изпълнители на болнична помощ (ЛЗБП) са сключили договори с НЗОК, от които 314 са лечебни заведения за болнична медицинска помощ, 39 ЛЗ за СИМП, съгл. чл. 15, ал. 1, т. 3 от НРД за медицинските дейности за 2020 – 2022 г. и 18 диализни центъра.

Таблица 22. Договори с лечебни заведения, изпълнители на болнична помощ по брой и вид

Година	Общ брой ЛЗ	Видове лечебни заведения, изпълнители на болнична помощ		
		ЛЗБП и КОЦ	ЛЗ за СИМП /ДКЦ, МЦ/	Диализни центрове
1	2	3	4	5
31.12.2018 г.	368	316	39	13
31.12.2019 г.	369	313	39	17
31.12.2020 г.	371	314	39	18

Представената по-долу графика илюстрира относителния дял на разпределените лечебни заведения за БМП по РЗОК, като основният дял (51,8% или 192 ЛЗ) от общия брой лечебни заведения, сключили договор с НЗОК са съсредоточени на територията на 5 РЗОК, а другите 179 ЛЗ са концентрирани в останалите (23 РЗОК). **Фигура 39**

Фигура 39. Брой лечебни заведения за БМП, сключили договор с НЗОК през 2020 г.

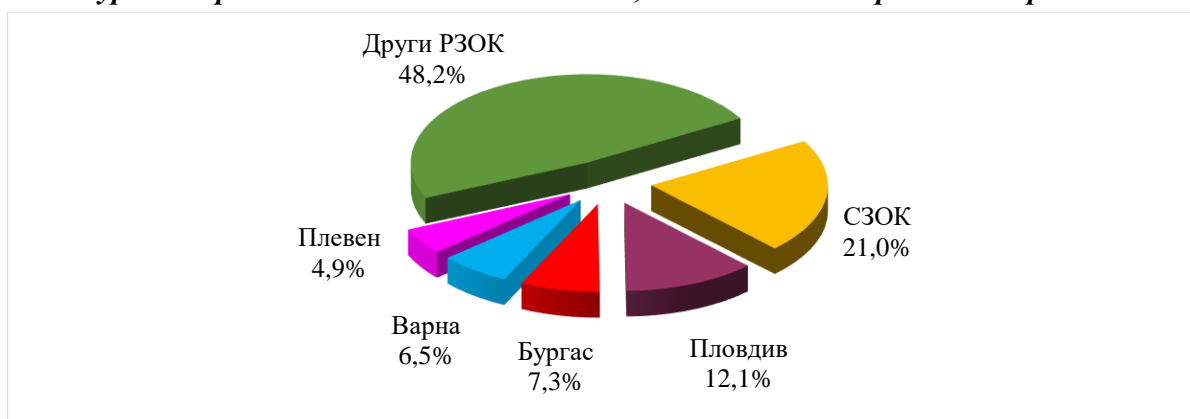


Таблица 23. Сравнителни данни за броя лечебни заведения, договорни партньори на НЗОК и брой договори за КП, КПр и АПр

Година	Общ брой ЛЗ	Договори по КП, КПр и АПр		
		Общ брой договори по КП	Общ брой договори по КПр и АПр	Общо КП, КПр и АПр
31.12.2017 г.	369	18 920	2 773	21 693
31.12.2018 г.	368	18 639	2 699	21 338
31.12.2019 г.	369	19 130	2 760	21 890
31.12.2020 г.	371	19 184	2 821	22 005

Източник: Отчети на НЗОК

Таблица 24. Договори по брой и вид дейности за периода 2018 – 2020 г.

Година	Нарастване в% спрямо предходната година	Нарастване в% за 2020 г. спрямо предходния период 2018 г.
31.12.2018 г.	-1,6%	3,1%
31.12.2019 г.	2,6%	
31.12.2020 г.	0,5%	

За периода 01.01-31.12.2020 г. по НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г. и Договори № РД-НС-01-4-1 от 18.02.2020 г.; РД-НС-01-4-2 от 06.04.2020 г.; РД-НС-01-4-3 от 28.04.2020 г.; РД-НС-01-4-4 от 14.08.2020 г.; РД-НС-01-4-5 от 26.11.2020 г.; РД-НС-01-4-6 от 4.12.2020 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г., са сключени договори с 4 нови лечебни заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ (Таблица 25).

Таблица 25. Нови договорни партньори, изпълнители на болнична помощ – КП, КПр и АПр за 2020 г.

РЗОК	Наименование на ЛЗ	Договорена нова дейност за ЛЗ по КП (№ КП)	Договорена нова дейност за ЛЗ по КПр (№ КПр.)	Договорена нова дейност за ЛЗ по АПр (№ АПр.)
0610133002	МЕДИКО – ДЕНТАЛЕН ЦЕНТЪР ТРИО ЕООД	КП №№ 263, 265		АПр №18
0705211013	"МБАЛ Свети Иван Рилски" ЕООД – Габрово	КП №№ 36, 37, 38, 39, 40.1, 41.1, 42.1, 45, 84, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265		
1390391001	„Фърст Диализис Сървисиз България“ ЕАД, адрес гр. Пазарджик			АПр № 1.1; 2; 3
2619232019	СБР "Айлин" ЕООД	КП №№ 263; 265		

Нови дейности по КП са договорени в 59 лечебни заведения, като в 32 от тях има изцяло нова дейност за РЗОК.

Нови дейности по КПр има в 5 ЛЗ, като тези дейности са изцяло нови за РЗОК.

Нови дейности по АПр са договорени в 56 лечебни заведения, като в 52 от тях има изцяло нова дейност за РЗОК.

Основание за договорената нова дейност от стари договорни партньори на РЗОК, както и нови договорни партньори на РЗОК:

- Новите дейности по КП и АПр са договорени на основание §7, ал. 2, т.1 от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г., същите не са изпълнявани на територията на съответната РЗОК.
- Нова дейност, включена в обхвата на НРД за МД за 2020 – 2022 г.
- ЛЗ са получили разрешение за осъществяване на лечебна дейност преди 01.01.2020 г. и не попадат в хипотезите на § 11 от ЗБНЗОК за 2020 г. и § 7 от ПРЗ на НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

✓ **Подготовка и организиране на експертиза на заявленията от лечебни заведения, изпълнители на болнична помощ да им бъде разрешено по изключение сключване на договор.**

В ЦУ на НЗОК са постъпили преписки с предложения от 123 лечебни заведения изпълнители на болнична помощ (в т.ч. влизат и ЛЗ на които първо им е била отказана тази дейност, а след това разрешена), за сключване на договор по §7 от НРД за медицинските дейности за

2020-2022 г. за изпълнение на дейност по клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури. Има откази на 89 лечебни заведения. След допълнително предоставени мотивирано становище и анализ от РЗОК на част от тези ЛЗ им е разрешена исканата нова дейност.

За сключване на договор по чл. 263 от НРД за МД за 2020 – 2022 г. за изпълнение на КП, АПр и КПр са постъпили искания от 14 ЛЗ за сключване на договор по изключение. Те са придружени с положително мотивирано становище от съответната РЗОК. На заседание на НС на НЗОК е взето решение да им бъде разрешено по изключение сключването на договори.

След предоставено положително становище от съответната РЗОК и становище на дирекция ММДДД, че сключването на договор е наложително с оглед удовлетворяване на здравните потребности на населението на 9 ЛЗ е разрешено по изключение сключването на договори.

За 2020 г. в комисията по откази за сключване на договори по чл. 59б от ЗЗО за болнична медицинска помощ са постъпили 12 жалби от ЛЗ за БМП срещу откази на директори на РЗОК за сключване на договори. Комисията е предложила на управителя на НЗОК да потвърди всички заповеди на директорите на РЗОК за отказ за сключване на договор.

✓ Прекратени договори по КП/КПр/АПр.

За периода 01.01-31.12.2020 г. напълно е прекратен договора с 1 ЛЗ изпълняващо дейност по АПр – ДКЦ I-Шумен ЕООД, изпълняващо АПр №№ 19, 20, 21, считано от м. 06.2020 г. (Основание – чл.99, ал.1, т.2 от НРД за МД за 2020-2022 г. Не е отчетена дейност повече от три месеца.)

Частично са прекратени договори за изпълнение на 140 броя клинични пътеки, 2 клинични процедури и 14 амбулаторни процедури (Таблица 26).

Таблица 26. Прекратени и/или отказани договори по КП/АПр

Име на РЗОК	Наименование на ЛЗ	Прекратени КП/КПр/АПр	Причини за прекратяване
Благоевград	"МБАЛ – Благоевград" АД, гр. Благоевград	КП 193 /изпълнявана до датата на договора/	Срочна
Благоевград	"МБАЛ Пулс" АД, гр. Благоевград	КП 193 /изпълнявана до датата на договора/	Срочна
Благоевград	МБАЛ Разлог ЕООД	КП 98, 100, 101, 103 /м. 03.2020 г./	Затваряне на отделение, поради липса на специалист
Благоевград	МБАЛ Югозападна болница ООД, гр. Сандански	КП 193 /изпълнявана до датата на договора/ КП 43,	КП 193 – срочна; КП 43-смърт на специалист; КП
Бургас	МБАЛ – Айтос ЕООД	КП 104	Анекс №4/31.03.2020 г.
Бургас	УМБАЛ – Бургас АД	КП 89.3 /м.09.2020 г./	
Бургас	МБАЛ Дева Мария ЕООД	КП 47.2 /м.05.2020 г./	А-13/19.05.2020 г.- отказ на КП 47.2 от Надзор на НЗОК
Бургас	МБАЛ Д-р Маджуров ООД	КП 138, 235	А-7/19.05.2020 г. – отказ на КП 235 от НС на НЗОК А-8/22.05.2020 г. – КП 138 отпада, считано от 12.02.2020 г. съгласно ВАС
Бургас	"МБАЛ – Бургасмед" ЕООД, гр. Бургас	КП 78.2 /м.03.2020 г./; КП 104	З-д № РД-25А-5/10.03.2020 г. прекратяване на КП № 78.2 /считано от 01.03.2020 г./

Име на РЗОК	Наименование на ЛЗ	Прекратени КП/КПр/АПр	Причини за прекратяване
			А-12/14.05.2020 г.-прекратяване на КП 104, сч. от 13.05.2020 г. след изв. положение.
Бургас	СБАЛПФЗ – Бургас ЕООД	КП 43	А-6/19.05.2020 г. – отказ на КП 43 от НС на НЗОК
Бургас	СБР Стайков и фамилия ЕООД	КП 264	А-7/19.05.2020 г. – отказ на КП 264 от НС на НЗОК
Варна	МБАЛ Еврехоспитал ООД	КП 219, 220.1, 220.2, 221, 222	
Варна	МБАЛ "Майчин дом – Варна" ЕООД	КП 220.1, 220.2, 222 /м.05.2020 г./	
Велико Търново	МОБАЛ Д-р Стефан Черкезов АД – Велико Търново	КП 79.1 /м.10.2020 г./	
Велико Търново	МБАЛ Д-р Димитър Павлович ЕООД – Свищов	КП 78.1 /м.10.2020 г./	
Видин	МБАЛ Проф. д-р Г. Златарски ЕООД Белградчик	КП 78.1	Напускане на лекар със специалност Ендокринология – задължително за изпълнение на КП, съгласно ДЛА на КП
Враца	СБАЛПФЗ ВРАЦА ЕООД	КП 104	
Враца	МБАЛ Св. Иван Рилски ЕООД Козлодуй	КП 104	
Враца	МБАЛ Мездра ЕООД	КП 104	
Габрово	МБАЛ Д-р Тота Венкова АД	КП 56.2 /м.09.2020 г./	
Габрово	МБАЛ Д-р Стойчо Христов ЕООД	КП 56.2 /м.09.2020 г./	
Добрич	МБАЛ Балчик ЕООД	КП 36, 37	
Добрич	МБАЛ ДОБРИЧ АД	КП 161, 167, 193 и 256	
Ловеч	"МБАЛ – Проф. д-р Параскев Стоянов" АД	КП 193; 218 /изпълнявани до 02.03.2020 г./	
Ловеч	МБАЛ – Луковит – ЕООД	КП 104	Прекратена 20.11.2020 г.
Ловеч	МБАЛ – Тетевен – Д-р Ангел Пешев – ЕООД	КП 104	Прекратена 20.11.2020 г.
Ловеч	"МБАЛ – Троян" ЕООД	КП 193 и КПр 3, 4	Изпълнявана до 25.02.2020 г.
Ловеч	СБАЛББ – Троян – ЕООД	КП 104	Прекратена 17.11.2020 г.
Пазарджик	МБАЛ-Велинград ЕООД, гр. Велинград	КП 159, 218, 219, 222 и АПр 24, 30 /м.12.2020 г./	
Пазарджик	МБАЛ-Пазарджик АД, гр. Пазарджик	КП 73.1	
Плевен	"МБАЛ – Левски" ЕООД	КП 999	
Плевен	"МБАЛ – Никопол" ЕООД,	КП 999	

Име на РЗОК	Наименование на ЛЗ	Прекратени КП/КПр/АПр	Причини за прекратяване
Плевен	МБАЛ Сърце и Мозък ЕАД	КП 36, 37 от 13.05.2020 г.	Съгласно Решение № РД-НС-50/ 13.05.2020 г. на НС на НЗОК
Плевен	"МБАЛ – Кнежа" ЕООД	КП 999	
Пловдив	МБАЛ Паркхоспитал ЕООД	АПр 44	Чл.20ал.1 т.4 от ЗЗО
Разград	МБАЛ Св. Иван Рилски – Разград АД	КП 78.2 /м.08.2020 г./, КП 30.1, 32.1 /м.10.2020 г./	Чл. 87, ал. 1, т. 3 от индивидуален договор № 170197/21.02.2020 г.
Русе	УМБАЛ – РУСЕ АД	КП 89.1; 90.1 и АПр № 42	
Смолян	МБАЛ-Девин ЕАД гр. Девин	КП №№: 1, 3, 4.1, 4.2, 160, 162, 163, 164, 165.	Отказ за сключване на договор с НЗОК за изпълнение на КП №№ 1, 3, 4.1, 4.2, 160, 162, 163, 164, 165. (Решение на НС на НЗОК РД-НС-04-50/13.05.2020 г.)
Смолян	МБАЛ Проф. д-р Асен Шопов ЕООД-гр. Златоград	КП 104	
Смолян	МБАЛ Проф. д-р Константин Чилов ЕООД	КП 104	
София град	УМБАЛ СОФИЯМЕД ООД	КП 32.2, 34 от 02.07.20 г.	
София град	СБАЛОТ ВИТОША ЕООД	КП 256	Частично прекратяване на договор, по отношение на КП 256 от 17.06.2020 г.
София област	МБАЛ Проф. д-р Ал. Герчев Етрополе – Етрополе ЕООД	КП 104	Прекратена с анекс от 16.05.2020 г.
Стара Загора	"МБАЛ Доктор Димитър Чакмаков – Раднево" ЕООД, гр. Раднево.	33 бр. 74.1; 171; 175; 180; 192; 197; 256; 199.2 – считано от 01.02.2020г; 38; 40.1; 41.1; 42.1; 45; 47.1; 106.1; 106.2; 114; 115-считано от 01.03.2020 г.; 72.1, 158, 173, 177, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 191.1, 195, 196, 219, 222; АПр 22, 23, 34 – считано от 03.04.2020 г.	Липса на общи и/или специални изисквания и условия за сключване на договор.
Стара Загора	МБАЛ НИАМЕД ООД гр. Стара Загора	КП 193	Липса на общи и/или специални изисквания и условия за сключване на договор
Търговище	МБАЛ – Омуртаг ЕАД	КП 147, 153 /30.10.2020 г./	
Търговище	МБАЛ – Попово ЕООД	КП 127; 193; 208; 209	
Търговище	МБАЛ – Търговище АД	КП 193; 244.1, КП 89.1, 90.1, 91, 130, 131, 133, 134 /считано от	Прекратяване на трудови договори с лекари със

Име на РЗОК	Наименование на ЛЗ	Прекратени КП/КПр/АПр	Причини за прекратяване
		01.09.2020 г./ и АПр 19, 20, 21, 42	специалност Очни болести и Ревматология
Шумен	МБАЛ ВЕЛИКИ ПРЕСЛАВ ЕООД	КП 29; 33; 39; 84; 264	Чл. 98, ал.1, т.1 от НРД за МД 2020-2022 г. – липса на необходимите специалисти посочени в алгоритъма на КП
Шумен	ДКЦ I-ШУМЕН ЕООД	АПр 22, 23	Чл.99, ал.1, т.2 от НРД за МД за 2020-2022 г. – Не е отчетена дейност повече от три месеца.
Шумен	МБАЛ Шумен АД	КП 68.1, 69.1, 70.1; 71.1, 73.1, 75.1, 76.1 и АПр 34 /м.11.2020 г./	Чл. 98, ал.1, т.1 от НРД за МД 2020-2022 г. – липса на необходимите специалисти посочени в алгоритъма на КП

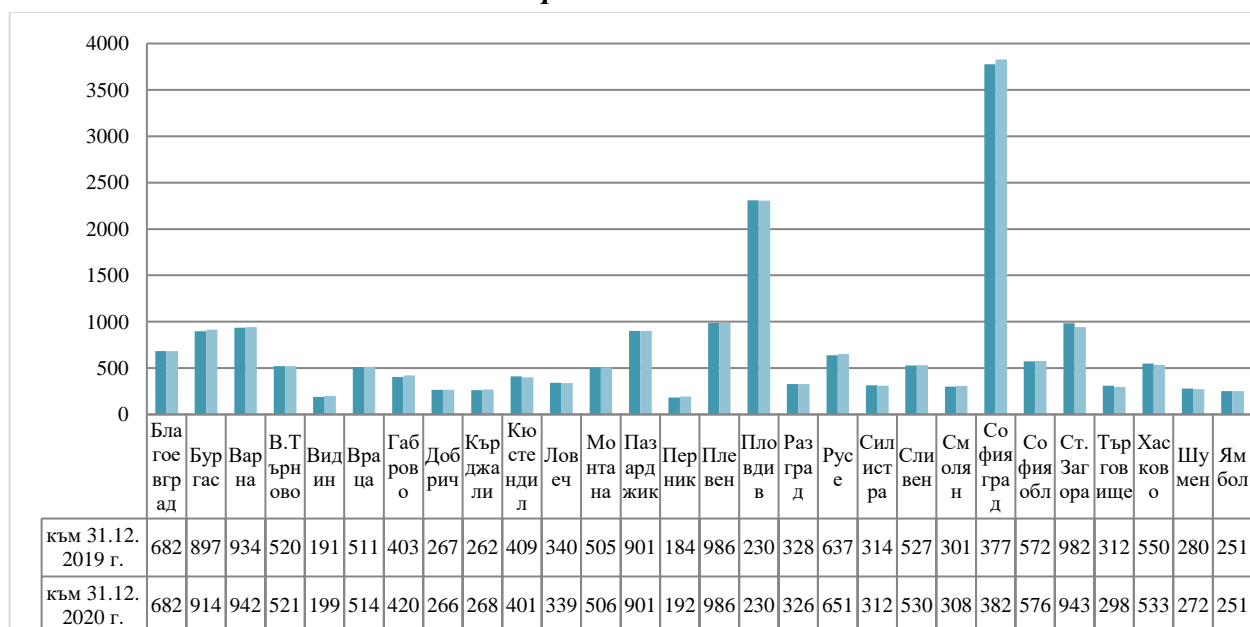
■ **Дейност на лечебните заведения, изпълнители на болнична помощ в изпълнение на договорите с НЗОК.**

✓ **Дейност по клинични пътеки (КП)**

Договорени дейности по КП:

През 2020 г. 64,3% от РЗОК (18 на брой) са договорили повече или равен брой КП, а 10 РЗОК – (35,7% от РЗОК в страната) са договорили по-малък брой КП. Сключените договори по КП към 31 декември 2020 г. са 19 184 бр. или със 54 бр. КП повече спрямо 2019 г. Сключените договори по КП към същия период на 2019 г. са 19 130 бр.

Фигура 40. Брой сключени договори за изпълнение на КП към 31.12.2020 г. спрямо същия период на 2019 г.



Най-голям брой КП през 2020 г. са договорени в СЗОК – 3 828 бр. и РЗОК Пловдив – 2 305 бр., това са и РЗОК с най-голям брой договорни партньори, а с най-малък брой договорени КП са РЗОК Перник – 192 бр., РЗОК Видин – 199 бр.

На ниво лечебни заведения най-много КП са договорени в лечебните заведения, които са отразени в Таблица 27.

Таблица 27. Изпълнители на болнична медицинска помощ с най-голям брой договорени КП през 2020 г.

РЗОК	Изпълнител на болнична медицинска помощ	Брой сключени договори по КП 2019 г.	Брой сключени договори по КП 2020 г.
Пловдив	УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД Пловдив	312	317
Плевен	УМБАЛ „Д-р Г. Странски-Плевен“ ЕАД	288	290
Варна	МБАЛ Св. Марина ЕАД, Варна	281	287
Стара Загора	УМБАЛ Проф. Д-р Ст. Киркович АД	265	267
София град (СЗОК)	„АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА“ ЕАД	261	266
Русе	УМБАЛ РУСЕ АД	241	253
София град (СЗОК)	Военномедицинска академия	233	235
Пазарджик	МБАЛ-Уни Хоспитал ООД	229	231
София град (СЗОК)	УМБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД	225	228
Габрово	МБАЛ д-р Тота Венкова АД, Габрово	224	225
София град (СЗОК)	МБАЛ Св. Анна АД, София	218	224
София град (СЗОК)	УМБАЛ СОФИЯМЕД ООД	218	223

Най-голям брой сключени договори има по следните КП:

КП № 999 „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ – 210 броя през 2019 г.; 2020 г. – 206 броя;

КП № 158 „Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани“ – 149 броя през 2019 г.; 2020 г. – 149 броя;

КП № 29 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“ – 148 броя през 2019 г.; 2020 г. – 147 броя;

КП № 181 „Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство“ – 147 броя през 2019 г.; 2020 г. – 146 броя;

КП № 182 „Оперативни процедури при хернии“ – 147 броя през 2019 г.; 2020 г. – 146 броя;

КП № 184 „Конвенционална холецистектомия“ – 143 броя през 2019 г.; 2020 г. – 143 броя;

КП № 84 „Диагностика и лечение на остър и хроничен обострен пиелонефрит“ – 143 броя през 2019 г.; 2020 г. – 142 броя;

КП № 179 „Оперативни процедури върху апендикс“ – 143 броя през 2019 г.; 2020 г. – 142 броя;

КП № 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация“ – 143 броя през 2019 г.; 2020 г. – 142 броя;

КП № 195 „Оперативно лечение при остър перитонит“ – 143 броя през 2019 г.; 2020 г. – 142 броя;

КП № 33 „Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения“ – 144 броя през 2019 г.; 2020 г. – 141 броя.

Отчетени дейности по КП:

По отношение на отчетените случаи през 2020 г. спрямо 2019 г. на национално ниво се наблюдава намаление броя на отчетените случаи, съответно 2 141 319 броя хоспитализации

през 2019 г. и 1 819 855 броя хоспитализации през 2020 г., което представлява намаление на отчетените случаи спрямо 2019 г. с 321 464 броя или с -15,0%.

Най-голям брой отчетени случаи по КП на национално ниво за 2020 г. се наблюдава за следните клинични пътеки:

КП № 265 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“ отчетени 92 252 случая, което е -23 114 случая или с -20,0% по-малко от 2019 г., където отчетените случаи са 115 366.

КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“ от 79 697 броя през 2019 г. на 78 198 броя през 2020 г. – намаление с -1,9% спрямо 2019 г.

КП № 56.1 „Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми при лица над 18 години“ от 83 989 броя през 2019 г. на 66 155 броя през 2020 г. – намаление с -21,2% спрямо 2019 г.

КП № 029 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“ – отчетени 87 576 случая през 2019 г. на 65 208 през 2020 г., което е с -22 369 случая или с -25,5% по-малко спрямо 2019 г.

КП № 05 „Раждане“ от 47 633 броя през 2019 г. на 47 154 броя през 2020 г. – намаление с -1,0% спрямо 2019 г.

КП № 74.1 „Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума за лица над 18-годишна възраст“ от 48 659 броя през 2019 г. на 42 978 броя през 2020 г. – намаление с -11,7% спрямо 2019 г.

КП № 50.1 „Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза при лица над 18 години“ от 50 473 броя през 2019 г. на 42 408 броя през 2020 г. – намаление със -16,0% спрямо 2019 г.

КП № 39 „Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст“ от 40 936 броя през 2019 г. на 37 297 броя през 2020 г. – намаление с -8,9% спрямо 2019 г.

КП № 263 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система“ от 45 207 броя през 2019 г. на 34 683 броя през 2020 г. – намаление с -23,3% спрямо 2019 г.

КП № 48 „Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст“ от 45 950 броя през 2019 г. на 33 576 броя през 2020 г. – намаление с -26,9% спрямо 2019 г.

КП № 06 „Грижи за здраво новородено дете“ от 31 702 броя през 2019 г. на 31 583 броя през 2020 г. – намаление с -0,4% спрямо 2019 г.

КП № 104 „Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания – остро протичащи, с усложнения“ от 6 278 броя през 2019 г. на 30 291 броя през 2020 г. – тук имаме увеличение с 382,5% спрямо 2019 г., което е във връзка с пандемичната обстановка. Всички пациентите по COVID-19, без бронхопневмония, се отчитат по тази КП.

КП № 78.1 „Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години“ от 40 845 броя през 2019 г. на 30 014 броя през 2020 г. – намаление с -26,5% спрямо 2019 г. В Таблица 28 са посочени 20-те ЛЗ, които са отчетели най-голям брой случаи за 2019 и 2020 г.

Таблица 28. ТОП 25 КП, по които са отчетени най-голям брой случаи за 2019 г. и 2020 г.

Общо БМП:		2019 г.	2020 г.	% изменение 2020 г. спрямо 2019 г.	Отчетени случаи от ЛЗ за 2020 г. спрямо общия брой в%
Общ брой случаи по години		2,141,319	1,819,855	-15,0%	51,6%
Брой случаи за топ 25 КП:		1,041,438	939,373		
265	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат	115,366	92,252	-20,0%	5,1%
240	Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения	79,697	78,198	-1,9%	4,3%
056.1	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми при лица над 18 години	83,989	66,155	-21,2%	3,6%
029	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация	87,576	65,208	-25,5%	3,6%
005	Раждане	47,633	47,154	-1,0%	2,6%
074.1	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума при лица над 18 години	48,659	42,978	-11,7%	2,4%
050.1	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза при лица над 18 години	50,473	42,408	-16,0%	2,3%
241.3	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костно-мозъчно изследване с МКБ – код 41.31 (30081-00, 30087-00) при лица над 18 години	16,533	40,248	143,4%	2,2%
039	Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст	40,936	37,297	-8,9%	2,0%
263	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система	45,207	34,683	-23,3%	1,9%
048	Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст	45,950	33,576	-26,9%	1,8%
006	Грижи за здраво новородено дете	31,702	31,583	-0,4%	1,7%
104	Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания – остро протичащи, с усложнения	6,278	30,291	382,5%	1,7%
078.1	Декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	40,845	30,014	-26,5%	1,6%
260	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа	39,490	29,225	-26,0%	1,6%
001	Стационарни грижи при бременност с повишен риск	32,126	29,113	-9,4%	1,6%
033	Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения	33,886	27,167	-19,8%	1,5%
158	Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани	30,146	26,593	-11,8%	1,5%
256	Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето **	21,820	25,644	17,5%	1,4%

Общо БМП:		2019 г.	2020 г.	% изменение 2020 г. спрямо 2019 г.	Отчетени случаи от ЛЗ за 2020 г. спрямо общия брой в %
090.1	Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	27,295	23,533	-13,8%	1,3%
197	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	26,147	22,895	-12,4%	1,3%
163	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи	26,600	22,487	-15,5%	1,2%
073.1	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума при лица над 18 години	8,935	21,169	136,9%	1,2%
084	Диагностика и лечение на остър и хроничен обострен пиелонефрит	31,876	20,484	-35,7%	1,1%
145	Ендоскопски процедури при обструкции на горните пикочни пътища	22,273	19,019	-14,6%	1,0%

Отчетените случаи по тези КП са 939 373 броя, което представлява 51,6% от всички отчетени КП през годината

Най-голям обем се отчита по специалността „Кардиология“, следвана от „Физиотерапия и рехабилитационна медицина“, „Пневмология и фтизиатрия“, „Хирургия“ и „Неврология“. Най-малко отчетени случаи се наблюдава в специалностите Клинична имунология, Детска хирургия, Ендокринна хирургия, Анестезиология и интензивно лечение и т.н.

За периода 2019 – 2020 г. се наблюдават и клинични пътеки, при които са отчетени ниски обеми – напр. КП №022.2 Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации при лица под 18 години – 2 случая, №030.2 Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация при лица под 18 години – 3 случая, №031.2 Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит при лица под 18 години – 1 случай, №047.2 Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица под 18 години – 3 случая и др. В посочените случаи се касае за КП за лица до 18 г. възраст, при които заболяванията, включени в КП нямат широко проявление в детската възраст.

Има и клинични пътеки, при които за 2020 г. няма отчетени случаи – напр. КП №020.2 Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица под 18 години, №053.2 Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица под 18 години, №055.2 Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация при лица под 18 години, №065.2 Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация при лица под 18 години, № 066.2 Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация при лица под 18 години.

На ниво лечебни заведения най-голям обем дейности по КП е отчетен от УМБАЛ Св. Георги ЕАД Пловдив – 74 202 бр. или 4,1% от обема дейности, отчетени през 2020 г. Следват – МБАЛ "Света Марина" АД – 46 392 бр. или 2,5%, АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА ЕАД – 34 883 бр. или 1,9%, УМБАЛ Софиямед ООД – 33 504 бр. или 1,8%, УМБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД – 33 333 бр. или 1,8%, Военномедицинска академия – 33 018 бр. или 1,8%, УМБАЛ – Д-р Г. Странски ЕАД – 31 646 бр. или 1,7% от обема дейности, отчетени през 2019 г. В Таблица 29 са посочени 20-те ЛЗ, които са отчетели най-голям брой случаи за 2019 и 2020 г.

Таблица 29. ТОП 20 ЛЗ, отчели най-голям брой КПр за 2019 г. и 2020 г.

РЗИ №	Наименование на ЛЗ	2019 г.	2020 г.	% изменение 2020 г. спрямо 2019 г.	Отчетени случаи от ЛЗ за 2020 г. спрямо общия брой в %
Общ брой случаи по години		2,141,319	1,819,855	-15,0%	31,6%
Брой случаи за 15-те ЛЗ:		666,379	575,674	-13,6%	
1622211001	УМБАЛ Свети Георги ЕАД Пловдив	82,010	74,202	-9,5%	4,1%
0306211001	МБАЛ Света Марина ЕАД	53,790	46,392	-13,8%	2,5%
2201211067	АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА ЕАД	39142	34,883	-10,9%	1,9%
2201211091	УМБАЛ Софиямед ООД	36399	33,504	-8,0%	1,8%
2201211003	УМБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД	44321	33,333	-24,8%	1,8%
2201911042	Военномедицинска академия	42359	33,018	-22,1%	1,8%
1524211001	„УМБАЛ Д-р Г. Странски” ЕАД	38995	31,646	-18,8%	1,7%
1622211037	УМБАЛ Пълмед ООД Пловдив	31753	29,056	-8,5%	1,6%
2431211002	УМБАЛ – Проф., Д-р Ст. Киркович АД гр. Стара Загора	26748	25,717	-3,9%	1,4%
2201211004	УМБАЛ Св. Иван Рилски ЕАД	29285	24,730	-15,6%	1,4%
0204211001	УМБАЛ – Бургас АД	27795	24,017	-13,6%	1,3%
1827211001	УМБАЛ КАНЕВ АД	24881	22,643	-9,0%	1,2%
1622211002	УМБАЛ Пловдив АД	28591	22,409	-21,6%	1,2%
1622211029	УМБАЛ Каспела ЕООД Пловдив	23879	22,161	-7,2%	1,2%
2201211001	МБАЛ Св. Анна – София АД	28160	21,855	-22,4%	1,2%
2201211055	УМБАЛ Александровска – ЕАД	27811	20,492	-26,3%	1,1%
1827211019	МБАЛ МЕДИКА РУСЕ ООД	17728	19,668	10,9%	1,1%
2020211001	МБАЛ Д-р Иван Селимински АД – Сливен	23587	18,917	-19,8%	1,0%
1622334019	КОЦ Пловдив ЕООД	17707	18,537	4,7%	1,0%
2634211001	МБАЛ Хасково АД	21438	18,497	-13,7%	1,0%

Източник: НЗОК

✓ **Дейност по клинични процедури (КПр)**

Договорени дейности по КПр:

През 2020 г. за изпълнение на клинични процедури/процедури (КПр) са сключени договори с 95 изпълнители на болнична медицинска помощ, за изпълнение на 229 броя КПр. или с 26 бр. АПр повече спрямо 2019 г.

Сключените договори по КПр към същия период на 2019 г. са 203 бр. Броят на лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на КПр през 2019 г. е 86 бр. ЛЗ. В Таблица 30 са предоставени общия брой на сключените договори по КПр, както и броя на различните видове КПр:

Таблица 30. Сключени договори по Клинични процедури:

Година	Общ брой КПр	КПр №1	КПр №2	КПр №3	КПр №4	КПр №5	КПр №6
Към 31.12.2019 г.	203	64	10	64	64	1	
Към 31.12.2020 г.	229	64	10	75	76	1	3

Най-голям брой клинични процедури за периода 2019 – 2020 г. са договорени в СЗОК и РЗОК Пловдив, това са и РЗОК с най-голям брой договорни партньори, а с най-малък брой договорени КПр са РЗОК София област и Ловеч.

Отчетени дейности по КПр:

През 2020 г. са отчетени общо 268 991 клинични процедури, което представлява увеличение спрямо 2019 г. с 29 016 бр. или с 12,1%, където са отчетени 239 975 бр.

На ниво видове КПр през 2020 г. най-много дейности са отчетени по КПр 03 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ – 192 330 бр. /в т.ч. BONK03/ или 71,5% от всички отчетени КПр през 2020 г. Увеличението спрямо 2019 г. е 25,4%, където отчетените случаи са 153 411 бр. Следват: КПр 04 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“ – 67 632 бр. или 25,1% от всички отчетени КПр. Спрямо 2019 г. има намаление с -12,6%, където отчетените случаи са 77 408 бр.; КПр 01 „Диализно лечение при остри състояния“ – 7 012 бр. или 2,6% от всички отчетени КПр отчетени през 2020 г. Имаме намаление с -6,5% спрямо 2019 г., където отчетените случаи са 7 496 бр., КПр 02 „Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане“ – 1 257 бр. или 0,5% от всички отчетени КПр. Спрямо 2019 г. има увеличение с 10,1%, където отчетените случаи са 1 142 бр. и КПр 05 „Дейности по осигуряване на лечение за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1-годишна възраст“ – 637 бр. или 0,2% от всички отчетени КПр. През 2020 г. има отчетени 123 бр. по нова клинична процедура – КПр 06 „Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове“, което представлява 0,05% от всички отчетени КПр през годината. Виж Таблица 31.

Таблица 31. Отчетени и заплатени обеми към 31.12.2020 г. спрямо 31.12.2019 г. по КПр

Код КПр	Отчетени дейности 2019 г.		Отчетени дейности 2020 г.		% изменение 2020 г. спрямо 2019 г.
	Отчетени случаи по КПр 2019 г.	Отчетени случаи по КПр спрямо общия брой в %	Отчетени случаи по КПр 2019 г.	Отчетени случаи по КПр спрямо общия брой в %	
Общ брой:	239 975		268,991		12,1%
K03	153 411	63,9%	192 330	71,5%	25,4%
K04	77 408	32,3%	67 632	25,1%	-12,6%
K01	7 496	3,1%	7 012	2,6%	-6,5%
K02	1 142	0,5%	1 257	0,5%	10,1%
K05	518	0,2%	637	0,2%	23,0%
K06	0	0,0%	123	0,05%	

Източник: НЗОК

Две КПр бележат намаление на отчетените обеми през 2020 г. спрямо 2019 г. Това са КПр 01 „Диализно лечение при остри състояния“ – с 484 бр. или -6,5% по-малко и КПр 04 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“ с -9 776 бр. или -12,6% по-малко.

На ниво лечебни заведения най-голям брой КПр са отчетени от УМБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД – 21 715 бр. или 8,1% от всички отчетени КПр през 2020 г. Следват Военномедицинска академия – 14 579 бр. или 5,4% и УМБАЛ Свети Георги ЕАД Пловдив – 12 241 бр. или 4,6%. В Таблица 32 са посочени 10-те ЛЗ, които са отчели най-голям брой случаи за 2019 и 2020 г.

Таблица 32. Топ 10 ЛЗ, отчели най-голям брой КПр за 2019 г. и 2020 г.

Рег. № ЛЗ	Наименование на ЛЗ	2019 г.	2020 г.	Брой отчетени КПр спрямо общия брой в % – 2020 г.
Общ брой случаи по години		239,975	268,991	
Брой случаи за 10-те ЛЗ:		109,508	119,609	44,5%
2201211003	УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ ЕАД	18,544	21,715	8,1%
2201911042	Военномедицинска академия	14,964	14,579	5,4%
1622211001	УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД	10,912	12,241	4,6%
2201211001	МБАЛ „Св. Анна“ – София АД	12,220	11,982	4,5%
0306211001	УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД, Варна	11,367	11,749	4,4%
2201211083	МБАЛ – НКБ – ЕАД	9,081	11,711	4,4%
2201211002	УМБАЛ „Царица Йоанна“ ЕАД	8,780	10,348	3,8%
2201211055	УМБАЛ „Александровска“ ЕАД	8,178	8,584	3,2%
2201211067	„АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА“ ЕАД	8,091	8,358	3,1%
2201211091	УМБАЛ „Софиямед“ ООД	7,371	8,342	3,1%

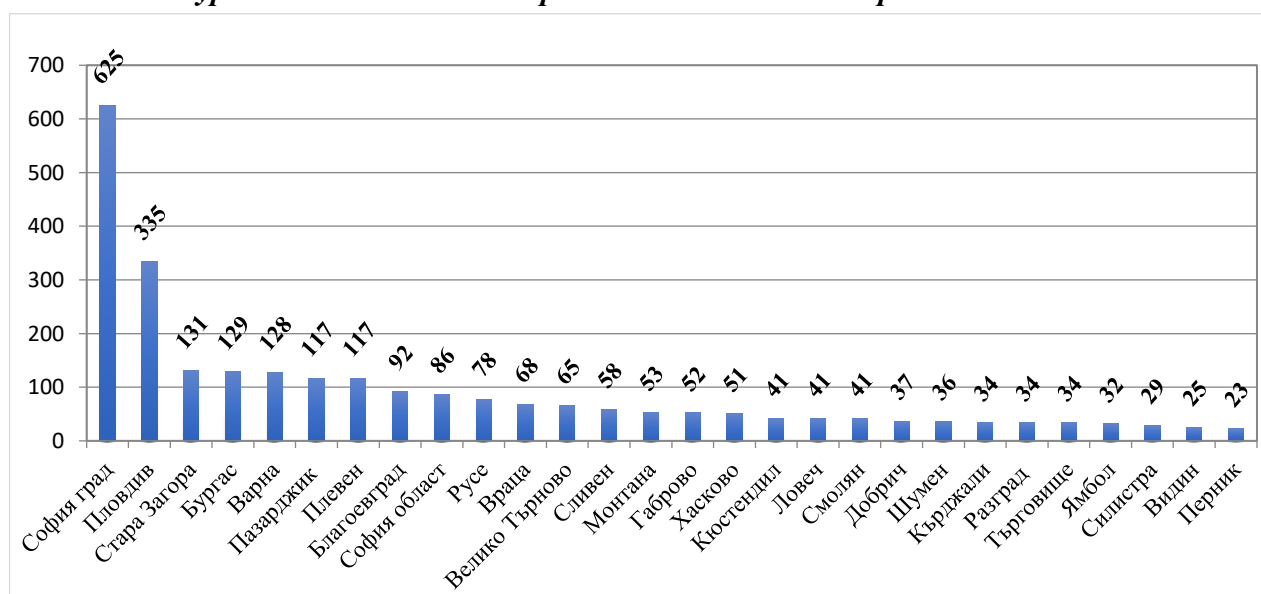
✓ **Амбулаторни процедури (АПр)**

Договорени дейности по АПр:

Към 31 декември 2020 г. по НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г. и Договори №№ РД-НС-01-4-1 от 18.02.2020 г.; РД-НС-01-4-2 от 06.04.2020 г.; РД-НС-01-4-3 от 28.04.2020 г.; РД-НС-01-4-4 от 14.08.2020 г.; РД-НС-01-4-5 от 26.11.2020 г.; РД-НС-01-4-6 от 4.12.2020 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г. за изпълнение на амбулаторни/процедури (АПр) са сключени договори с 314 изпълнители на болнична медицинска помощ за изпълнение на 2 592 броя АПр или с 35 бр. АПр повече спрямо 2019 г. Сключените договори по АПр към същия период на 2019 г. са 2 557 бр.

Данните за сключените договори за изпълнение на АПр по РЗОК в низходящ ред (към дата 31.12.2020 г.) са представени на **Фигура 41**.

Фигура 41. Сключени договори за изпълнение на АПр към 31.12.2020 г.



Най голям брой Амбулаторни процедури през 2020 г. са договорени в СЗОК – 625 бр. и РЗОК Пловдив – 335 бр., това са и РЗОК с най-голям брой договорни партньори, а най-малък брой АПр са договорени в РЗОК Видин, Перник и Силистра.

Отчетени дейности по АПр

За 2020 г. са отчетени общо 1 231 795 амбулаторни процедури, което представлява намаление спрямо 2019 г. с 19 173 бр. или с -1,5%, където са отчетени 1 250 968 бр. АПр.

Най-голям брой АПр са отчетени по АПр 01.1 „Хронично хемодиализа“ – 573 406 бр. или 46,6% от всички отчетени процедури през 2020 г. Увеличението спрямо 2019 г. е 1,8%, където отчетените случаи са 563 210 бр.

Следват: АПр 06 „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ – 109 255 бр. или 8,9% от всички отчетени АПр през 2020 г. Спрямо 2019 г. имаме увеличение с 8,0%, където отчетените случаи са 101 176 бр.

АПр 05 „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“ – 101 493. или 8,2% от всички отчетени процедури през 2020 г., спрямо 2019 г. имаме намаление с -3,7%, където отчетените случаи са 105 369 бр.

АПр 07 „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ – 100 937 бр. или 8,2% от всички отчетени АПр през 2020 г., спрямо 2019 г. имаме намаление със -11,2%, където отчетените случаи са 113 715 бр. В Таблица 33 са посочени 15-те амбулаторни процедури, по които има отчетени най-голям брой случаи.

Таблица 33. Топ 15 АПр по които има отчетени най-много случаи

Код АПр		Отчетени дейности 2019 г.		Отчетени дейности 2020 г.		% изменение 2020 г. спрямо 2019 г.
		Отчетени случаи по АПр 2019 г.	Отчетени случаи по АПр спрямо общия брой в%	Отчетени случаи по АПр 2020 г.	Отчетени случаи по АПр спрямо об- щия брой в%	
Общ брой:		1,250,968		1,231,795		-1,5%
A01.1	Хронично хемодиализа	563,210	45,0%	573,406	46,6%	1,8%
A06	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания	101,176	8,1%	109,255	8,9%	8,0%
A05	Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания	105,369	8,4%	101,493	8,2%	-3,7%
A07	Амбулаторно наблюдение/ диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания	113,715	9,1%	100,937	8,2%	-11,2%
A38	Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл.78, т.2 от ЗЗО	89,051	7,1%	86,936	7,1%	-2,4%
A26	Амбулаторни хирургични процедури	51,254	4,1%	47,096	3,8%	-8,1%

Код АПр		Отчетени дейности 2019 г.		Отчетени дейности 2020 г.		% изменение 2020 г. спрямо 2019 г.
		Отчетени случаи по АПр 2019 г.	Отчетени случаи по АПр спрямо общия брой в%	Отчетени случаи по АПр 2020 г.	Отчетени случаи по АПр спрямо об- щия брой в%	
A19	Оперативно отстраняване на катаракта	46,057	3,7%	34,678	2,8%	-24,7%
A03	Перитонеална диализа без апарат	29,725	2,4%	27,534	2,2%	-7,4%
A36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (PET/CT)	19,194	1,5%	22,807	1,9%	18,8%
A02	Перитонеална диализа с апарат	17,892	1,4%	18,670	1,5%	4,3%
A21	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност	19,353	1,5%	17,531	1,4%	-9,4%
A42	Амбулаторно наблюдение/ диспансеризация на пациенти с тежкопротичащи възпалителни полиартропатии и спондилопатии	15,445	1,2%	16,179	1,3%	4,8%
A35	Сцинтиграфски изследвания	9,813	0,8%	9,883	0,8%	0,7%
A37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография – SPECT/CT на хибриден скенер	8,457	0,7%	9,638	0,8%	14,0%
A22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	9,732	0,8%	9,098	0,7%	-6,5%

На ниво лечебни заведения най-много АПр отчита МБАЛ Света Марина ЕАД, гр. Варна – 59 140 бр. или 4,8% от всички извършени АПр през 2020 г., УМБАЛ Свети Георги ЕАД Пловдив – 42 724 бр. или 3,5%. Следват: КОЦ Пловдив ЕООД – 42 588 бр. или 3,5% и „УМБАЛ Д-р Г. Странски“ ЕАД – 36 247 бр. или 2,9%. В Таблица 34 са посочени 15-те ЛЗ, които са отчели най-голям брой случаи за 2019 г. и 2020 г.

Таблица. 34. 15-те ЛЗ, които са отчели най-голям брой случаи за 2019 г. и 2020 г.

Ре г.№ ЛЗ	Наименование на ЛЗ	2019 г.		2020 г.		% изменение 2020 г. спрямо 2019 г.
		Отчетени случаи по АПр 2019 г.	Отчетени случаи по АПр спрямо об- щия брой в%	Отчетени случаи по АПр 2020 г.	Отчетени случаи по АПр спрямо об- щия брой в%	
Общ брой случаи по години		1,250,968		1,231,795		-1,5%
Брой случаи за 15-те ЛЗ:		466,034	37,3%	471,437	38,3%	
0306211001	УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД	62,204	5,0%	59,140	4,8%	-4,9%
1622211001	УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД	41,906	3,3%	42,724	3,5%	2,0%
1622334019	КОЦ Пловдив ЕООД	43,819	3,5%	42,588	3,5%	-2,8%

Ре г.№ ЛЗ	Наименование на ЛЗ	2019 г.		2020 г.		% изменение 2020 г. спрямо 2019 г.
		Отчетени случаи по АПр 2019 г.	Отчетени случаи по АПр спрямо общия брой в %	Отчетени случаи по АПр 2020 г.	Отчетени случаи по АПр спрямо общия брой в %	
1524211001	УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД	37,057	3,0%	36,247	2,9%	-2,2%
2201211003	УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ ЕАД	37,590	3,0%	32,237	2,6%	-14,2%
2201211004	УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“ ЕАД	39,274	3,1%	31,513	2,6%	-19,8%
2201211093	АДЖИ БАДЕМ СИТИ КЛИНИК УМБАЛ ЕООД	22,566	1,8%	24,596	2,0%	9,0%
1229391010	„ФЪРСТ ДИАЛИЗИС СЪРВИС ИЗ БЪЛГАРИЯ“ ЕАД гр. Монтана	18,486	1,5%	24,328	2,0%	31,6%
2201211067	АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МБАЛ ТОКУДА ЕАД	23,838	1,9%	24,137	2,0%	1,3%
0306212026	СБАЛОЗ „Д-р Марко Антонов Марко“ ЕООД	24,747	2,0%	24,010	1,9%	-3,0%
2201211055	УМБАЛ „Александровска“ ЕАД	26,373	2,1%	23,843	1,9%	-9,6%
2201391092	Диализен център „Диалмед“ ООД	23,014	1,8%	23,263	1,9%	1,1%
2201391101	ДЦ „Хемомед“ ЕООД	17,659	1,4%	22,506	1,8%	27,4%
2201212086	СБАЛОЗ ЕООД гр. София	23,337	1,9%	20,478	1,7%	-12,3%
1827211001	УМБАЛ „Канев“ АД	20,318	1,6%	20,356	1,7%	0,2%

Източник: НЗОК

През 2020 г. дейност по АПр са отчетели общо 236 лечебни заведения срещу 235 през 2019 г.

■ Контрол по изпълнение на договорите с лечебните заведения

Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска и/или дентална помощ по реда на чл. 72, ал. 2 от ЗЗО през 2020 г. се осъществява съгласно Инstrukция № РД-16-43/09.06.2020 г. за условията и реда за осъществяване на контрол по чл. 72, ал. 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО). С цел осигуряване на механизъм за ефективното и ефикасно извършване на контрол на изпълнителите на извънболнична медицинска и дентална помощ чрез създаване на алгоритъм на извършване на най-често срещаните проверки и подбор на рискови получатели на средства са изготвени Методически указания с контролни процедури за прилагане на Инstrukция № РД-16-43/09.06.2020 г. за осъществяване на контрол по чл.72, ал.2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 от ЗЗО, по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска и дентална помощ № РД-16-47/10.07.2020 г. Със същите се дава възможност и се гарантира точно и еднакво тълкуване и прилагане на ЗЗО, НРД за медицински дейности за 2020-2022 г. и НРД за денталните дейности за 2020-2022 г. и Инstrukция № РД-16-43/09.06.2020 г. за условията и реда за осъществяване на контрол от всички участници в процеса на извършване на проверки на ИДП/ИМП.

Контрол на изпълнителите на болнична медицинска помощ

За отчетния период в обхвата на контрола са включени 371 лечебни заведения, сключили договори с НЗОК, от които 326 са лечебни заведения за болнична медицинска помощ, 31 ЛЗ за СИМП (МЦ и ДКЦ с легла) съгл. чл. 15, ал.1, т. 3 от НРД за медицинските дейности за

2020-2022 г. и 14 диализни центъра. Спрямо предходната 2019 г. са настъпили следните изменения в броя на подконтролните обекти, както следва: за БМП + 13; 31 ЛЗ за СИМП (МЦ и ДКЦ с легла) – 9; диализни центъра -3.

В Таблица 35 са показани основните параметри, характеризиращи контролната дейност в ЛЗБП за периода 01.01.-31.12.2020 г., сравнени със същия период на 2019 г.

Таблица 35.

№	Показатели	период	
		01-12.2019 г.	01-12.2020 г.
1	Брой ЛЗ, с които са сключени договори за изпълнение на КП/КПр/АПр	369	371
2.1	Сключени договори по КП (клинични пътеки)	19 131	19 184
2.2	Сключени договори по КПр (клинични процедури)	203	229
2.3	Сключени договори по АПр (амбулаторни процедури)	2 557	2 592
3	Общ брой извършени проверки в ЛЗБП в т.ч.:	5 581	3 775
3.1	Самостоятелни проверки (РЗОК)	5 429	3 678
3.2	Съвместни проверки (РЗОК/НЗОК)	104	13
3.3	Самостоятелни проверки (НЗОК)	48	84
4	Брой проверки с установени нарушения	1 684	768
4.1	% на проверките с установени нарушения	30%	20,3%
5	Брой проверки с установени суми за възстановяване	859	410
5.1	% на проверките с установени суми за възстановяване	15,5%	10,9%
6	Общ брой проверени КП	27 222	12 265
7	Брой проверени ИЗ	310 509	143 987
7.1	Брой ИЗ с нарушения	6 399	2 473
7.1.1	% ИЗ с установени нарушения от общо проверените	2,1%	1,7%
8	Общ брой проверени КПр	1 882	1 042
8.1	Брой КПр с нарушения	32	22
8.1.1	% КПр с установени нарушения от общо проверените КПр	1,7%	2,1%
9	Общ брой проверени АПр	28 787	15 797
9.1	Брой АПр с нарушения	341	249
9.1.1	% АПр с установени нарушения от общо проверените АПр	1,2%	1,6%

За отчетния период наложените санкции, суми за възстановяване, както и суми отпаднали на предварителен контрол са както следва:

Таблица 36.

№	Показатели	Период	
		01-12.2019 г.	01-12.2020 г.
1	Суми, установени за незаплащане на предварителен контрол	9 011 114,00 лв.	8 903 015,07 лв.
2	Наложени санкции в системата на НЗОК – общо	899 950,00 лв.	644 600,00 лв.
2.1	Наложени санкции при извършени проверки от РЗОК, в т.ч. съвместно с НЗОК	871 950,00 лв.	530 200,00 лв.
2.2	Наложени санкции при извършени самостоятелни проверки от НЗОК (издадени Заповеди за санкция от Управителя на НЗОК),	28 000,00 лв.	114 400,00 лв.
3	Суми за възстановяване в системата на НЗОК – общо	2 534 587,00 лв.	5 960 148,16 лв.

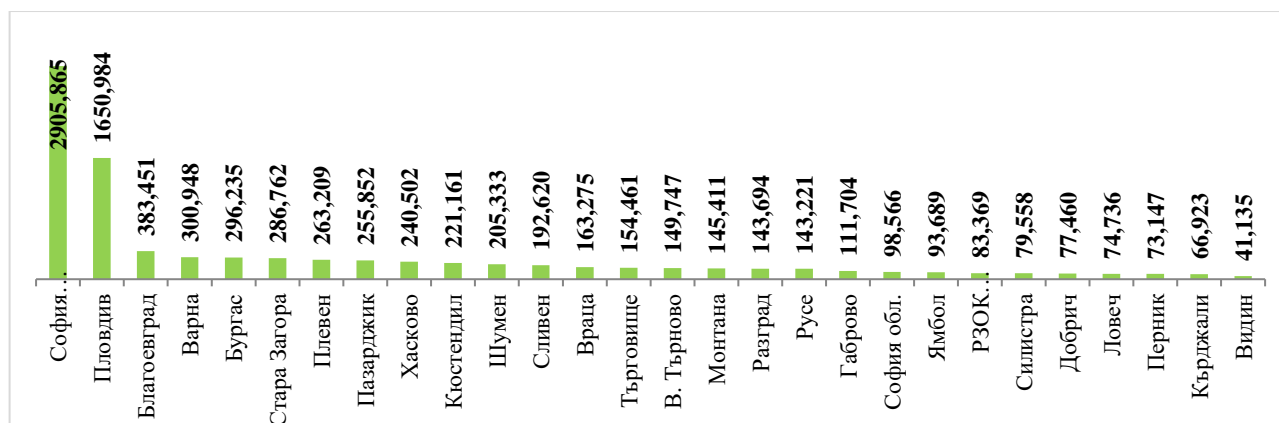
№	Показатели	Период	
		01-12.2019 г.	01-12.2020 г.
3.1	Суми за възстановяване при извършени самостоятелни проверки от РЗОК	2 534 587,00 лв.	2 373 474,19 лв.
3.2	Суми за възстановяване при извършени самостоятелни проверки на НЗОК – издадени Писмени покани,	1 698 974,00 лв.	3 586 673,97 лв.
4	Предложения за възстановяване/ незаплащане на суми (в т.ч. и суми от внезапен контрол) при извършени проверки в ЛЗБМП от РЗОК и НЗОК	257 144,00 лв.	132 383,50 лв.
	Общо санкции, суми за възстановяване, суми предложени за незаплащане (т.1, т.2, т.3 и т.4)	12 702 795,00 лв.	15 640 146,73 лв.

Забележка: Наложените санкции и суми за възстановяване са от проверки, извършени през 2020 г. и последните месеци на 2019 г.

Видно от данните, общата сума за 2020 г. от наложените санкции, суми за възстановяване и суми предложени за незаплащане от предварителен контрол увеличаване с 2 937 351,73 лв. или 23,1% спрямо 2019 г. При сумите, установени за незаплащане на предварителен контрол през 2020 г. се отчита незначително намаление с 1,2% или 108 098,93 лв., спрямо 2019 г.

Запазва се ефективността на предварителния контрол, осъществен в РЗОК преди заплащане на отчетената от ЛЗБМП медицинска дейност, което води до установяване на неоснователно отчетени случаи, има превантивен характер за недопускане на необосновани хоспитализации и води до намаляване разхода за здравноосигурителни плащания. Тези суми директно не се заплащат на лечебните заведения за болнична медицинска помощ и така се избягва продължителната процедура по обжалване, включително и пред съдебни органи, с което се увеличава събираемостта на неоснователно отчетена дейност. Сумите, установени за незаплащане на предварителен контрол представляват 62% от общата сума за 2020 г. Предложените суми за незаплащане, в резултат на извършени проверки в ЛЗБМП, в т.ч. и суми, установени от внезапен контрол през 2020 г. бележат намаление от 48,5% или 124 760,50 лв., спрямо 2019 г., което е във пряка връзка с намаления брой проверки в ЛЗБМП поради епидемиологичната обстановка. При извършените проверки през 2020 г., са установени суми, получени без правно основание от ЛЗ за БМП в общ размер на 5 960 148,16 лв., от които: издадени писмени покани от контролори на РЗОК – 2 373 474,19 лв.; издадени писмени покани – 3 586 673,97 лв. Наблюдава се значително увеличение с 3 425 561,16 лв. на сумите получени без правно основание през 2020 г., спрямо 2019 г. и представляват 38% от общата сума за 2020 г. Във връзка с констатираните нарушения от контролори на РЗОК и служители на НЗОК при извършени проверки през 2020 г. са наложени санкции в размер на 644 600,00 лв., което е с 255 350,00 лв. или 28,4% по-малко при сравнение с 2019 г. От предварителен контрол за заплащане са отхвърлени суми в размер на 8 903 015 лв., както следва:

Фигура 42. Суми, отпаднали на предварителен контрол за ЛЗБМП за периода 01.01.2020 г. – 31.12.2020 г.



От фигурата е видно, че най-голяма е стойността на отхвърлените за заплащане суми на предварителния контрол в РЗОК София – столична – 2 905 865 лв., РЗОК Пловдив – 1 650 984 лв., РЗОК Благоевград – 384 451 лв. и РЗОК Варна – 300 948 лв. Причините най – често са: Отчетени хоспитализации по КП/КПр./Апр. на лица с прекъснати здравноосигурителни права; отчетени случаи на хоспитализирани ЗОЛ с неспазен минималния болничен престой, вкл. и на самоволно напуснали пациенти; Рехоспитализация в рамките на 30 дни от дехоспитализацията по една и съща КП; Рехоспитализация повече от един път по КП за физиотерапия и рехабилитация; Отчетени планови хоспитализации, в периода, в който са забранени със заповед на министъра на Здравеопазването; Отчетени пациенти с диагноза МКБ U07.1 Covid-19, без да е отчетена процедура с код **91.92 – „Полимеразна верижна реакция за доказване на Covid-19“; Отчетени пациенти с диагноза МКБ U07.1 Covid-19, без наличие на положителен PCR тест; Превизиране на отчетеното количество на лекарствените продукти, спрямо схемата, определена в Протокол от КОХТ; Отчетена дейност, която не е извършена в пълен обем – неизпълнени диагностични/терапевтични процедури, заложи в ДЛА на съответната КП/КПр./АПр.; Едновременни хоспитализации на ЗОЛ в различни лечебни заведения; Едновременни хоспитализации на ЗОЛ по КПр. и АПр.; Некоректно попълнени данни в ежедневните отчети – грешно ЕГН, несъответствие на датите на прием/дехоспитализация между ПИС и Регистрационната система; дублиран № на ИЗ; Отчитане на по-голям брой КП/АПр./КПр. от предвидения в НРД за МД 2020-2022 г. и ДЛА; Отчитане на по-голям от регламентиран брой медицински изделия на ЗОЛ; Невалидни удостоверителни документи за пациент, осигурен в друга държава; Отсъствие на пациенти, установено при внезапен контрол в ЛЗБМП.

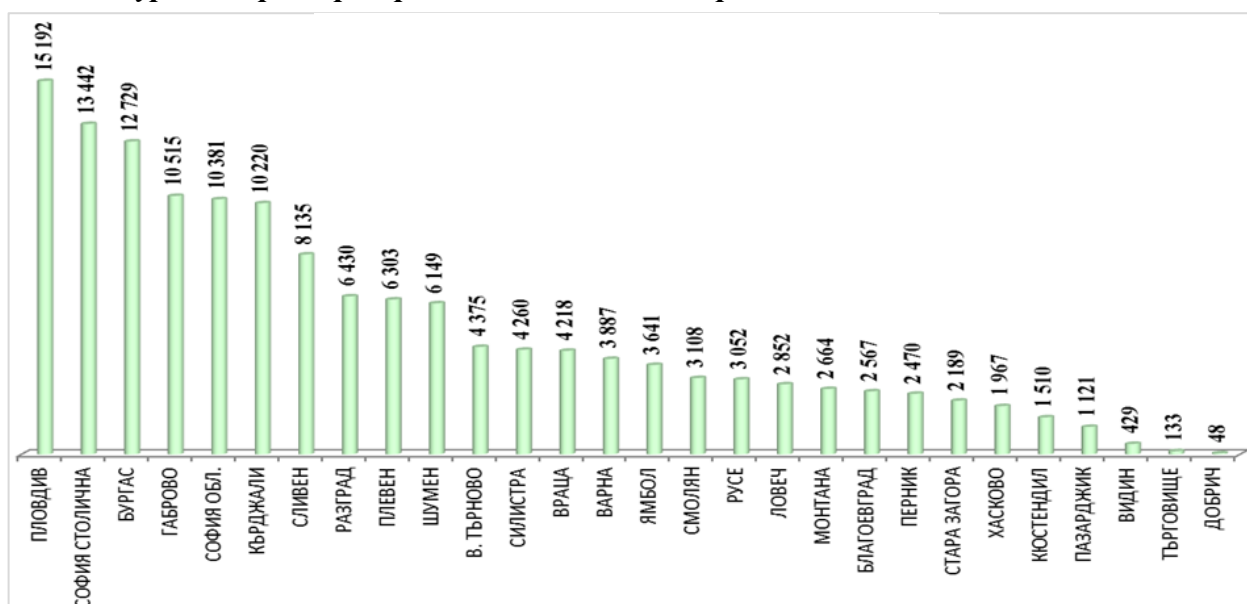
Проверките при последващ контрол, за отчетния период са както следва:

- извършени са общо 3 775 бр. проверки на лечебни заведения за болнична помощ;
- самостоятелните проверки на контролните органи на РЗОК са общо 3 678 бр.;
- съвместни проверки с участието на длъжностни лица от ЦУ на НЗОК са 13 бр.;
- самостоятелните проверки на служители от НЗОК – 84 бр.

С най-голям брой извършени проверки през 2020 г. е РЗОК София столична – 866 бр., като същата е с най-голям брой договорни партньори – 78 ЛЗБМП. Следвана от РЗОК Пловдив – 395 бр. проверки и 45 договора с ЛЗБМП.

През отчетния период са проверени общо 12 265 бр. КП. Проверени са 143 987 бр. истории на заболяването (ИЗ), като при 2 473 ИЗ или 1,7% от тях са установени нарушения, както следва:

Фигура 43. Брой проверени ИЗ по РЗОК за периода 01.01.2020 г. – 31.12.2020 г.



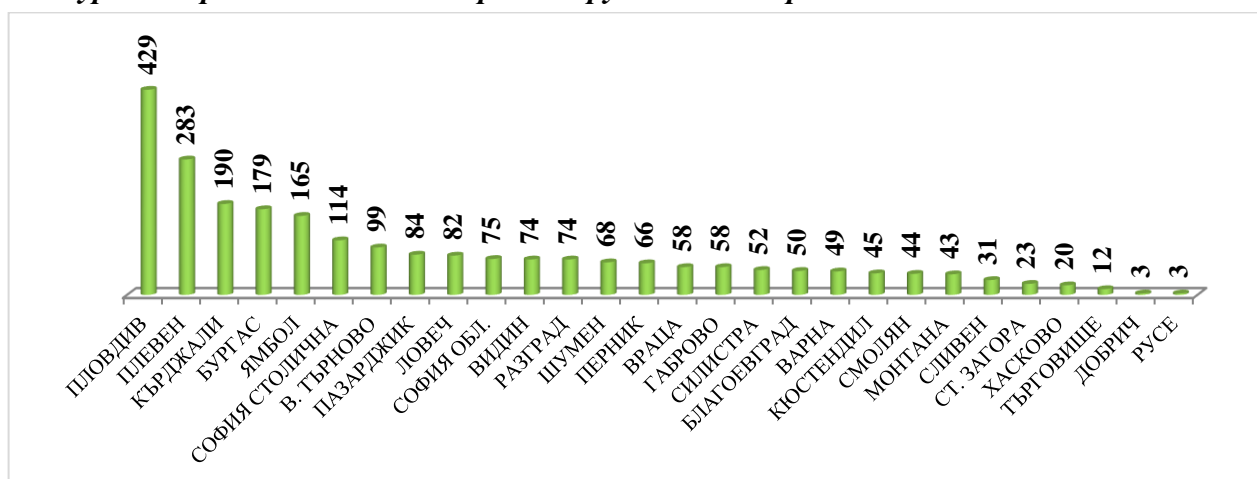
Най-много проверени ИЗ при извършените проверки по клинични пътеки има в РЗОК Пловдив – 15 19 бр., следвани от РЗОК София столична – 13 442 бр. и РЗОК Бургас – 12 729 бр.

Планирането на контролната дейност се извършва при съобразяване с: голям обем дейност за съответния месец по определени клинични пътеки, съответно висок процент на използваемост на леглата по специалности и нива на компетентност, и надвишили определените им месечни стойности за БМП и индикативни параметри по Приложение №1 и Приложение № 2 от ЗБНЗОК и за Медицински изделия, прилагани в болнична медицинска помощ; пролежавания на ЗОЛ в рамките на годината; отчетени хоспитализации на едно ЗОЛ в рамките на 30 дневния период, както и случаи, с отчетени хоспитализации в един и същи период в едно или различни лечебни заведения, постъпили жалби и внезапен контрол.

По Решение № РД-НС-04-79/14.08.2020 г. на Надзорния съвет на НЗОК, във всички 28 РЗОК се извършиха проверки на незаплатена дейност над утвърдените месечни стойности на ЛЗБП, за периода от 01.01.2015 г. до 01.04.2018 г.

През отчетния период по разпореждане на управителя на НЗОК, контролори от РЗОК извършиха проверки на осъществена и отчетена дейност по КПр. № 03 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ и КПр. № 04 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“. Същите се изпълняват от 79 лечебни заведения, от които 9 са сключили анекси през 2020 г. на основание заповеди на съответната РЗИ във връзка с епидемичната обстановка, осигурявайки интензивно лечение на ЗОЛ на територията на цялата страна. Контролните органи на РЗОК са извършили проверки в 77 ЛЗБМП. Проверена е медицинската документация на 4697 ЗОЛ, като РЗОК Плевен не е подала информация за брой ЗОЛ, а за брой проверени клинични процедури – 3604 бр. От извършените проверки: Не са констатирани случаи на приключване на интензивно лечение само по КПр. № 03 с изключение на случаите с настъпил смъртен изход по време на лечението; Констатирани са единични случаи на нарушения на алгоритъма на клиничната процедура или на изискванията за работа с медицинска документация, за което на ЛЗБМП ще бъдат наложени съответните санкции по НРД за МД 2020-2022 г. и ЗЗО. Констатираните нарушения са както следва:

Фигура 44. Брой ИЗ с констатирани нарушения за периода 01.01.2020 г. – 31.12.2020 г.



С най-голям брой ИЗ с констатирани нарушения при извършените проверки са РЗОК Пловдив – 429 бр., РЗОК Плевен – 283 бр., РЗОК Кърджали – 190 и РЗОК Бургас – 179 бр.

При съпоставка на констатациите от извършените през 2020 г. проверки с тези за същия период на 2019 г., се забелязва тенденция към повторемост на основните нарушения. Най-често установяваните нарушения при проверка на изпълнителите на болнична помощ са: не спазени индикации за хоспитализация; нарушава се основния принцип на болничен прием, а именно, че пациентите би следвало да се хоспитализират, след като се изчерпят всички въз-

можности за диагностика и лечение в извънболничната медицинска помощ. Към медицинската документация на ЗОЛ не е приложен амбулаторен лист, като доказателство, че пациентите са лекувани в извънболничната помощ и лечебната цел не е достигната; неизпълнение на диагностично – лечебния алгоритъм; в медицинската документация на пациентите не се отразяват две ежедневни визитации от лекуващ/дежурен лекар; неспазени критерии за дехоспитализация на ЗОЛ – лечебния процес не е довел до положителни резултати в условията на минималния болничен престой, липса на медицинско заключение при дехоспитализацията на ЗОЛ за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение, въз основа на обективни данни за стабилизиране състоянието на пациента; отчитане на дейност на едно и също ЗОЛ по терапевтична КП, в хода на лечението по която се индикира оперативно лечение; неосигуряване на пациентите на непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват; неспазване на изискванията за завършена КП (неизвършване на посочения в нея определен брой диагностични и/или терапевтични процедури); нарушаване на установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, както и документиране на лечебния процес в хода на хоспитализацията.; повторни хоспитализации в рамките на 30 дни по същата/различни КП; отсъствие на пациенти, осъществени при внезапен контрол в ЛЗБМП; лечебното заведение неоснователно е изисквало заплащане на потребителска такса от пациенти; неоснователно е изискано заплащане за извършена медицинска дейност по КП, включена в пакета от болнични здравни дейности, които се заплащат от НЗОК; неосигурено лечение на придружаващи заболявания и усложнения на ЗОЛ.

За периода януари – декември 2020 г. са проверени 1 042 броя КПр. Нарушения са установени при 22 бр. от общо проверените КПр. Отчита се по-висок процент на КПр. с установени нарушения – 2,1%, в сравнение с 2019 г. – 1,7%. Проверени са 15 797 АПр., при 249 са установени нарушения. Наблюдава се повишен процент на АПр. с установени нарушения – 1,6%, сравнение с 1,2% за 2019 г.

При внезапен контрол на пациенти по време на тяхната хоспитализация:

- РЗОК Благоевград: при извършен внезапен контрол в ЛЗ за БМП е установен 1 случай на стойност 550 лв., при който не е спазен алгоритъм на КП.
- РЗОК Бургас: при извършени 22 проверки на пациенти по време на тяхната хоспитализация, при които са констатирани 13 нарушения. Предложени са за незаплащане суми в размер на 7 401 лв.
- РЗОК Варна: осъществен внезапен контрол при 14 проверки. Не са установени нарушения.
- РЗОК Велико Търново: извършени 48 проверки на пациенти по време на тяхната хоспитализация. Предложени са за незаплащане 16 бр. ИЗ на стойност 11 560 лв.
- РЗОК Видин: са извършени 4 проверки на пациенти по време на тяхната хоспитализация. Предложени са за незаплащане 2 бр. ИЗ на стойност 1 870 лв.
- РЗОК Враца: при извършен внезапен контрол по време на оказване на болнична медицинска помощ са констатирани нарушения в 3 бр. ИЗ и са предложени суми за незаплащане в размер на 1 804 лв.
- РЗОК Габрово: извършени са 5 проверки във връзка с внезапен контрол на пациенти по време на хоспитализацията им. Установено е отсъствието на трима пациенти. Предложени са за незаплащане 2 022 лв.
- РЗОК Кърджали: при 4 проверки е извършен внезапен контрол. Не са установени нарушения.
- РЗОК Кюстендил при: 17 проверки е извършен внезапен контрол. Не са установени нарушения.
- РЗОК Ловеч: при 18 проверки е извършен внезапен контрол. Не са констатирани нарушения.
- РЗОК Монтана: при 6 проверки е извършен внезапен контрол. Не са констатирани нарушения.

- РЗОК Пазарджик: за посочения период е осъществен внезапен контрол при 32 проверки. Не са констатирани нарушения.
- РЗОК Перник: за посочения период е осъществен внезапен контрол при 9 проверки. Не са констатирани нарушения.
- РЗОК Плевен: осъществен внезапен контрол при 20 проверки. Установени са 4 бр. нарушения по КП. Не са установени неоснователно получени суми.
- РЗОК Пловдив: извършени 36 проверки с осъществен внезапен контрол. Предложени са за незаплащане 3 бр. ИЗ на стойност 1 839 лв.
- РЗОК Силистра: извършени 11 проверки на медицинската документация и наличието на пациенти по време на хоспитализацията им. Не са установени нарушения.
- РЗОК Сливен: извършени 14 проверки на медицинската документация и наличието на пациенти по време на тяхната хоспитализация. Не са констатирани нарушения.
- РЗОК София област: извършените 77 проверки на медицинската документация и наличието на пациенти по време на тяхната хоспитализация, не са констатирани нарушения.
- РЗОК Стара Загора: извършена 1 проверка във връзка с внезапен контрол на пациенти по време на хоспитализацията им. Не са установени нарушения.
- РЗОК Шумен: извършени 5 проверки на медицинската документация и наличието на пациенти по време на тяхната хоспитализация. Не са констатирани нарушения.
- РЗОК Ямбол: извършени 52 проверки на медицинската документация и наличието на пациенти по време на тяхната хоспитализация. Не са констатирани нарушения.

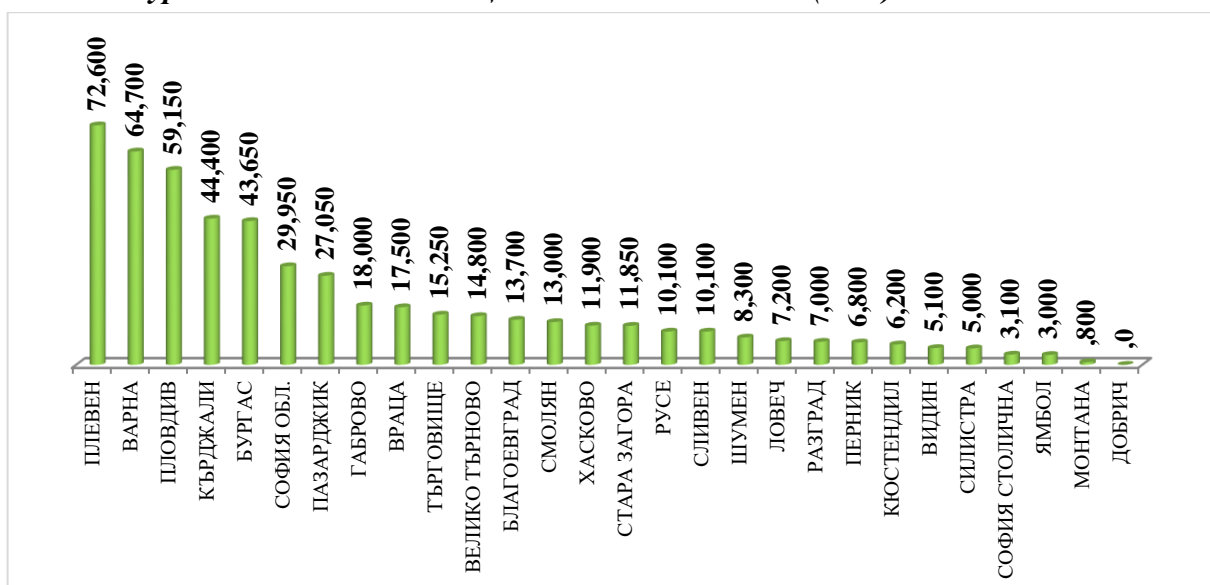
През 2020 г. не е осъществен внезапен контрол на медицинската документация и наличието на пациенти по време на тяхната хоспитализация в РЗОК Добрич, РЗОК Разград, РЗОК Русе, РЗОК Смолян, РЗОК София столична, РЗОК Търговище и РЗОК Хасково. Като причина за не извършване на внезапен контрол са посочени епидемиологичната обстановка в страната и прекратения достъп до ЛЗБМП.

За периода от 01.01. до 31.12.2020 г. в системата на НЗОК са наложени общо финансови санкции по издадени Заповеди за санкции в размер на 644 600 лв. (от проверки, извършени през 2020 г. и последните месеци на 2019 г.), както следва:

- проверки от контролори на РЗОК на стойност 530 200 лв., което представлява 82% от общо наложените санкции;
- самостоятелни проверки от НЗОК на стойност общо 114 400 лв. (18%).

Внесените имуществени санкции в РЗОК са в размер на 460 950 лв., което представлява 86,9% от общо наложените санкции, както следва:

Фигура 45. Наложени санкции на ЛЗБМП в РЗОК (в лв.) към 31.12.2020 г.



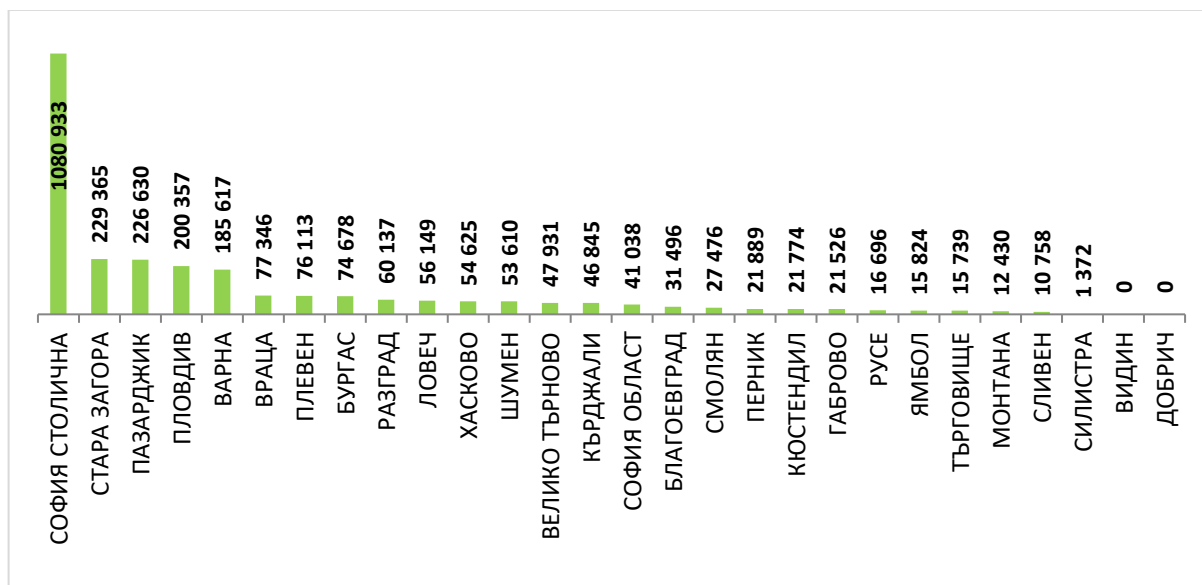
От посочените данни в диаграмата е видно, че най-големи по размер имуществени санкции са наложени в РЗОК Плевен – 72 600 лв., РЗОК Варна – 64 700 лв., РЗОК Пловдив – 59 150 лв. Едни от най-честите нарушения за налагане на санкции са: нарушение на установените изисквания за работа с медицинска документация, определени в НРД; неоснователно заплащане на потребителска такса от ЗОЛ със заболяване, посочено в Приложение № 12 към НРД или за повече от пролежаните леглодни; плащане или доплащане от осигурено лице за дейност, заплатена от НЗОК по време на хоспитализацията му по клинична пътека; издадена от ЛЗ епикриза при дехоспитализация на пациент с предписание към пациента за предварително извършване на конкретни изследвания, необходими за назначеният в епикризата втори контролен преглед; неоснователно изисквана сума от ЛЗ за медицински консумативи при оперативното лечение на ЗОЛ.

Към 31 декември 2020 г. сумите, получени без правно основание, по писмени покани издадени в системата на НЗОК, са в общ размер на 5 960 148,16 лв., в т.ч.:

- суми, получени без правно основание от проверки на контролори на РЗОК – 2 373 484 лв., което представлява 40% от общата сума за възстановяване;
- суми, получени без правно основание от самостоятелни проверки на служители на НЗОК – 3 586 673,97 лв., което представлява 60% от общата сума.

Внесените суми по писмените покани са в размер на 1 137 182 лв.

Фигура 46. Суми за възстановяване от ЛЗБМП в РЗОК по писмена покана (в лв.) към 31.12.2020 г.



С най-голям размер суми получени без правно основание са РЗОК София столична – 1 080 933 лв., РЗОК Стара Загора – 229 365 лв., РЗОК Пазарджик – 226 630 лв., РЗОК Пловдив – 200 357 лв. и РЗОК Варна – 185 617 лв.

Най-чести причини за издаване на писмена покана за възстановяване на неправомерно получени суми от ЛЗ за БМП са: неспазени индикации за хоспитализация по КП/АПр/КПр; неизпълнени критерии за дехоспитализация по КП/АПр/КПр; неизпълнен диагностично-лечебен алгоритъм на КП/АПр/КПр; неосигуряване на пациентите непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват; несъответствие между договорената по вид и обем и оказаната медицинска помощ; неспазени условия за заплащане на вложено медицинско изделие.

През 2020 г. бяха извършени 13 проверки от служители на дирекция КАПДЗЗО при НЗОК и контролори от РЗОК София столична във връзка с незаплатена дейност над утвърдените месечни стойности на ЛЗБП, за периода от 01.01.2015 г. до 01.04.2018 г. в следните лечебни заведения за болнична помощ: „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ“ ЕООД; „УМБАЛ

Света Анна София“ АД; „МБАЛ Лозенец“ ЕАД; „УМБАЛ Свети Иван Рилски“ ЕАД; УСБАЛО ЕАД София; Военномедицинска академия; УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ ЕАД; „УМБАЛ и СМ Н.И. Пирогов“ ЕАД; „СБР Банкя“ АД; „Аджибадем Сити Клиник МБАЛ Токуда“ ЕАД; СБАЛАГ "Майчин дом" АД; „УМБАЛ Александровска“ ЕАД. В резултат на проверките са установени суми, които не подлежат на заплащане в общ размер на 651 810 лв. За периода м. януари – м. декември 2020 г. са извършени 84 самостоятелни проверки. Във връзка с констатираните нарушения в НЗОК са издадени:

- Писмени покани на обща стойност 2 471 312,87 лв.;
- Заповеди за санкция на обща стойност 59 700,00 лв.;
- Предложени са суми за незаплащане/незакупуване при осъществен контрол на ЛЗБМП преди заплащане на извършената медицинска дейности – 107 207,20 лв.

Резултатите от извършените самостоятелни проверки от НЗОК на ЛЗБП за м. януари – м. декември 2020 г. са по РЗОК са както следва:

Таблица 37.

№	РЗОК	Проверени ЛЗБП (бр.)	Писмени покани (лв.)	Издадени Заповеди за санкция (лв.)	Предложени суми за незаплащане (лв.)
1	Благоевград	2	23 056,68	4 000,00	0,00
2	Бургас	2	4 572,00	1 000,00	0,00
3	Варна	4	750,00	0,00	0,00
6	Враца	2	15 170,00	2 500,00	0,00
8	Добрич	1	1 667,00	0,00	2 708,00
10	Кюстендил	1	0,00	14 000,00	0,00
13	Пазарджик	4	10 920,00	0,00	0,00
15	Плевен	2	5 165,00	400,00	0,00
16	Пловдив	12	97 316,00	8 100,00	5 414,20
18	Русе	1	6 524,00	0,00	0,00
19	Силистра	2	0,00	13 500,00	11 085,00
20	Сливен	2	3 823,00	200,00	0,00
22	София – столична	46	2 299 574,19	15 800,00	88 000,00
23	София – област	1	0,00	0,00	0,00
24	Стара Загора	2	2 775,00	200,00	0,00
Всичко:		84	471 312,87	59700,00	107 207,20

През отчетния период се извършиха тематични проверки на лечебни заведения за болнична помощ, осъществяващи медицинска дейност в областта на онкологията и хематологията:

- Проверка на медицинската документация на пациенти, провеждащи системно противотуморно лечение с лекарствения продукт Пембролизумаб (Кейтруда), АТС код L01XC18. Извършени са проверки в 7 ЛЗ за БМП по представения проект на „Лист за проверка на критериите за провеждане на лечение с лекарствения продукт Пембролизумаб, АТС код L01XC18“. Констатира се, че лекарствения продукт Пембролизумаб е назначен, съгласно критериите по ФТР и Кратката характеристика на продукта, заложили в „Лист за проверка“. Спазени са изискванията за назначаване и провеждане на противотуморното лечение. За оптимизиране разходите за противотуморни лекарствени продукти, се разработи алгоритъм за проверка и на други скъпоструващи, иновативни лекарствени продукти, прилагани при лечението на пациенти по КП/АПр., със заложили специфични критерии и био-маркери във ФТР и КХП.

- Проверки на изпълнение на медицинска дейност в областта на онкологията и хематологията. Обект на контрол са лечебни заведения, формирали най-голям разход за лекарствени продукти, заплащани извън цената на клиничната пътека и амбулаторната процедура. Установи се, че лекарствените продукти за противотуморно лечение се назначават, съгласно заложените във фармако-терапевтичното ръководство правила – вид, дози и честота и в съответствие с назначенията в Решение на Клиничната онкологична комисия по химиотерапия. В

лечебните заведения е създадена организация на приложение и отчетност на лекарствените препарати за противотуморно лечение, гарантираща най-малък излишък на лекарствени продукти за инфузионно приложение. Констатирано е нарушение в „УСБАЛ по онкология“ ЕАД, гр. София – при извършената проверка се установи неспазен диагностично-лечебен алгоритъм на КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения” при двама пациенти. В издадените Отчетени и заплатени са от НЗОК 2 бр. терапевтични цикли повече и 400.00 mg. повече от посоченото в Протокола количество на медикамента Pembrolizumab. Издадена е писмена покана за възстановяване на неоснователно получени суми в размер на 24 961,45 лв.

- Проверки на дейността на болничните аптеки. Фокусът на проверките по НРД за медицински дейности през 2020 г. са наличие на аптека на територията на лечебното заведение, която да притежава актуални Разрешение и лицензии – "Аптека за задоволяване нуждите на лечебно заведение по чл.222, ал. 4 ЗЛПХМ за лекарствени продукти, включително и приготвяни по магистрална и фармакопейна рецептура, на лекарствени форми за очи и разтвори за парентерално приложение и хранене" и спазване на условията и реда за отпускане на лекарствени продукти и консумативи. Установи се:

- „СБАЛОТ Витоша“ ЕООД, гр. София – неспазване на диагностично – лечебния алгоритъм при 4 бр. ИЗ, както и че медицинските изделия (тазобедрени и колянни стави) не са получени, заприходени и отпуснати от болничната аптека на ЛЗБМП. Нарушението е оставено в 79 бр. истории на заболяването по КП № 217.1 и КП № 218. За установените нарушения е издадена писмена покана за възстановяване на неоснователно получени суми в размер на 99 200,40 лв. и заповед за санкция в размер на 4 400,00 лв.

- „МБАЛ Дулово” ЕООД, гр. Дулово – при извършената проверка е установено, че медицинските изделия (херниално платно), използвани при лечението на 27 пациенти, не са заприходени и отпуснати от болничната аптека. Издадена е Заповед за санкция в размер на 13 500,00 лв.

- „МБАЛ Благоевград” АД, гр. Благоевград – Установи се неспазване на изискването, медицинските изделия (уретрален стент), вложени при лечение на пациентите да бъдат осигурени (заприходени и отпуснати) от болничната аптека на лечебното заведение. Издадена е Заповед за санкция в размер на 2 000,00 лв.

- „МБАЛ Югозападна болница” ООД, гр. Сандански – установи се неспазване на изискването, медицинските изделия (ортопедични импланти), вложени при лечение на пациентите да бъдат осигурени (заприходени и отпуснати) от болничната аптека на лечебното заведение. Издадена е Заповед за санкция в размер на 2 000,00 лв.

- Медикус Алфа СХБАЛ, гр. Пловдив – при извършената проверка се установи, че от 01.01.2020 г. до момента на проверката – 20.07.2020 г., лечебното заведение не разполага със собствена аптека и няма сключен договор за доставка на медицински изделия. Същите се доставят в лечебното заведение от доставчици, без да се заприходяват и отпускат от болничната аптека на Медикус Алфа СХБАЛ, гр. Пловдив. Издадена е Заповед за санкция в размер на 1 100,00 лв.

- Проверка относно спазване на условията за сключване на договор и за изпълнение на дейност по КП:

- „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ“ ЕООД, гр. София – при извършени две проверки се установи, че ЛЗБМП, в периода м. януари 2017 г. – м. декември 2018 г., не разполага със специалист, отговарящ на условията за сключване на договор и изпълнение на дейността по КП № 21 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии“. Издадени са 2 бр. писмени покани за възстановяване на неоснователно получени суми в общ размер на 1 709 376,67 лв.

- „УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, гр. София – проверката обхвана отчетена и заплатена медицинска дейност по КП № 140 „Хирургия на задния очен сегмент при заболявания на ретина, стъкловидно тяло и травми“ и КП № 135 „Оперативно лечение при заболявания на ретина, стъкловидно тяло и травми, засягащи задния очен сегмент“ за периода

21.01.2016 г. – 31.12.2019 г. За изпълнение на оперативни процедури 14.71 Отстраняване стъкловидното тяло с преден достъп; 14.72 Друго отстраняване на стъкловидното тяло и 14.74 Друга механична витректомия се използва еднократен витреотом, без който тази дейност не може да бъде изпълнена. За посочения период ЛЗБМП е закупило само 54 бр. витреотом и фако пакети за Клиника по очни болести. На проверяващия екип не са предоставени документи, удостоверяващи осигуряването на необходимите витреотомы за изпълнение на всички отчетени случаи. Издадена е Писмена покана за възстановяване на неоснователно получени суми в размер на 324 800,00 лв.

- „МБАЛ Доверие“ АД, гр. София – при извършената проверка е установено, че при 11 пациенти липсват индикации за хоспитализация по КП № 168 „Асистирана с робот гинекологична хирургия при злокачествени заболявания“. Сумата, предложена за незаплатяване/незакупуване от РЗОК София – столична е в размер на 88 000,00 лв.

- УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД, гр. Пловдив – осъществен е планов прием на 26 пациенти, в нарушение на въведените от Министъра на здравеопазването мерки и действия в епидемиологична обстановка, както и прекратяване на плановия прием и плановата оперативна дейност в лечебните заведения за болнична помощ, съгласно заповед РД-01-124/13.03.2020 г. Издадена е Писмена покана за възстановяване на неправомерно получените суми в размер на 19 396 лв.

- МБАЛ „Св. Иван Рилски Козлодуй“ ЕООД – установи се неизпълнение на алгоритъма на КП № 114 „Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма. Издадена е Писмена покана за възстановяване на неправомерно получените суми в размер на 11 730 ,00 лв.

- МБАЛ „Света Каридад“ АД, гр. Пловдив – установи се неизпълнение на ДЛА на КП № 26 „Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение“ и КП № 28 „Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение – неизвършена консултация с Heart Team. Издадена е Писмена покана за възстановяване на неправомерно получените суми в размер на 43 280,00 лв.

- МБАЛ „Свети Панталеймон – София“ АД – констатира се неизпълнение на алгоритъма на КП № 217.1 „Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник“ и неспазени индикации за хоспитализация по КП № 74 „Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума“ и №181 „Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство“. Материалите от проверката, заедно с декларации от пациенти, удостоверили, че не са посещавали лечебното заведение са изпратени в Софийска районна прокуратура за вземане на отношение по компетентност. Издадена е Писмена покана за възстановяване на неправомерно получените суми в размер на 8 280,00 лв.

За отчетния период, 62 ЛЗБМП са възразили по съставените протоколи от контролните органи на РЗОК и НЗОК, от които 58 проверки на контрольори на РЗОК и 4 проверки на длъжностни лица от НЗОК. Общият брой отнесени констатации за разглеждане от Арбитражна комисия са 192, от които:

- потвърдени констатации – 62 броя (32%);
- отхвърлени – 20 броя (10%);
- констатации при равен брой гласове – 89 броя (46%).

Към арбитражни комисии са отнесени общо 4 протокола при извършени 84 проверки на лечебни заведения за болнична медицинска помощ, или 4.8% от общия брой проверки. В арбитражната комисия на РЗОК София столична са разгледани констатации по 3 бр. протоколи от самостоятелни проверки на ЛЗБМП с общо 37 констатации. За 33 констатации арбитражната комисия не е взела решение поради равен брой гласове. Две констатации са отхвърлени от Арбитражната комисия. В арбитражната комисия на РЗОК Добрич е разгледан един протокол с 4 бр. констатации относно КП № 104, при които не е взето решение поради равен брой гласове. При случаите, когато не е взето решение поради равен брой гласове, като мотиви от страна на представителите на БЛС е посочено, че е осигурено адекватно лечение на пациента,

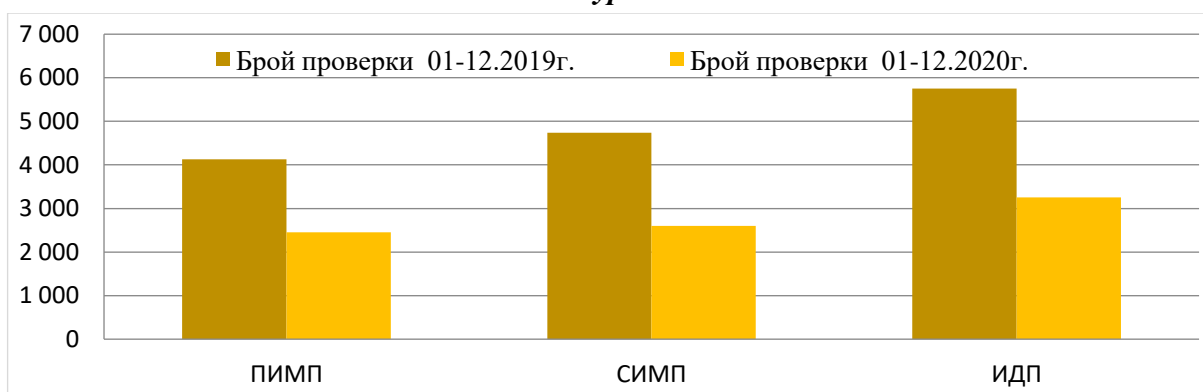
изпълнен е алгоритъма на клиничната пътека; становището на представителите на РЗОК е, че не са изпълнени изискванията на НРД, относими към оспорваните констатации. Най-висок е дялът на констатациите, при които не е взето решение поради равен брой гласове – 37 от общо 41 или 90.2%. Отхвърлени са 4 констатации, или 9.8%.

Контрол на извънболничната и денталната помощ

За периода от 01.01.2020 г. до 31.12.2020 г. са извършени 8 307 проверки на изпълнители на извънболнична медицинска и дентална помощ. Извършените проверки на изпълнители на извънболнична медицинска помощ и изпълнителите на дентална помощ от НЗОК и РЗОК са:

- в лечебни заведения за ПИМП: (ИП и ГП) – 2 451 броя проверки;
- в лечебни заведения за СИМП: (ИП и ГП) – 1 486 броя проверки;
- ДКЦ – 231 броя проверки;
- МЦ и МДЦ – 544 броя проверки;
- СМДЛ – 281 броя проверки;
- в лечебни заведения за БП по чл.14, ал.1, т.2 от НРД 2020-2022 г. за МД – 57 броя проверки;
- КДН – 1 проверка;
- в лечебни заведения за ПИДП – 3 226 броя проверки;
- в лечебни заведения за СИДП – 30 броя проверки.

Фигура 47.



За 2020 г. броят на извършените проверки на изпълнители на извънболнична медицинска и дентална помощ бележи спад от 45% сравнено със същия период на 2019 г.

Таблица 38.

Контрол на ИМП и ИДП	Брой 2019 г.	Брой 2020 г.
Брой самостоятелни проверки на длъжностни лица от НЗОК	81	245
Брой самостоятелни проверки на длъжностни лица от РЗОК	13 781	7 914
Брой съвместни проверки на длъжностни лица от НЗОК и РЗОК	754	148
ВСИЧКО ИЗВЪРШЕНИ ПРОВЕРКИ РЗОК/НЗОК	14 616	8 307

За наблюдавания период от РЗОК са извършени средно по 283 бр. самостоятелни проверки на изпълнители на медицинска и дентална помощ, като най-голям брой самостоятелни проверки са извършени в РЗОК Пловдив (1 026 бр.) и РЗОК Плевен (510 бр.), а най-малък брой в РЗОК Добрич (103 бр.) и РЗОК Силистра (109 бр.).

Контрол на изпълнението на договорите за извънболнична медицинска помощ, през отчетният период е с обхват: Проверка на ОПЛ/лекари-специалисти по условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ по диспансерно наблюдение на ЗОЛ; Проверка на ОПЛ/лекари-специалисти по условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ по профилактика на ЗОЛ над 18 год., по програма „Детско здравеопазване“, по програма „Майчино здравеопазване“; Проверка на ОПЛ/лекари-специалист на база анализ на отчетената дейност от изпълнители на ПИМП и СИМП по видове дейности, надвишили средното за страната по РЗОК; Проверка на ОПЛ/лекар-специалист по условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ за превишен брой на отчетените прегледи по диспансерно наблюдение; Проверки на лекари в ЛЗ за ПИМП назначили МДИ на ЗОЛ, което не е в пациентската листа на ОПЛ; Проверки на непроверявани ИМП; Проверки по жалби и сигнали на ЗОЛ, изпълнители на извънболнична медицинска помощ, институции и други.; Проверки на отчетена дейност в период на използване на обезщетения от НОИ за временна неработоспособност, временна намалена неработоспособност или майчинство.

Контрол на изпълнението на договорите за извънболнична дентална помощ, през отчетният период е с обхват: Тематични проверки на лекари по дентална медицина с реализирани най-високи приходи по РЗОК през 2019 г. и 2020 г.; Проверка на лекари по дентална медицина на база анализ на изпълнение на договорите в ПИДП и СИДП по видове дейности в РЗОК, надвишаващи средното за страната; Проверки на лекари по дентална медицина от лечебни заведения за извънболнична дентална помощ с отчетен надвишен обем дейности на ЗОЛ за 2019 г. и 2020 г. в една и/или различни РЗОК; Проверки на лекари по дентална медицина от лечебни заведения за извънболнична дентална помощ, с промяна в статус на зъб на ЗОЛ.; Контрол по изпълнение на договорената и отчетената по вид и обем дентална помощ; Контрол на непроверявани лечебни заведения за извънболнична дентална помощ; Проверка на лекари по дентална медицина, с надвишено времетраене на отчетени и заплатени дейности по договор с НЗОК; Извършване на проверки по жалби и сигнали на ЗОЛ, изпълнители на дентална помощ, институции и други; Проверки на отчетена дейност в период на използване на обезщетения от НОИ за временна неработоспособност, временна намалена неработоспособност или майчинство.

През 2020 г. са наложени санкции „прекратяване на договор“ с НЗОК на основание чл.59, ал.11 от ЗЗО, чл.152 от НРД за денталните дейности за 2020 г. и чл.407 от НРД за медицинските дейности за 2020 – 2022 г, при отчитане на дейност, която не е извършена, за периода от 01.01.2020 г. до 31.12.2020 г. на 9 изпълнители на извънболнична медицинска и дентална помощ (5 бр. изпълнителя на медицинска помощ и 4 бр. изпълнителя на дентална помощ). С участието на експерти от дирекция КАПДЗЗО е наложена санкция „прекратяване на договора“ през 2020 г. на 1 изпълнител на извънболнична дентална помощ при отчитане на дейност, която не е извършена.

През същия период на 2019 г. са прекратени 48 договора поради влязла в сила санкция „прекратяване на договора“ при отчитане на дейност, която не е извършена (19 бр. изпълнителя на медицинска помощ и 29 бр. изпълнителя на дентална помощ).

За периода 01.01.2020 г. – 30.12.2020 г. са извършени с участието на експерти от дирекция КАПДЗЗО проверки на 393 ИМП и ИДП (от тях 245 бр. самостоятелни проверки):

- в лечебни заведения за ПИМП – 40 бр. проверки (от тях 33 бр. самостоятелни проверки);
- в лечебни заведения за СИМП – 40 бр. проверки (от тях 34 бр. самостоятелни проверки);
- в лечебни заведения за ПИДП и СИДП – 313 бр. проверки (от тях 178 бр. самостоятелни проверки).

Констатиран са нарушения при 343 проверки, което представлява 87% от извършените съвместни и самостоятелни проверки. Сумите от издадените заповеди за санкции от извършените самостоятелни проверки са в размер на 83 070.00 лв., което представлява ръст от 69%

спрямо същия период на миналата година. Сумите за възстановяване, в резултат на извършените самостоятелни проверки са в размер на 16 818,01 лв., което представлява ръст от 41% спрямо същия период на миналата година.

Най-често констатирани нарушения при извършените проверки на изпълнители на извънболнична медицинска помощ на разпоредбите на НРД са: Нарушения на условията и реда за оказване на извънболничната медицинска помощ по диспансерно наблюдение на ЗОЛ; Нарушения на условията и реда за оказване на извънболничната медицинска помощ при осъществяване на профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст; Нарушения на условията и реда за оказване на извънболничната медицинска помощ по програма „Детско здравеопазване“; Нарушения на установените изисквания за работа с първични медицински документи от изпълнителите на ПИМП и СИМП; Нарушение на установените изисквания за работа с медицинска документация с изключение на случаите на явна фактическа грешка, в т.ч. несъздаване и несъхранение на здравно досие на ЗОЛ; Нарушения на изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане.

През отчетния период извършените проверки на лечебни заведения за извънболнична дентална помощ са с фокус: -Проверки на лекари по дентална медицина от лечебни заведения за извънболнична дентална помощ с отчетен надвишен обем дейности на ЗОЛ за 2019 г. и 2020 г. в една и/или различни РЗОК; Проверки на лекари по дентална медицина от лечебни заведения за извънболнична дентална помощ, с промяна в статус на зъб на ЗОЛ; Проверки на лекари по дентална медицина, извършили и отчетили повторно дентални дейности извън срока от 12 последователни месеца от датата на извършване на дейността; Проверки на лекари по дентална медицина, отчетили дейност по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена горна/долна челюст, при ЗОЛ на възраст от 65 до 69 години, включително по НРД за 2020-2022 за денталните дейности и НРД за 2018 за денталните дейности.

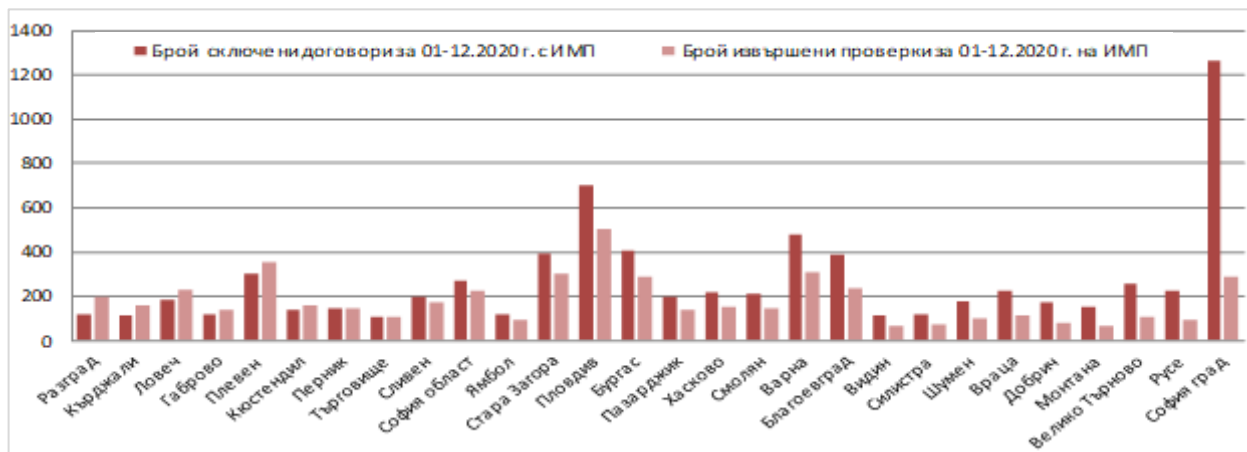
Най-често констатирани нарушения при извършените проверки на изпълнители на извънболнична дентална помощ на разпоредбите на НРД са: Нарушения свързани с посочване на неверни данни от изпълнителите на дентална помощ в медицинската и отчетна документация; Нарушения свързани с неспазване на изискванията, за извършен обстоен преглед със снемане на орален статус на ЗОЛ при първо посещение за съответната календарна година при изпълнителите на извънболнична дентална помощ; Нарушения по отношение на договорените по вид и обем дентални дейности; Нарушения в критериите за качество в извънболничната дентална помощ при установено несъответствие в орален статус на ЗОЛ и отчетените дейности.

Във връзка с предоставена информация с вх. №14-01-44/31.07.2020 г. от НОИ бяха изпратени писма до РЗОК, с приложени списъци на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ /ИМП/ и лекари по дентална медицина за извършване на проверки на отчетена дейност в период на използване на обезщетения от НОИ за временна неработоспособност, временна намалена неработоспособност или майчинство за периода от 01.03.2020 г. до 29.07.2020 г. Проверени са изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ и лекари по дентална медицина в 25 РЗОК, като в три от тях РЗОК – Видин, Силистра и Шумен няма отчетена дейност от ИМП и ИДП в период на използване на обезщетения от НОИ за временна неработоспособност, временна намалена неработоспособност или майчинство. Проверени са 138 изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП), 77 изпълнители първична извънболнична дентална помощ (ПИДП) и 4 изпълнители специализирана извънболнична дентална помощ (СИДП). Наложените санкции са в размер на 33 376,00 лв. Съставените и връчени Протоколи за неоснователно получени суми по чл. 76а, ал. 1 от ЗЗО са на стойност 57 626,89 лева, а Протоколите за неоснователно получени суми по чл. 76б от ЗЗО са на стойност 59 376,32 лв.

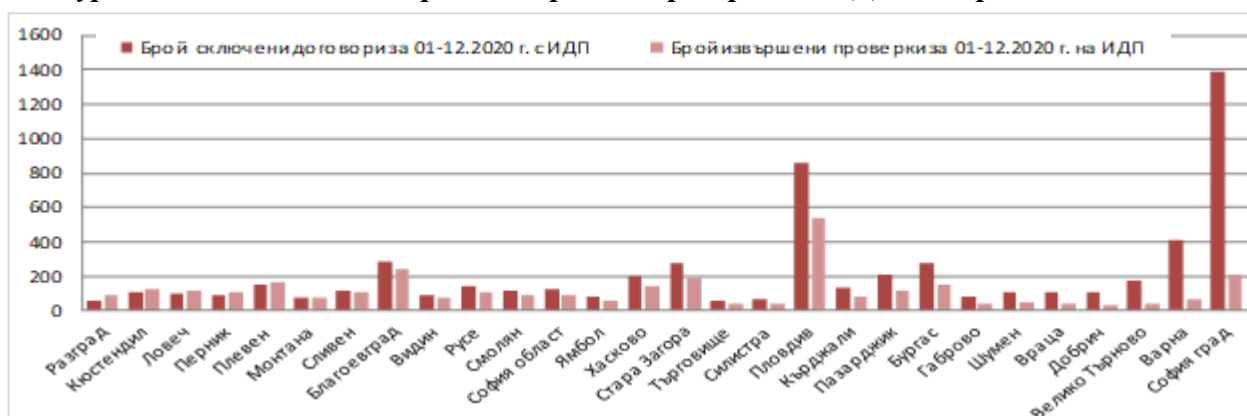
Таблица 39. Брой сключени договори и извършени проверки на изпълнители на извънболнична помощ по вид проверка и по вид изпълнител м.1-м.12.2020 г.

Показатели	ПИМП	СИМП и МДД	КДН	ДП
Сключени договори	3 728	3 796	14	6 023
Извършени проверки	2 451	2 599	1	3256

Фигура 48. Сключени договори и извършени проверки на ИМП за периода 01-12.2020 г.



Фигура 49. Сключени договори и извършени проверки на ИДП за периода 01-12.2020 г.



За 2020 г. извършените проверки, отнесени към броя сключени договори на изпълнители на дентална помощ са 71% средно за страната, като в РЗОК – Разград, РЗОК – Кюстендил и РЗОК- Ловеч са извършени най-голям брой проверки съпоставени с броя на сключените договори. Най-малък процент на извършени проверки спрямо сключени договори е РЗОК – София столична и РЗОК – Варна. Съвместните проверки с НЗОК на изпълнители на дентална помощ са 4% от всички извършени проверки в ДП, като най-голям е делът на съвместните проверки в РЗОК – Бургас 20% и РЗОК – Варна – 21%. Извършените проверки, отнесени към броя на сключените договори на изпълнители на медицинска помощ са 78% средно за страната като с най-малък процент на извършени проверки спрямо сключени договори са РЗОК – София столична – 21%.

От извършените проверки на изпълнители на медицинска и дентална помощ през 2020 г. при 5 520 от тях са установени нарушения, а при 3 253 от проверките има установени суми за възстановяване.

Най-често установяваните нарушения от изпълнители на извънболнична медицинска помощ, са както следва:

Таблица 40.

Вид нарушение	Брой
Нарушение на установените изисквания за работа с медицинска документация с изключение на случаите на явна фактическа грешка, в т.ч. несъздаване и несъхранение на здравно досие на ЗОЛ.	4 417
Нарушения на условията и реда за оказване на медицинска помощ по диспансерно наблюдение на ЗОЛ.	1588
Нарушения на условията и реда за оказване на медицинска помощ по профилактика на ЗОЛ над 18 г.	605
Прегледи, МДИ, ВСМДИ и ВСМД по време на хоспитализация на ЗОЛ и извършени прегледи и дейности на ЗОЛ в извънболничната медицинска помощ в 30-дневния период след дехоспитализация, с изключение на случаите по чл. 349, ал. 2 от НРД 2020-2022 за МД.	599

Най-често срещаните нарушения извършени от изпълнители на извънболнична дентална помощ, са както следва:

Таблица 41.

Вид нарушение	Брой
Посочване на неверни данни в отчетите на лечебните заведения за дентална помощ, изискуеми по договора.	966
Неспазване на изискванията, за извършен обстоен преглед със снемане на орален статус на ЗОЛ при първо посещение за съответната календарна година при ИДП	822
Нарушение на установените изисквания за работа с медицинска документация с изключение на случаите на явна фактическа грешка, в т.ч. несъздаване и несъхранение на здравно досие на ЗОЛ.	797
Нарушения по отношение на договорените по вид и обем дентални дейности.	792
Невписване на извършената дентална дейност в здравноосигурителната книжка на ЗОЛ.	342

При извършените проверки за 2020 г. в лечебните заведения за ИМП и ИДП от арбитражна комисия са разгледани 144 броя протоколи, броя отнесени констатации за разглеждане от Арбитражни комисии е 322, от които 137 броя констатации са потвърдени, 107 броя са отхвърлени, а броя на констатациите при равен брой гласове е 78. В сравнение с 2019 г. се отбелязва намаляване на броя на протоколите отнесени към арбитражни комисии с 47% , което показва подобрене в ефективността на контролната дейност. Значителен е дялът на арбитражните спорове, завършили с потвърждаване на констатациите от извършените проверки – 43%. За периода са извършени общо 245 броя самостоятелни проверки на изпълнители на извънболнична медицинска и дентална помощ (67 броя самостоятелни проверки на лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ и 178 броя самостоятелни проверки на лечебни заведения за дентална помощ). От арбитражни комисии, сформирани по реда на чл. 75 от Закона за здравното осигуряване са разгледани 8 броя протоколи, броя отнесени констатации за разглеждане от арбитражната комисия към РЗОК е 34 броя, от които 13 броя констатации са потвърдени, 16 броя са отхвърлени, а броя на констатациите при равен брой гласове е 5.

За констатираните нарушения на клаузите на сключените договори от всички проверки в лечебни заведения за ИМП и ИДП, за периода 01.01.2020 г. – 31.12.2020 г. са съставени протоколи от извършени проверки, изготвени заповеди за санкции и писмени покани за възстановяване на суми, получени без правно основание, след влизане в сила на заповедта за налагане на санкция. Сумите от издадените заповеди за санкции са в размер на 946 830.00 лв., което представлява общ спад от 33% спрямо същия период на миналата година. Сумите за възстановяване, в резултат на извършените съвместни и самостоятелни проверки са в размер на 289 201,66 лв., което представлява общ спад от 67% спрямо същия период на миналата година. Сумите от издадените заповеди за санкции от извършените проверки са в размер на 83 070.00

лв., което представлява ръст от 69% спрямо същия период на миналата година. Сумите за възстановяване, в резултат на извършените проверки са в размер на 16 818,01 лв. , което представлява ръст от 41% спрямо същия период на миналата година.

Таблица 42.

Брой извършени проверки, установени нарушения, глоби, санкции и начислени суми за възстановяване на изпълнители на извънболнична помощ по РЗОК за периода м. 01-12.2019 г. и м. 01-12.2020 г.								
НЗОК и РЗОК	Проверки в ИМП/ИДП м. 01-12.2019	Проверки в ИМП/ИДП м. 01-12.2020	Констатирани нарушения 01-12.2019	Констатирани нарушения 01-12.2020	Суми за възстановяване по протоколи от 2019 г.	Суми за възстановяване по протоколи от 2020 г.	Наложени санкции за периода 01-12-2019 г.	Наложени санкции за периода 01-12-2020 г.
Благоевград	1011	480	1 797	1 064	29 314,94	16 108,81	120 250,00	71 800,00
Бургас	620	439	1401	939	10 934,07	9 075,72	92 350,00	55 300,00
Варна	689	376	1 915	788	25 196,86	13 868,52	102 350,00	43 300,00
Велико Търново	419	152	893	293	7 179,28	4 818,43	47 350,00	16 250,00
Видин	272	144	738	319	18 408,31	9 961,31	26 070,00	19 050,00
Враца	270	157	630	373	12 424,65	14 562,70	28 750,00	25 250,00
Габрово	213	180	368	316	4 221,64	5 068,31	15 400,00	17 050,00
Добрич	244	118	327	400	7 549,41	16 092,51	13 780,00	8 000,00
Кърджали	332	239	1049	704	13 959,16	8 638,94	55 000,00	40 400,00
Кюстендил	350	285	526	283	6 810,13	8 975,30	26 850,00	20 410,00
Ловеч	594	352	585	463	12 716,90	11 495,88	42 523,40	27 235,00
Монтана	436	144	679	180	9 131,17	3 422,12	40 350,00	12 900,00
Пазарджик	370	260	758	596	90 049,49	14 379,57	34 950,00	35 500,00
Перник	420	255	419	148	11 461,68	16 893,76	23 800,00	23 100,00
Плевен	982	523	1120	598	20 070,45	7 029,34	12 450,00	50 760,00
Пловдив	1 844	1042	2 547	1 051	286 039,85	33 259,53	109 150,00	77 050,00
Разград	447	288	975	873	7 009,02	3 984,41	54 200,00	29 950,00
Русе	800	202	1103	387	30 802,49	8 218,15	64 240,00	26 370,00
Силистра	211	116	264	196	2 531,04	1 673,20	14 050,00	14 350,00
Сливен	360	278	564	414	8 921,61	5 313,60	33 375,00	30 080,00
Смолян	254	231	404	297	7 601,54	7 305,64	24 850,00	19 500,00
София град	708	498	488	539	168 791,84	18 260,13	52 080,00	68 780,00
София област	460	315	665	475	27 525,40	13 471,60	38 651,00	24 325,00
Стара Загора	760	494	2 219	1 252	13 370,26	4 571,94	121 285,00	87 430,00
Търговище	445	145	1159	314	5 672,67	4 036,42	72 230,00	21 760,00
Хасково	519	293	1167	718	16 948,33	11 394,95	68 010,00	55 530,00
Шумен	221	148	716	290	3 611,16	3 295,01	37 300,00	5 550,00
Ямбол	365	153	815	320	8 023,51	14 025,86	38 000,00	19 850,00
Общо:	14 616	8307	26 291	14 590	866 276,86	289 201,66	1 409 644,40	946 830,00

На предварителен контрол при извънболничната медицинска и дентална помощ за периода са отпаднали суми за заплащане в размер на 4 176 396.34 лв. или 8% повече, сравнено 2019 г., където са в размер на 3 856 944.30 лв.

Контролът по предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, е осъществяван чрез 1 314 проверки, като 97.5% са завършили с констатирани нарушения. Предложени са санкции в размер на 12 9510 лв. Извършените проверки през 2020 г. са по-малко с 504 бр. от извършените през 2019 г. 1 818 бр. Предложените санкции са 36 405 лв. по малко от предложените през 2019 г. в размер на 165 915 лв.

Най-често срещаните нарушения по предписване на лекарства са: неспазване на посочените ограничения в предписването при различни индикации на Приложение № 1 на Позитивния лекарствен списък; дублиране на предписанията в рамките на срока, за който са предписани лекарствените продукти за едно МКБ; изписване на повече от 3 броя лекарства за едно МКБ; предписване на количества над регламентирани в лекарствения списък; неспазване критериите и програмите за лечение на хронично болни.

Контролът по отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, е осъществен чрез 177 съвместни проверки, като 73% са завършили с констатирани нарушения. Предложените санкции са в размер на 32 810 лв. Констатирани са суми за възстановяване в размер на 48 652,48 лв.

За същия период на 2019 г. са извършени 173 бр. съвместни проверки по отпускане на лекарствени продукти, с предложени санкции в размер на 33 840 лв. Констатирани са суми за възстановяване в размер на 3 050,27 лв. Проверките са повече с 4 бр. от същия период на 2019 г., като предложените санкции са по-малко с 1 030 лева.

През 2020 г. контролните органи към РЗОК са извършили 2 981 проверки по отпускане на лекарствени продукти в аптеки, което е с 504 броя проверки по-малко спрямо 2019 г. при действащи 2 254 договори с аптеки. Наложените санкции през 2020 г. /367 500 лв./ са намалели с 43% спрямо наложените през 2019 г. – 646 570 лева. Установените суми за възстановяване са намалени с 5% в сравнение с 2019 г.

Отпадналите суми на предварителен контрол по отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели в са както следва:

Таблица 43.

РЗОК	Свалени суми на предварителен контрол аптеки 2019 г.	Свалени суми на предварителен контрол аптеки 2020 г.
РЗОК Благоевград	12634,44	16726,72
РЗОК Бургас	15970,15	22873,11
РЗОК Варна	31085,51	53056,17
РЗОК Велико Търново	2388,77	2560,07
РЗОК Видин	3707,14	4711,76
РЗОК Враца	3965,77	6747,63
РЗОК Габрово	230,26	1393,35
РЗОК Добрич	9711,03	9013,33
РЗОК Кърджали	11355,64	13584,67
РЗОК Кюстендил	8717,19	8944,24
РЗОК Ловеч	5369,64	10022,66
РЗОК Монтана	4005,47	18034,2
РЗОК Пазарджик	12926,9	10865,43
РЗОК Перник	7633,28	7612,92
РЗОК Плевен	19170,86	28050,86
РЗОК Пловдив	28167,99	43025,47
РЗОК Разград	8945,21	8098,05
РЗОК Русе	22269,5	22378,28
РЗОК Силистра	6931,6	18311,77
РЗОК Сливен	16358,48	12178,96
РЗОК Смолян	1068,36	1082,06
РЗОК София – град	704,99	16142,87
РЗОК София – област	10690,39	69084,38
РЗОК Стара Загора	25213,85	35887,89
РЗОК Търговище	2914,97	1627,47
РЗОК Хасково	25040,62	40252,57
РЗОК Шумен	15806,46	18553,87
РЗОК Ямбол	3639,1	5426,74
Общо	316 623,57	506 247,50

Отпадналите суми на предварителен контрол по отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели в аптеки през 2020 г. бележи ръст от 60% сравнено със същия период на 2019 г., което е показател за ефективността на осъществения предварителен контрол през 2020 г.

През 2020 г. констатирани са 4 474 броя нарушения на изискванията на индивидуалния договор. Най-често срещаните от тях са: Изпълнени рецептурни бланки в нарушение изис-

кванията на чл.6, ал.1 от ИД 2019; Изпълнителят не попълва задължителните данни в рецептурната бланка в момента на отпускане на лекарствените продукти – чл. 13, ал. 4 от ИД 2019; Изпълнителят не предоставя рецептурната бланка за подпис на приносителя – чл. 13, ал. 5 от ИД. Най-чувствително намаляха нарушенията по предписване и отпускане на лекарства, за които има ограничения в предписването в ПЛС /BF195 DuoPlavin, BF241 Brilique, Nebivolol и др. Ограничи се полипрагмазията, свързана с предписване и отпускането на ЛП за лечение на повече от едно заболяване с ЛП от една химиотерапевтична група. Дублираното отпускане на лекарствените продукти, съобразно новите изисквания в ИД 2019 г.

Контрол по жалби, сигнали и спазване правата на здравноосигурените лица

Общия брой на постъпилите писма, жалби и сигнали в НЗОК и РЗОК за периода 01.01.-31.12.2020 г., касаещи изпълнители на извънболнична, болнична и дентална помощ и аптеки са 1 268 бр. в това число в НЗОК – 630 бр. и в РЗОК – 638 бр., по видове изпълнители както следва:

Таблица 44.

Изпълнители на медицинска помощ	НЗОК 2020 г.	НЗОК 2019 г.	2020 г./ 2019 г.
БМП	220 бр.	223 бр.	-1,35%
ПИМП	163 бр.	124 бр.	31,45%
СИМП	97 бр.	92 бр.	5,43%
ДП	22 бр.	36 бр.	-38,89%
АПТЕКИ	67 бр.	21 бр.	219,05%
МДЛ	12 бр.	7 бр.	71,43%
Други /спешна помощ, ТЕЛК и др./	49 бр.	15 бр.	226,67%
ОБЩО	630 бр.	518 бр.	21,62%

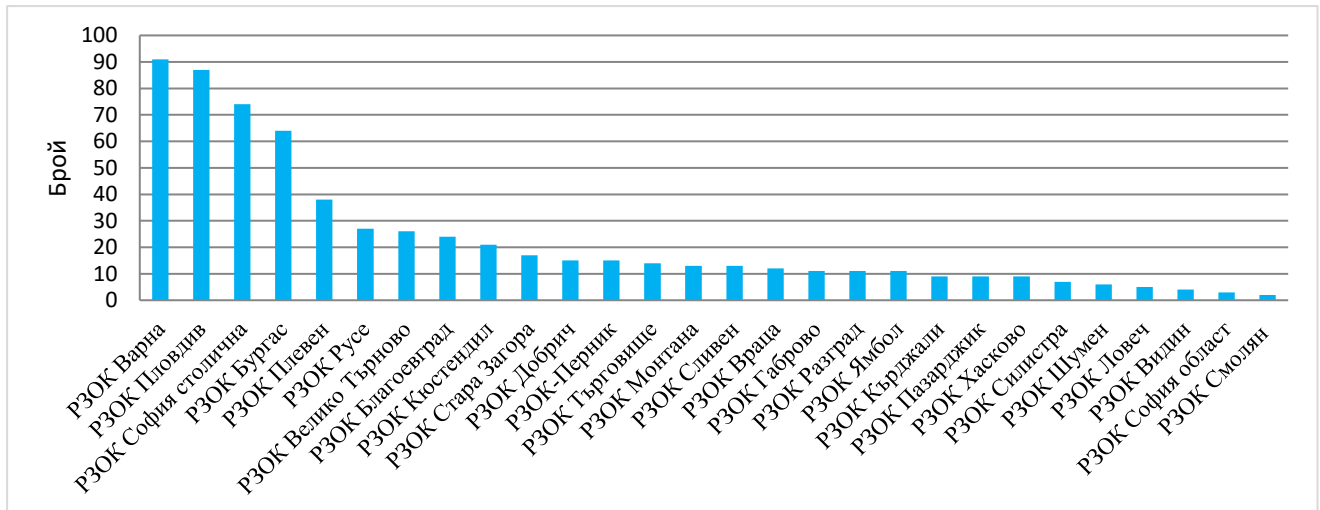
Най съществено увеличение на постъпилите писма, жалби и сигнали се наблюдава при изпълнителите на Аптеки, МДЛ и ПИМП. При изпълнителите на ДП се отбелязва намаление с 38,89%. Най-голям брой писма, жалби и сигнали в ЦУ на НЗОК през 2020 г. са регистрирани през месеците: ноември – 75 бр.; юни. – 74 бр. и януари – 61 бр. Изразено в процентно отношение тези три месеца формират 33,33% от общо постъпилите жалби и сигнали. За посочените три месеца най-много жалби и сигнали са срещу лечебни заведения за болнична медицинска помощ – 74 броя, което е 35,23%. Най – голям брой писма, жалби и сигнали регистрирани в ЦУ на НЗОК са за лечебни заведения на територията на следните РЗОК:

Таблица 45.

РЗОК	НЗОК 2020 г.	НЗОК 2019 г.
РЗОК София столична	282 бр.	185 бр.
РЗОК Пловдив	35 бр.	22 бр.
РЗОК Варна	28 бр.	28 бр.

Изразено в процентно отношение тези три РЗОК през 2020 г. формират 54,76% , спрямо останалите РЗОК. От общо постъпилите жалби регистрирани в РЗОК през 2020 г. показани 55,49% са в: РЗОК Варна – 91 бр. – 14,26%; РЗОК Пловдив 87 бр. – 13,64%; РЗОК София столична – 74 бр. – 11,60%; РЗОК Бургас – 64 бр. – 10,03%; РЗОК Плевен – 38 бр. – 5,96%, при следната динамика за страната.

Фигура 50. Постъпили жалби в РЗОК



Най- често жалбите/сигналите са относно:

Изпълнители на ПИМП: грубо, арогантно отношение към пациентите; отказ за достъп до медицинска помощ от ОПЛ; отказ за издаване на направление бл. МЗ-НЗОК № 3 и бл. МЗ-НЗОК № 4 за PCR тест; неспазване на работното време от ОПЛ; неправомерно изисквана такса издаване на болничен лист и неиздаване на касов бон; ЗОЛ нямат достъп до ОПЛ, поради невдигане на телефона.

- Изпълнители на БМП: неправомерно поискани суми от ЗОЛ, които са гарантирани от бюджета на НЗОК; отчетени, но неизвършени дейности; неудовлетвореност от качеството на предоставените медицински услуги.

- Изпълнители на СИМП: неправомерно поискано заплащане за преглед, при предоставено медицинско направление, бл. МЗ-НЗОК № 3; отчетени, но неизвършени дейности; неиздаден амбулаторен лист след преглед.

- Изпълнители на ДП: неудовлетвореност от качеството на оказаната дентална помощ; несъответствие между извършени и вписани в ЗОК дейности; неправомерно заплащане на дентална помощ.

- Аптеки: отказ от отпускане на лекарствени продукти.

- Изпълнители на МДЛ: заплащане или доплащане на дейност напълно или частично платена от НЗОК.

За периода от 01.01.2020 г. до 31.12.2020 г. са извършени общо 66 броя проверки по контрол по изпълнение на договорите на лечебни заведения за болнична и извънболнична медицинска помощ свързани с жалби и сигнали. От извършените 66 броя проверки за анализиран период, 44 броя са с констатирани нарушения, което е 66,7%. За периода са издадени 22 броя Заповеди за налагане на санкция „финансова неустойка“ в размер на 55 500.00 лв. , в т. ч. 5 броя в размер на 8 200.00 лв. за проверки извършени през 2019 г. Писмени покани 38 броя в размер на 1 557 126,11 лв., в т.ч. 3 броя в размер на 1 115 361,10 лв. за проверки извършени през 2019 г.

Постъпили са жалби и сигнали от ЗОЛ за неказана спешна помощ или неудовлетвореност от оказаната спешна помощ. Същите са насочени за разглеждане по компетентност към Изпълнителна агенция „Медицински надзор“. Постъпили са писма от работодатели, относно съмнения за правомерността на издадените болнични листа за временна нетрудоспособност. Същите са насочени за разглеждане по компетентност към съответната РЗИ. Постъпили са писма от МВР и неговите подразделения, с които се изисква предоставяне на информация относно извършени проверки. Същите са предоставени в законоустановения срок. Постъпили са писма от ДАНС, МВР и подразделения с искане за извършване на проверки на определени ЗОЛ.

Запазва се тенденцията лечебните заведения да продължават да допускат/извършват и през 2020 г. същите нарушения които са допускали през предходния период.

Допусканите нарушения особено касаещи нарушаване правата на пациента (неправомерно поискани суми от ЗОЛ, които са гарантирани от бюджета на НЗОК; отчетени, но неизвършени дейности; неудовлетвореност от качеството на предоставените медицински услуги и др.) налагат становище за предприемане на нормативни промени в ЗЗО относно:

- Прилагане на механизъм позволяващ при установяване на неправомерно изисквана потребителска такса от ЗОЛ по чл.37, ал.1, 2 и 4, лечебните заведения за болнична, извънболнична и дентална да се задължат да възстановят на ЗОЛ взетите неправомерно суми.

- Прилагане на механизъм позволяващ при установяване при установяване на неправомерно изискани суми за дейности, които са гарантирани от бюджета на НЗОК, лечебните заведения за болнична, извънболнична и дентална да се задължат да възстановят на ЗОЛ взетите неправомерно суми.

- Прилагане на механизъм позволяващ при установяване при установяване на неправомерно изискани суми за медицински изделия, лекарствени продукти, консумативи и други, лечебните заведения за болнична, извънболнична и дентална да се задължат да възстановят на ЗОЛ взетите неправомерно суми.

▪ ДМСГД

Към 31.12.2020 г. в страната функционират 12 домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД). В изпълнение на ангажиментите на Министерство на здравеопазването по Плана за действие към Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България”, с Постановление № 305 от 05.12.2019 г. на Министерския съвет за структурни промени в системата на здравеопазването, от 01.01.2020 г. е закрит ДМСГД – Видин и е създаден Център за комплексно обслужване за деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ) – Видин. С Постановление № 4 от 17.01.2020 г. на Министерския съвет, считано от 01.02.2020 г. е създаден Център за комплексно обслужване за деца с увреждания и хронични заболявания – Бургас.

През 2020 г. бяха предприети действия за закриване на 8 ДМСГД, като беше подготвен проект на Постановление на Министерски съвет за структурни промени в системата на здравеопазването, с който ДМСГД-Благоевград, ДМСГД-Бургас, ДМСГД-Бузовград, ДМСГД-Добрич, ДМСГД-Дебелец, ДМСГД „Свети Иван Рилски“ гр. София, ДМСГД-Сливен и ДМСГД-Хасково. С ПМС № 30/01.02.2021 г. същите бяха закрити, считано от 15.02.2021 г., като на тяхно място са създадени 7 ЦКОДУХЗ и е разширен капацитетът на ЦКОДУХЗ-Бургас.

▪ Психиатрична мрежа

През 2020 г. в страната функционират 12 Държавни психиатрични болници с 2 114 легла, от които 1 634 за активно лечение и 480 за продължително лечение. На тях са проведени 571 117 леглодни от 8 786 болни. И през тази година ЦПЗ са 12 с 1010 легла за активно лечение като на тях са били приети 13 727 болни с 329 575 леглодни. Както и през миналата година клиниките и отделенията към МБАЛ са 22 с 829 легла за активно лечение. През тях са преминали 11 904 болни с 217 078 проведени леглодни.

На местата за краткотраен престой в ДПБ, ЦПЗ и клиниките и отделенията на многопрофилните болници за активно лечение са обслужени 12 117 болни за 2020 г.

През последните години се наблюдава тенденция на нарастване на броя на посещенията на рехабилитационни курсове чрез трудотерапия, арттерапия и др., но през последната година този брой намалява на 54 512.

■ Трансплантации

През 2020 г. са извършени общо 29 органни трансплантации, от които 22 бъбречни, 6 чернодробни, 1 сърдечна. За сравнение през 2019 г. са извършени общо 53 трансплантации, през 2018 г. – 44 и през 2017 г. – 58. Общият брой на донорите е 25, от които 11 са живи донори и 14 трупни. От трупните донори на органи 4 са реализирани, а 10 нереализирани, поради медицински противопоказания или отказ на близките на донора. Осъществените трансплантации на тъкани и клетки са 861, от които 119 автоложни и 742 алогенни трансплантации. Общият брой на лицата, включени в служебния регистър за трансплантация на органи, към 31.12.2020 г. е 1101, от които 134 са включени през годината. В регистъра са включени и 4 028 лица за тъкани и клетки, от които 418 през 2020 г.

През 2020 г. са извършени 1 946 имунологични изследвания, свързани със служебния регистър на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“, от които 133 са за включване в регистъра и 1 813 са за актуализиране на статута на включените в него.

За 2020 г. изследванията в следтрансплантационния период през първата година от трансплантацията са 1 467, а наблюдаваните лица 190. Изследванията в следтрансплантационния период през всяка следваща година от трансплантацията са 5 178, а лицата са 808.

2.5.6. Лечебни заведения за лечение на пациенти с опиева зависимост и програми за психосоциална рехабилитация

■ Програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти

Към края на 2020 г. в страната функционират 29 програми за лечение с опиев агонисти и агонисти-антагонисти, с общ капацитет 3 874 лечебни места, от които 3 700 за лечение с Метадон хидрохлорид, 158 за лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол) и 16 места за лечение с Бупренорфин хидрохлорид. Общо заетите места към дата 31.12.2020 г. са 3 031, от които 2 936 на лечение с Метадон хидрохлорид, 95 на лечение с Морфин сулфат пентахидрат (Субститол), няма заети места за лечение с Бупренорфин хидрохлорид. Териториално програмите са разположени в 13 областни града или в 48% от областните градове.

Броят разрешени лечебни места в програмите е определен с „разрешение за осъществяване“ на всяка програма за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди, издадено от Министерство на здравеопазването, по реда на Наредба № 2 от 2012 г. Броят на разрешените лечебни места е въз основа на заявен капацитет от ръководителите на програмите, а броят на заетите лечебни места е реално заетият капацитет от резиденти в програмите.

Количествени показатели за функциониране на програмите.

В Таблица 46 е отразен капацитетът разрешени места и реално заетите места във всички програми, през последните две години 2019 г.-2020 г.

Таблица 46.

Година	Функциониращи програми	Капацитет места	Общо заети места
2019 година	30 програми	4 102 места	3 072 места (75%)
2020 година	29 програми	3 874 места	3 031 места (78%)

Данните показват намаляване на броя на разрешените лечебни места за 2020 г. спрямо предходната 2019 г. и намаляване на броя на програмите. Намалява и броят на реално заетите места, но процентно заетите лечебни места са се увеличили.

Държавните и/или общинските програми са 9 както през 2019 г., така и през 2020 г., но разрешените лечебни места намаляват със 100. Капацитетът на разрешените лечебни места за

този вид програми за 2020 г. е 1 235, за 2019 г. е бил 1 335, което означава 100 безплатни места за лечение на опиатна зависимост по-малко.

Броят на програмите без държавно и/или общинско участие през 2020 г. намалява с една и остават да функционират 20. Капацитетът на разрешените лечебни места на програмите без държавно и/или общинско участие за 2020 г., общо за Метадон хидрохлорид и Субститол е 2 639, за 2019 г. е бил 2 767, т.е. разрешените места са със 128 по-малко.

Общият брой пациенти, приети на лечение в програмите за лечение с опиев агонисти и агонисти-антагонисти за 2020 г. е 843, за 2019 г. е бил 845 пациенти. Трябва да се отбележи, че приети пациенти не означава, че са нови пациенти, приети за първи път в такъв тип програми. Съгласно разглежданите годишни отчети за 2020 г., на програмите за лечение с опиев агонисти и агонисти-антагонисти, регистрираните смъртни случаи са 44 (37 по здравословни причини и 7 от друг характер), отчетени в 17 програми. Това е 1,4% от общия брой пациенти в програмите. Няма данни за пациенти, починали от свръхдоза през 2020 г., както и през 2019 г. Включените на лечение с опиев агонисти и агонисти-антагонисти са най-много във възрастов диапазон: 35-45 г. Общият брой на работещите пациенти в програмите за 2020 г. е 2 127 (70% от общия брой пациенти, от тях 52% са с постоянна заетост, а 18% са с временна). Като здравно осигурени в годишните отчети са посочени общо 2 038 пациента за 2020 г. (67% от общия брой). Трябва да се отбележи броя на пациентите с двойна диагноза, които са 51% от общия брой. От тях 24% от общия брой са с други психични разстройства, а 27% от общия брой са със соматични заболявания. Общо 168 (6% от общия брой) пациента през 2020 г. са извършили криминални деяния по време на лечението си в програмите.

Основен проблем за функционирането на програмите е влошаващото се финансово състояние на резидентите, които губят работата си в условията на извънредна ситуация. Невъзможността да се продължи лечението означава, че тези хора остават „на улицата“ без медицинска подкрепа и с повишена криминална активност, като намалява ефективността както в лечебна и социална перспектива.

Анализът на данните от годишните отчети за 2020 г., на програмите за лечение с опиев агонисти и агонисти-антагонисти, показват, че въпреки трудностите в дейността им в условията на пандемия от COVID – 19, програмите продължават да работят и да са най-достъпният вариант за лечение на опиатно зависими пациенти. Данните от отчетите за изминалата година показват устойчиво ниво на заетост на лечебните места, устойчиво ниво на работна заетост, здравна осигуреност, ниска смъртност, липса на такава от свръхдоза и ниско ниво на криминална активност. Лечението в програмите за лечение с опиев агонисти и агонисти-антагонист се явява основно средство за намаляване на разпространението на кръвнопреносими болести, свързани с инжекционната употреба и подобряване на здравето, психологичното и социалното функциониране на пациентите и техните семейства.

■ **Програми за психо-социална рехабилитация на хора със зависимости**

На територията на България към 2020 г. функционират общо 14 програми за психо-социална рехабилитация (ППСР), които имат издадено съгласие по реда на Наредба № 8 от 07.09.2011 г. за условията и реда за осъществяване на програми за психо-социална рехабилитация на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества. Всички програми с изключение на програмите, осъществявани в Центровете за психично здраве (ЦПЗ) и програмата към Държавната психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм (ДПБЛНА), имат задължително регистрация към Агенция социално подпомагане (АСП) като доставчици на социални услуги. Девет от програмите са резиденциални, а нерезиденциалните програми са пет.

Капацитетът на програмите за психо-социална рехабилитация през 2020 г. е 333 места. Броят на постъпилите пациенти за дванадесет месечния период е 702 лица., от които успешно завършили са 414 (59%). В годишните доклади на ППСР се идентифицират следните проблемни области, свързани с дейността на програмите:

- липса на места, където да се провежда детоксификация;

- недостатъчна финансова подкрепа от страна на държавата, което води до ограничен достъп до програмите за психо-социална рехабилитация и до ранно напускане на програмите;
- лоши битови условия, в които функционират програмите;
- трудно сътрудничество с държавните служби и липса на координация с медицински служби и органи на реда;
- липса на координация между клиничните служби и психиатричните заведения при пациенти с психична коморбидност;
- неангажираност на семейството в процеса на възстановяване на техния близък породени от липса на информираност;
- относно психическите аспекти на зависимостта, съзависимост, нереалистично очаквания на семейството относно програмите за психо-социалната рехабилитация;
- липса на държавно финансиране, което да обезпечи участието в програми за психо-социална рехабилитация на хора с алкохолна, хазартна и интернет зависимост;
- невъзможност да се обезпечат финансово дейности на пациентите/клиентите за придобиване на професионална квалификация;
- затруднения в организирането на мероприятия за създаване на социални контакти, поради финансови затруднения;
- липса на достатъчно средства за придобиване на професионална квалификация;
- проблеми възникнали поради пандемичната обстановка – смъртни случаи на клиенти от програмата и смъртни случаи на близки на клиенти от програмата, влошаване на икономическото състояние на клиентите и изостряне на взаимоотношенията в семейството, затруднена адаптация на екипа към общуване с клиентите посредством телефонни обаждания и онлайн връзка;
- намаляване на броя на опитните специалисти в екипа и липса на подготвени кадри, липса на ясна държавна политика за грижа за зависимите в условията на пандемия;
- липса на супервизия;
- затруднения в професионалната реализация и продължаването на образованието, породени от стигмата към зависимите в обществото;
- преждевременно напускане на програмата на работещите пациенти/клиенти поради изчерпване на възможността за взимане на отпуски и болнични;
- трудност при намирането на работа на пациентите/клиентите;
- затруднение на екипа за справяне в случаите на демотивация и/или агресия от страна пациентите/клиентите;
- липса на психо-социална подкрепа в периода на ремисия;
- трудности по време на работата с клиенти на програмата – агресивно поведение и трудности с дисциплината, ниска мотивация за лечение.

Остава устойчива тенденцията да се увеличава относителният дял на лицата злоупотребяващи или зависими към алкохол.

Налице е промяна в профила на употреба на лицата, постъпили в програми по психо – социална рехабилитация спрямо 2019 г. Отчетено е увеличение на относителния дял на лицата постъпили с диагностицирана употреба на множество вещества и лек спад на лицата с опиатна зависимост спрямо 2019 г. Намалява относителният дял на лицата, злоупотребяващи или зависими от синтетични наркотици и марихуана. Увеличил се е относителният дял на лицата употребяващи кокаин.

2.5.7. Спешна медицинска помощ

Основните приоритети и мерките за подобряване на условията и осигуряване на равнопоставен достъп на гражданите до спешна медицинска помощ в съответствие с най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, достатъчност, качество и безопасност са заложи в Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020 г. и в Националната здравна стратегия 2020. Те са свързани с подобряване на структурата и материално-техническа обезпеченост, осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси, осигуряване на ефективна организация, координация и управление и гарантиране на финансовата устойчивост на системата за спешна медицинска помощ.

За подобряване на материалната база през 2020 г. продължи реализацията на дейности по големия инвестиционен проект BG16RFOP001-4.001-0001 „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ”, по който ще се осъществи изграждане на нови, обновяване и реконструкция на старите сгради, в които са разположени центровете за спешна медицинска помощ и цялостна подмяна на автопарка и медицинското оборудване в него. Министерството на здравеопазването, в качеството си на конкретен бенефициент по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020, продължи и изпълнението на проект № BG05M9OP001-3.007-0001 „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“, с основна цел подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ чрез инвестиции в човешкия капитал.

През 2020 г. са осъществени дейности по диагностика и лечение на спешни състояния, като приетите повиквания са 729 602, а изпълнените повиквания от екипите на ЦСМП са 698 293 или 95,7% от приетите повиквания. Извършените амбулаторни прегледи през 2020 г. са 446 704, а извършените реанимации са 3 259.

Част от дейностите в системата продължават да са свързани с осигуряването на специализиран медицински транспорт за републикански консултанти, кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура между лечебните заведения за оказване на спешна медицинска помощ, както и транспорт за спешно болни с показания за наземен и въздушен транспорт от реанимационен екип от/между лечебни заведения в страната и чужбина. Осъщественият транспорт за републикански консултанти през 2020 г. в брой е 402, като показва леко увеличение в сравнение с предшестващите години. Осъщественият специализиран транспорт за кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура е 2 107 при 2 931 броя през предходната година. През 2020 г. са осъществени 9 334 транспорта на спешно болни до лечебни заведения за болнична помощ, като тук се включва транспорт от лечебни заведения за болнична помощ с по-ниско ниво на компетентност към такива с по-високо. Незначителен е броят на осъществения медицински въздушен транспорт за нуждите на спешна медицинска помощ за периода – 6 броя, а броят на случаите на транспортирани български граждани извън страната – 4.

През 2020 г. системата за спешна медицинска помощ продължава да изпълнява значителна по обем дейност, която не попада в обхвата на конкретната дейност по оказване на спешна медицинска помощ, като и при тези показатели се наблюдава спад. През годината са взети 2 474 проби за алкохол, при 3 172 бр. през 2019 г., 2 825 броя са транспортите на трупове, подлежащи на съдебно-медицинска експертиза, от мястото на произшествието до съответното лечебно заведение за болнична помощ, в случаите на инцидентно настъпила смърт на обществени места, при 2 790 бр. през 2019 г.

2.5.8. Качество и ефективност на медицинската помощ и безопасност на пациента

За отчетния период ИАМН е осъществила контрол чрез извършване на проверки в 349 подконтролни обекта, с обхват на 906 одитни задачи, като следва: 883 задачи в лечебни заведения, от които 658 в лечебни заведения за болнична медицинска помощ и 225 в лечебни заведения за извънболнична помощ; 6 проверки в застрахователни дружества; 6 проверки в

НЗОК/РЗОК /1- НЗОК, 5-РЗОК/; 4 проверки в хоспис; 6 проверки в тъканни банки; 1 проверка в СРЗИ.

Извършени са 699 проверки по сигнали и жалби, насочени към ИАМН от:

- Прокуратура, ОД на МВР, ДАНС и ГДИН – 50 проверки;
- Министерство на здравеопазването – 194 проверки;
- НЗОК/РЗОК – 20 проверки;
- Здравноосигурителни фондове – 2 проверки;
- Граждани и други заинтересовани лица – 420 проверки;
- РЗИ – 11 проверки;
- Омбудсман на РБ – 2 проверки.

Таблица 47

Показател	01.01. - 31.12.2019 г.	01.01. - 31.12.2020 г.	Корелация между пери- одите (слу- чай)	Корелация между пери- одите (про- центи)
Прокуратура, ОД на МВР, ДАНС и ГДИН	82	50	0,58	58
Министерство на здравеопазването	154	194	1,13	113
Граждански лица и организации	404	420	1,1	110
НЗОК/РЗОК	43	20	0,43	43
Здравноосигурителни фондове	19	2	0,13	13
РЗИ	33	11	0,31	31
Омбудсман на РБ	3	2	0,66	66
Всичко	738	699	0,9	99

В резултат от реализираната контролна дейност през 2020 г. са констатирани 357 нарушения на регулиращата правна рамка, от които най-много са:

- нарушения на Закона за здравето – 115. Най-често са нарушавани икономическите права на пациента- 42 бр. нарушения, правото на достъпна и качествена здравна помощ и липсата на информираното съгласие в писмена форма- 8 нарушения;
- пропуски от организационно и управленско ниво, в които не се съдържат всички признаци на административно нарушение по смисъла на чл. 6 от ЗАНН – 91.
- нарушения на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ – 68, от които: 13 са нарушенията свързани с избор на лекуващ лекар; 11 са нарушенията свързани с липса на писмени заявления за допълнително поискани услуги и 7 нарушения за неизпълнение на забраните за избор на лекар/екип;
- нарушения на медицински стандарти – 41. Най- честите нарушения са свързани с МС "Спешна медицинска помощ" и са: липса на необходимата информация във "Фиш за спешна медицинска помощ" и " Реанимационен лист" и не извършване на триаж. В МС "Медицинска онкология" са нарушавани изискванията за: минимален брой легла; в Епикриза, в окончателната диагноза, не е определен стадий на тумора по TNM-класификация; окончателната диагноза е поставена без да е верифицирана с хистологичния резултат;
- нарушения на Закона за лечебните заведения – 22;
- нарушения на Наредба № 49 от 18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи – 8;
- нарушения на Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки – 4;
- нарушения на Наредба № 25 от 4 ноември 1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ – 4;
- нарушения на Наредба № 4 от 4 март 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти – 4.

Таблица 48

Показател	01.01.- 31.12.2019 г.	01.01.- 31.12.2020 г.	Корелация между перио- дите (случай)	Корелация между перио- дите (проценти)
Констатирани нарушения	569	357	0,62	62
Съставен и връчен АУАН	124	223	1,8	180
НП/нарушения по НП	169/239	209/533		

За периода от 01.01.2020 г. до 31.12.2020 г. са извършени 39 проверки по сигнали относно неблагоприятия при новородени и родилки, довели до летален изход при 6 родилки и 17 новородени/мъртвородени.

Таблица 49. Анализ спрямо същия период на 2018 г.

Показател	01.01.- 31.12.2019 г.	01.01.- 31.12.2020 г.	Корелация между периодите (случай)	Корелация между периодите (проценти)
родилки	6	6	1	100
новородени	14	17	1,21	121

Административно-наказателна отговорност

За периода от 01.01.2020 г. до 31.12.2020 г., най често са нарушавани изискванията на нормите на Закона за здравето по отношение на „правото на пациентите на достъпна и качествена здравна помощ и на зачитане на гражданските, политическите, икономическите, социалните, културните и религиозните му права“ (42 нарушения), на Наредба за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ по отношение на извършването на избор на лекар/екип (87 нарушения) медицинските стандарти (14 нарушения), на Закона за лечебните заведения (13 нарушения) и др. Съставени са 223 бр. актове за установяване на административни нарушения.

2.6. Фармацевтичен сектор и лекарствена политика

Лекарствената политика в България е част от националната здравна политика и се ръководи от министъра на здравеопазването. Тя допълва останалите национални политики на Република България, като по конкретните действия има общи за целия ЕС законодателство и стандарти за лекарствените продукти, медицинските изделия и обмяната на добри практики. Изпълнението на основните политики в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия почива на схващането за необходимост от вътрешно секторно сътрудничество, тъй като мерките, насочени към подобряване на достъпа до здравни услуги, включително чрез намаляване на преките плащания от страна на пациентите, по отношение на лекарствените продукти и медицинските изделия са неразделна част от другите политики в сектор „Здравеопазване“ и гарантира, че всички останали политики се ръководят на първо място от опазване здравето на хората. В този контекст са идентифицирани и предприети мерки в областта на лекарствената политика, които имат за цел да допринесат за една устойчива, финансово стабилна и надеждна здравна система, ориентирана към потребностите на пациентите.

През отчетния период провежданата лекарствена политика е в съзвучие с основните стратегически документи на страната: Националната здравна стратегия 2020 и Националната програма за развитие: БЪЛГАРИЯ 2020, съобразена е с основните препоръки на Европейската комисия в Националния доклад за България за оценка на напредъка в структурните реформи. През 2020 г. основен акцент в политиката е поставен върху осигуряване на населението на

качествени, безопасни, ефикасни, достъпни, доказани в терапевтичната практика и стойностно-ефективни лекарствени продукти. Водещите дискусии и въпроси в областта на лекарствената политика са фокусирани върху осигуряване на финансова устойчивост на системата, безопасността на пациентите и техния равнопоставен достъп.

Основен принос към реализацията на политиката в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия имат Министерство на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ) и Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти (НСЦРЛП). Институциите осъществяват своята дейност в интерес на обществото и в съответствие с регламентираната нормативна уредба при спазване принципите на: законност, публичност и прозрачност, достъпност, отговорност и отчетност, ефективност, субординация и координация.

Основните компоненти на провежданата лекарствената политика обхващат разработване и внедряване на законодателство, насочено към осигуряване разпространението само на качествени, ефикасни и безопасни лекарствени продукти; осигуряване на финансирането на фармакотерапията; организацията на системата за доставка на лекарствени продукти до населението. За осигуряване на достъпа до ефективно лекарствено лечение и рационално използване на публичния ресурс са създадени условия за подобряване на механизмите за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, заплащани с публични ресурси чрез усъвършенстване на оценката на здравните технологии за иновативни лекарствени продукти, основаващи се на научни доказателства.

Провежданата лекарствената политика цели създаването на баланс между необходимостта от реимбурсиране на иновативни лекарствени продукти и нуждите на пациентите, съобразявайки анализа със съществуващите терапевтични алтернативи в рамките на установения бюджет за лекарствени продукти. Процедурните и управленски механизми на системата за ценообразуване и реимбурсиране се стремят да гарантират, че добавянето на нови лекарства в Позитивния лекарствен списък се основава както на оценка на научните доказателства за терапевтична ефективност, така и на ефективност на разходите, въздействието върху бюджета и конкретно разглеждане на необходимите условия за целесъобразно предписване.

За осигуряване на лекарствени продукти и медицински изделия, които отговарят на стандартите за качество, безопасност и ефикасност основна роля има ИАЛ. Разпространението на лекарствени продукти на пазара се предпоставя от издаването на разрешение за употреба, което се извършва от Европейската агенция по лекарствата (ЕМА) или от съответните регулаторни власти на държавите-членки. В Република България органът, който извършва оценка по отношение на безопасността, качеството и ефикасността на лекарствените продукти, с оглед издаване на разрешение за употреба е Изпълнителната агенция по лекарствата.

Поставените цели в областта на лекарствена политика са:

1. Качество – качество, безопасност и ефикасност на всички лекарствени продукти;
2. Достъп – достатъчна наличност и достъпност на основни лекарствени продукти;
3. Рационална употреба – предписване и използване на доказани в терапевтичната практика и стойностно-ефективни лекарствени продукти от медицинските специалисти и пациентите.

Едновременно с посочените общи цели лекарствената политика включва в себе си и специфични цели, които са в пряка връзка с провежданата национална здравна политика и социално-икономическите условия за отчетния период.

Следва да се има предвид, че мерките, адресиращи предизвикателствата, открити в препоръката към България, свързани с основните политики в лекарствения сектор на база на основните видове дейности, са само част от комплексните политики и мерки в изпълнение на Националната здравна стратегия 2020. За изпълнение на трите категории мерки, условно разделени на: мерки, които допринасят за увеличаването на достъпа до здравни услуги; мерки, които касаят намаляване на доплащанията от пациента; мерки за справяне с недостига на здравни специалисти, Министерство на здравеопазването е предприело активни действия по първите две категории, като за целта е извършено:

- Наблюдение и усъвършенстване на нормативната уредба в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия.
- Осигуряване на непрекъснат контрол и мониторинг на качеството, безопасността и ефикасността на разрешените за употреба лекарствени продукти в страната, както и текущо актуализиране на нормите и стандартите за производство, разрешаване на употреба, разпространение, предписване и отпускане на лекарствени продукти и медицински изделия.
- Наблюдение и усъвършенстване на провеждана реимбурсна и ценова политика в областта на лекарствените продукти, осъществявана от Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (НСЦРЛП).
- Създаване на предпоставки за максимално използване на потенциала на електронното здравеопазване.
- Предприети са мерки, свързани с оптимизиране механизмите на оценка на здравните технологии и проследяване на ефекта от терапията с лекарствени продукти, които са с ново международно непатентно наименование, включени в ПЛС и за които няма данни за ефективност или са стойностно неефективни;
- Създадени условия и ред за провеждане на програми за състрадателна употреба с лекарствени продукти.
- Регламентирани са мерки, за наблюдение на лекарствени продукти и за ограничаване на износа им при необходимост. В тази връзка е разработена специализирана електронна система за проследяване и анализ на лекарствените продукти, включени в Позитивния лекарствен списък, която към момента е в тестови режим, след което ще се премине към реално пускане в експлоатация. Основната цел на системата е извършването на анализ на данните. Чрез въвеждането на системата се очаква да се контролира процеса по износ на лекарствени продукти, за които е установен недостиг на територията на Република България.

Всичко това е гаранция, че пациентите ще получат точното лекарство в точния момент, което е в основата на концепцията за рационална лекарствена употреба на СЗО, както и за подобрен достъп до лекарствени продукти. Подобряването на достъпа до здравни услуги, респективно лекарствени продукти е задача от комплексен и постоянен характер за здравната система в тази връзка редица от описаните по-долу действия надграждат заложените в предходни периоди законодателни промени, които се очаква да окажат ефект в дългосрочен план.

Наблюдение и усъвършенстване на нормативната уредба в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия.

През отчетния период с изменение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ), обн. в ДВ, бр. 67 от 28 юли 2020 г. са ревизирани текстовете, касаещи елементи на регулаторния режим, уреждан подробно от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти (Наредбата), публикувани в ДВ, бр. 19 от 6 март 2020 г.

Приети са текстове, уреждащи на законово ниво правилото продажба на лекарствени продукти на територията на страната да се извършва само след влизането в сила на решението на Съвета за утвърждаване на цена/пределна цена или регистриране на цена, с изключение на лекарствените продукти по чл. 9 и 266а от ЗЛПХМ. С промяната, в ЗЛПХМ се уреждат още: реда за приемане на фармако-терапевтични ръководства; реда за извършване на дейността по проследяване ефекта от терапията, като се разширяват функциите на Националния съвет при проследяването на ефекта от терапията на лекарствените продукти като му се възлага извършването на анализ на събраната от лечебните заведения информация, съответно правото на достъп до медицинската документация. Оптимизират се сроковете за разглеждане на процедури, касаещи лекарствени продукти в болнична опаковка. Допълнени са конкретни изисквания при включване на лекарствени продукти в ПЛС –Международното непатентно наимено-

вание, към което принадлежи лекарствен продукт, предназначен за лечение на редки заболявания, да се заплаща от обществен здравноосигурителен фонд и/или с публични средства при същите терапевтични показания поне в 5 от всички държави членки. Изключение от правилото се въвежда за генеричните лекарствени продукти и лекарствените продукти, които съдържат активно вещество или активни вещества с добре установена употреба в медицинската практика. На законово ниво се извежда и задължението за притежателя на разрешението за употреба или негов упълномощен представител в срок два работни дни от получаване на решението на съвета за промяна на цената по чл. 261а, ал. 1 – 3 от ЗЛПХМ на лекарствен продукт да уведоми по подходящ начин Българския фармацевтичен съюз и търговците на едро, а те съответно да уведомят търговците на дребно с лекарствени продукти. Съветът по служебен ред уведомява Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса за решенията, за които е допуснато предварително изпълнение.

С изменението на ЗЛПХМ е въведено и задължение на Националната здравноосигурителна каса и Министерството на здравеопазването да предоставят на Съвета информация за заплатените лекарствени продукти, включени в ПЛС.

Промяна следва да се отчете и в текстовете, уреждащи действието на постановените решения на Комисията по прозрачност при обжалването им пред съдебна инстанция – обжалването спира изпълнението на решенията на Комисията по прозрачност до окончателното произнасяне на съда. Със същото изменение е въведена и възможността решенията на Съвета да се обжалват по съдебен ред, без да е изчерпана възможността за оспорването им по административен ред.

С измененията, публикувани в ДВ, бр. 67 от 2020 г. и ДВ, бр. 103 от 2020 г., в сила от 01.01.2021 г. се уточнява и съдържанието на приложенията на Позитивния лекарствен списък по елементи, като се включва и информация относно вида на лекарствения продукт, определен в процедурата по разрешаването му за употреба. Информацията за вида на лекарствения продукт се предоставя от ИАЛ.

Друга съществена промяна на ЗЛПХМ (ДВ, бр. 103 от 2020 г., в сила от 01.01.2021 г.) е възлагането на Националния съвет на функции, свързани с генериране на уникален национален номер за идентификация на всеки лекарствен продукт и воденето им в нарочен регистър.

Националният номер за идентификация на лекарствения продукт осигурява еднозначно идентифициране на всеки лекарствен продукт и оперативна съвместимост на информационните системи в здравеопазването и се използва от всички лица, във всички регистри и други бази данни, както и в медицинската документация, свързана с лекарствените продукти.

Информация за разрешените за употреба и регистрираните лекарствени продукти на територията на Република България и разрешените за употреба по централизирана процедура лекарствени продукти по реда на Регламент (ЕО) № 726/2004 на Европейския парламент и на Съвета от 31 март 2004 г. за установяване на процедури на Общността за разрешаване и контрол на лекарствени продукти за хуманна и ветеринарна употреба и за създаване на Европейска агенция по лекарствата, следва да се предоставят на Съвета от Изпълнителната агенция по лекарствата.

Промени са извършени и в подзаконовата нормативна уредба, касаеща ценообразуването и реимбурсирането на лекарствените продукти. С ДВ, бр. 19 от 2020 г. са обнародвани, приетите изменения и допълнения на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти. Въвежда се като постоянно действащо правилото, притежателите на разрешения за употреба или техни упълномощени представители да не могат да заявяват увеличение на регистрираните цени на лекарствените продукти, отпускани без лекарско предписание, с по-голям процент от статистически отчетената инфлация за периода на действие от последната регистрирана цена.

През 2020 г. продължава дейността НСЦРЛП във връзка с утвърждаване на фармако-терапевтични ръководства. Фармако-терапевтичните ръководства включват критерии за оценка на резултата от прилаганата терапия и алгоритми за лечение с лекарствени продукти.

Те са част от терапевтичната стратегия, гарантирана от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, с цел прилагането на единен терапевтичен подход при аналогични клинични случаи.

Приемането, отмяната и изменението на фармако-терапевтични ръководства се извършва с наредби, като през отчетния период Националният съвет прие 14 броя наредби за приемане и изменение на фармако-терапевтични ръководства, както следва:

Наредби за приемане на фармако-терапевтичните ръководства:

- Наредба №1 от 16.01.2020 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по пневмология и фтизиатрия, обн. в ДВ, бр. 8 от 28.01.2020 г.;
- Наредба № 2 от 23.01.2020 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по кожни и венерически заболявания, обн. в ДВ, бр. 11 от 07.02.2020 г.;
- Наредба № 3 от 05.03.2020 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство за лечение на инфекциозни заболявания, обн. в ДВ, бр. 30 от 31.03.2020 г.;
- Наредба №4 от 02.04.2020 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по педиатрия – детска кардиология, обн. в ДВ, бр. 40 от 05.05.2020 г.;
- Наредба № 5 от 02.07.2020 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по клинична токсикология – антидотна терапия, обн. в ДВ, бр. 66 от 24.07.2020 г.;
- Наредба № 6 от 23.07.2020 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по психични заболявания, обн. в ДВ, бр. 71 от 11.08.2020 г.

Наредби за изменение и допълнение на фармако-терапевтичните ръководства:

- Наредба за изменение и допълнение на Наредба №1 от 16.01.2020 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по пневмология и фтизиатрия, обн. в ДВ, бр. 8 от 28.01.2020 г., изм. и доп. ДВ бр. бр. 66 от 24.07.2020 г.;
- Наредба за изменение на Наредба № 16 от 21.11.2019 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по ендокринология и болести на обмяната, обн. в ДВ, бр. 95 от 03.12.2019 г., изм. ДВ, бр. 66 от 24.07.2020 г.;
- Наредба за допълнение на Наредба № 4 от 19.09.2019 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по анестезиология и интензивно лечение, обн. в ДВ, бр. 79 от 08.10.2019 г., доп. ДВ, бр. 81 от 15.09.2020 г.;
- Наредба за допълнение на Наредба № 15 от 21.11.2019 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство за лечение на гастроентерологичните заболявания, обн. в ДВ, бр. 95 от 03.12.2019 г., доп. ДВ, бр. 87 от 09.10.2020 г.;
- Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 7 от 3.10.2019 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство за лечение на неврологичните заболявания, обн. в ДВ, бр. 83 от 22.10.2019 г., изм. и доп. ДВ, бр. 95 от 06.11.2020 г.;
- Наредба за допълнение на Наредба № 5 от 19.09.2019 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство по очни болести, обн. в ДВ, бр. 80 от 11.10.2019 г., доп. ДВ, бр. 101 от 27.11.2020 г.;
- Наредба за допълнение на Наредба № 3 от 05.03.2020 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство за лечение на инфекциозни заболявания, обн. в ДВ, бр. 30 от 31.03.2020 г., доп. ДВ бр. 105 от 11.12.2020 г.;
- Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 2 от 19.09. 2019 г. за приемане на фармако-терапевтично ръководство за лечение на алергичните болести, обн. в ДВ, бр. 78 от 04.10.2019 г., изм. и доп. ДВ бр.110 от 29.12.2020 г.

В областта на осигуряване на достъпа до ефективно лекарствено лечение и рационално използване на публичния ресурс са създадени и функционират условия за подобряване на механизмите за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти, заплащани с публични ресурси чрез прилагане на оценка на здравните технологии за иновативни лекарствени продукти, основаващи се на научни доказателства.

Иновативните терапии в здравеопазването са инвестиция в здравето и благосъстоянието на нацията. Новите терапии все повече атакуват не само симптомите, но и причините за заболявания, водещи до тежки увреждания. Съвременните лекарства спасяват и удължават живота на пациентите, спират или забавят развитието на заболяването, намаляват страничните ефекти, подобряват качеството на живот, предотвратяват ненужните хоспитализации и други скъпи медицински интервенции. Осигуреният достъп до иновации и обмена на технологии ще доведе до увеличаване на продължителността на живота, съществен показател за измерване на ползата/ефекта за обществото от прилаганата политика.

Ценообразуване и реимбурсиране на лекарствени продукти

Осъществява се от Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (НСЦРЛП). Съгласно функциите, посочени в чл. 259 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, Националният съвет:

- утвърждава и регистрира цените на лекарствените продукти, включва продукти в Позитивния лекарствен списък, които се реимбурсират с публични средства (от НЗОК, МЗ и лечебни заведения с държавно и/или общинско участие);
- поддържа реимбурсния статус на лекарствените продукти на всеки три години от включването им в Позитивния лекарствен списък;
- утвърждава фармако-терапевтични ръководства и препоръки за алгоритми за лечение с лекарствени продукти;
- осъществява контрол върху продажбата на лекарствени продукти с утвърдени цени.

Националният съвет поддържа и актуализира публичните регистри на цените на лекарствените продукти, включвани в ПЛС и заплащани с публични средства; на пределните цени на лекарствените продукти, отпускани по лекарско предписание, които не са включени в ПЛС; на максималните продажни цени на лекарствените продукти, отпускани без лекарско предписание и на Позитивния лекарствен списък.

Като резултат от дейността на Националния съвет през 2020 г. са постигнати следните резултати:

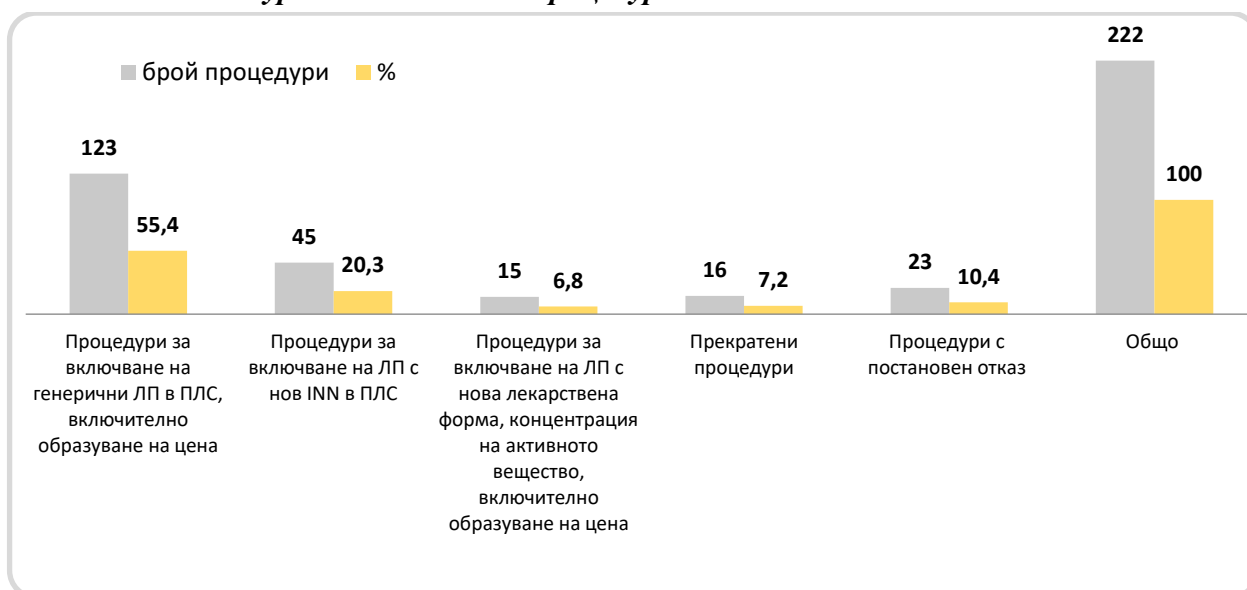
■ Процедури за включване на ЛП в ПЛС и образуване на цена на ЛП по чл. 261а, ал.1 от ЗЛПХМ

През периода 01.01.2020-31.12.2020 г. в ПЛС са включени 42 лекарствени продукти, които принадлежат към 28 нови международни непатентни наименования (INN).

Разгледаните през отчетния период процедури за включване на ЛП в ПЛС и образуване на цена са 222, както следва:

- 123 (55.40%) разгледани процедури за включване на генерични ЛП в ПЛС, включително образуване на цена;
- 45 (20.27%) разгледани процедури за включване на ЛП с нов INN в ПЛС, от които 27 процедури за включване на ЛП с нов INN в ПЛС, включително образуване на цена с ОЗТ;
- 15 (6.76%) разгледани процедури за включване на ЛП с нова лекарствена форма, концентрация на активното вещество, включително образуване на цена, от които 1 процедура за включване на ЛП с нова лекарствена форма и концентрация на активното вещество в единица обем, включително образуване на цена с ОЗТ;
- 16 (7.21%) прекратени процедури;
- 23 (10.36%) процедури с постановен отказ за включване в ПЛС, от които 16 процедури с постановен отказ за включване в ПЛС с ОЗТ.

Фигура 51. Разгледани процедури за включване на ЛП в ПЛС



Източник: НСЦРЛП

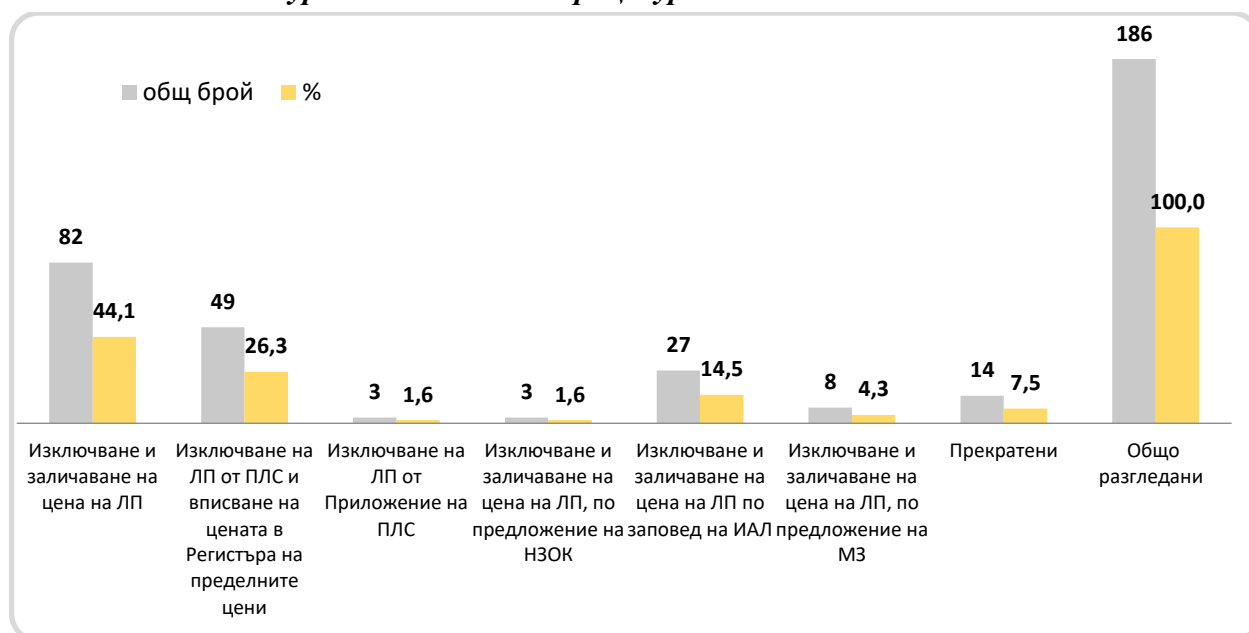
■ **Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС**

През 2020 г. Националният съвет по цени и реимбурсиране е разгледал 186 процедури за изключване на ЛП от ПЛС, като от тях 14 процедури са прекратени.

Процедурите за 2020 г. се разпределят както следва:

- 82 (44.09%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС, включително заличаване на цена;
- 49 (26.34%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС и вписване на цената в регистъра на пределните цени;
- 3 (1.61%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от Приложение на ПЛС;
- 3 (1.61%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС, включително заличаване на цена по предложение на НЗОК
- 27 (14.52%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС, включително заличаване на цена по заповед на ИАЛ за прекратяване на разрешението за употреба;
- 8 (4.30%) Разгледани процедури за изключване на ЛП от ПЛС, включително заличаване на цена по предложение на МЗ;
- 14 (7.53%) Прекратени

Фигура 52. Разгледани процедури за изключване от ПЛС



Източник: НСЦРЛП

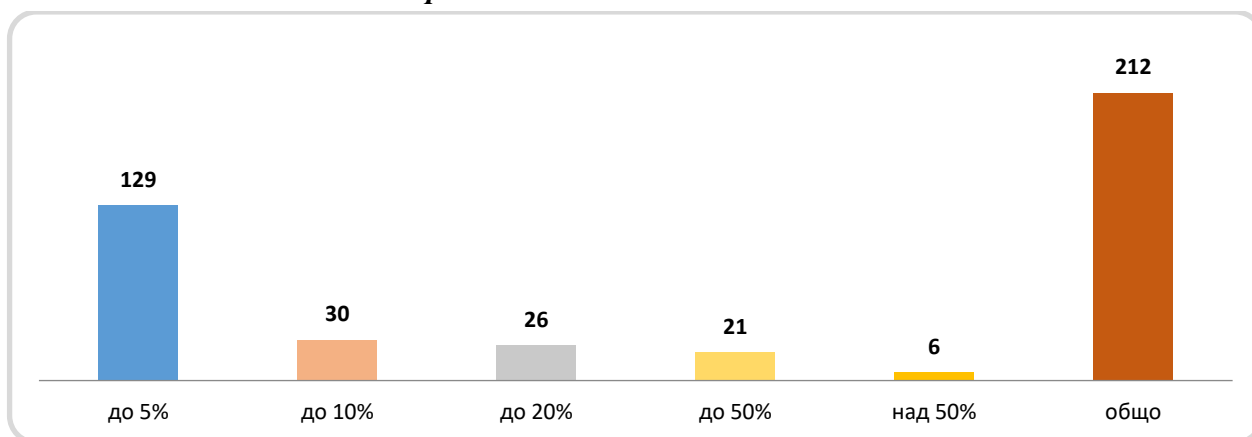
От всички изключени лекарствени продукти от ПЛС най-голямата група са предназначени за лечение на сърдечно-съдови заболявания, следвани от групата лекарствени продукти предназначени за лечение на инфекциозни заболявания и неврологични заболявания. Терапевтичните области на изключените лекарствени продукти са разнообразни – кардиология (хипертония, стенокардия, намаляване на риска от инфаркт при пациенти с нестабилна стенокардия и др.), акушеро гинекология, онкология, антидепресанти, аналгетици, гастроентерологични заболявания, неврологични, антиинфекциозни и антимикотични продукти.

Осемнадесет от лекарствените продукти, които са изключени, включително със заличени цени, принадлежащи към 17 международни непатентни наименования са били референти в съответните групи, като за повечето лекарства има включени алтернативи за лечение на заболяването.

■ Намалени цени на лекарствени продукти

За периода от 01.01.2020 г. до 31.12.2020 г. са влезли в сила решения за намаляване цената на 212 лекарствени продукта. Преобладаващата част от тези намаления се дължат на нормативното изискване за проверка на цените на лекарствените продукти в референтните страни на период 6 месеца/ 24 месеца. Три от референтните държави – Франция, Словакия и Румъния са с най-голям относителен дял при намалението на цените.

Фигура 53. ЛП с влезли в сила решения за намаление на цена и процент намаление за периода 01.01.2020-31.12.2020 г.



Източник: НСЦРЛП

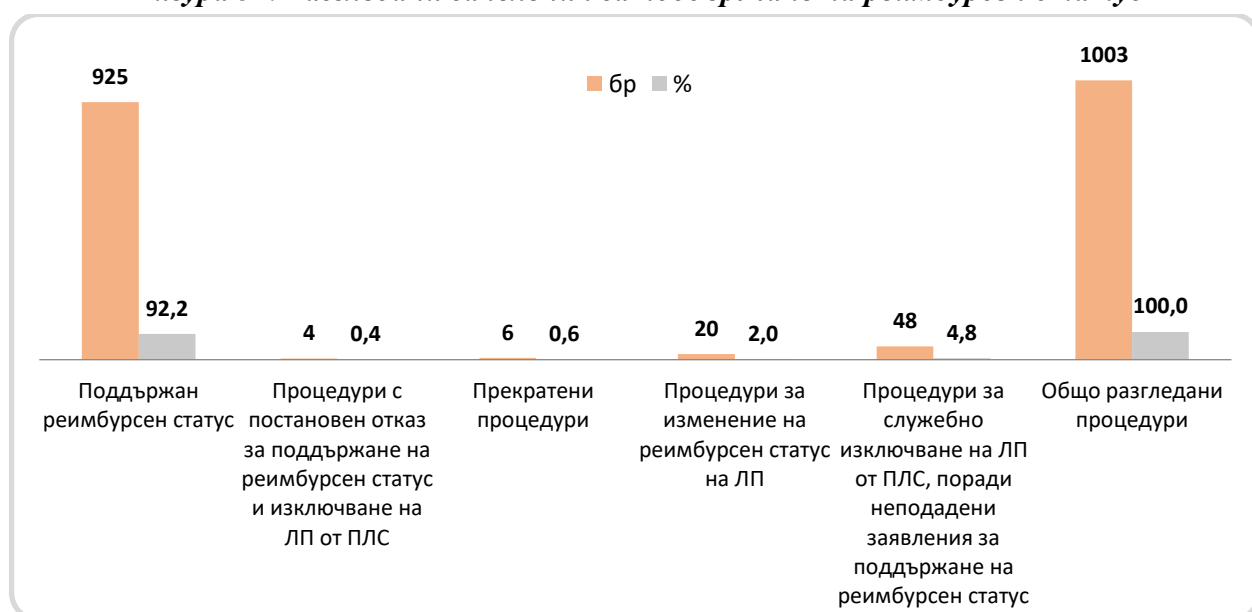
■ **Поддържане на реимбурсен статус на лекарствените продукти в ПЛС**

През 2020 г. разгледаните процедури за поддържане на реимбурсен статус са 1003, което представлява 22.78% от общо разгледаните процедури и се разделят както следва:

- 925 (92.22%) процедури за ЛП с издадени решения за поддържане на реимбурсен статус;
- 4 (0.40%) процедури с постановен отказ за поддържане на реимбурсен статус и изключване на ЛП от ПЛС;
- 6 (0.60%) прекратени процедури по заявления за поддържане на реимбурсен статус на ЛП;
- 20 (1.99%) процедури за изменение на реимбурсен статус на ЛП;

48 (4.79%) процедури за служебно изключване на ЛП от ПЛС, поради неподадени заявления за поддържане на реимбурсен статус.

Фигура 54. Разгледани заявления за поддържане на реимбурсен статус



Източник: НСЦРЛП

■ **Проследяване ефекта от терапията**

Със задължение за проследяване на ефекта от терапията през 2021 г. в Позитивния лекарствен списък:

- са включени 2 лекарствени продукта, принадлежащи към 2 нови международни непатентни наименования (INN) – Apalutamide и Gilteritinib,
- са добавени нови терапевтични показания за 8 лекарствени продукта принадлежащи към международни непатентни наименования (INN) Brigatinib, Venetoclax, Trametinib и Nintedanib

За лекарствените продукти са определени условията и критериите за проследяване на ефекта от терапията, както и прогнозния брой пациенти за срок до първоначалното поддържане на реимбурсен статус на лекарствения продукт. Определени са и лечебните заведения, в които ще се извършва проследяването на ефекта от терапията, като същите са вписани в публичните регистри на Съвета.

Съветът служебно е постановил, на основание чл. 31а, ал.2, т.1 и ал. 4 от Наредбата задължение за проследяване при спазване на същите условия и критерии и на лекарствени продукти прилагани в комбинация или като терапевтични алтернативи.

През периода 01.01.2020-31.12.2020 г. Националният съвет е обработил събраните данни от лечебните заведения, определени за проследяване ефекта от терапията на лекарствените продукти (за периода 01.07.2018 г. – 15.12.2019 г.). В резултат на обработената информация, НСЦРЛП е анализирал отчетните данни (събрани чрез болничните информационни системи), които имат съществено значение за правилното събиране и интерпретиране на данните, определени за проследяване ефекта от терапията на лекарствените продукти. Направени са обобщени констатации за качеството на отчетените показатели и данните, предоставени от всяко лечебните заведения, включително и конкретните факти. При констатирани несъответствия с нарочни писма са уведомени съответните лечебни заведения.

Във връзка с изискването на чл. 35а от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, за проследяване на ефекта от терапията на лекарствени продукти с ново международно непатентно наименование включени в Позитивния лекарствен списък, Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти, е събрал и обработил статистическа информация, предоставена на Министерство на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса, за извършване на анализ на ефективното и целесъобразно разходване на публични средства за лекарствени продукти, определени за проследяване. Данните са статистически обработени чрез платформата Danny и са за лекарствени продукти принадлежащи към международни непатентни наименования с терапевтично приложение в областта на онкологията и хематологията, както следва:

- Солидни тумори – Osimertinib (NSCLC); Regorafenib (GIST); Regorafenib (HCC); Regorafenib (mCC); Palbociclib (breast cancer); Nivolumab (renal); Nivolumab (lung); Nivolumab (melanoma); Nivolumab (HNCC);
- Хематология – Inotuzumab (ALL); Blinatumomab (ALL); Daratumumab (MM); Ixazomib (MM); Obinutuzumab (CLL); Obinutuzumab (follicular non-Hodgkin's lymphoma); Venetoclax (CLL); Ponatinib (CML); Nivolumab (Hodgkin's lymphoma) и Ponatinib (ALL)

■ Оценка на здравните технологии

През периода 01.01.2020-31.12.2020 г. в ПЛС са включени 42 лекарствени продукти, които принадлежат към 28 нови международни непатентни наименования (INN), от които 24 лекарствени продукти, които принадлежат към 20 нови INN са включени с ОЗТ и 18 лекарствени продукти, принадлежащи към 8 нови INN без ОЗТ.

В изпълнение на нормативно регламентираната дейност по извършване на ОЗТ през периода януари 2020 – декември 2020 г. със заповеди на председателя на НСЦРЛП са определени 58 работни групи за изготвяне на клинична и фармако-икономическа оценка за лекарствени продукти, подлежащи на ОЗТ.

Постъпилите процедури в Националния съвет през отчетния период, за които се изисква извършването на ОЗТ са както следва:

- 37 процедури за включване на лекарствен продукт принадлежащ към ново международно непатентно наименование в Позитивния лекарствен списък, включително образуване на цена с ОЗТ;
- 35 процедури за промяна на терапевтични показания на лекарствен продукт, включен в Позитивния лекарствен списък с ОЗТ;
- Разгледаните на заседания на Националния съветът, процедури за които се изисква ОЗТ за периода 01.01.2020 г. – 31.12.2020 г., са както следва:
- 27 процедури за включване на лекарствен продукт, принадлежащ към ново международно непатентно наименование в Позитивния лекарствен списък, включително образуване на цена;
- 26 процедури за промяна на терапевтични показания на лекарствен продукт, включен в Позитивния лекарствен списък;
- 16 процедури с постановен отказ за включване на лекарствен продукт в Позитивния лекарствен списък;
- 8 процедури с постановен отказ за промяна на терапевтични показания на лекарствен продукт включен в Позитивния лекарствен списък;
- 9 процедури инициирани от Национална здравноосигурителна каса за извършване на ОЗТ на лекарствен продукт, включен в Позитивния лекарствен списък.

Изготвени и публикувани на интернет страницата на Националния съвет са 23 резюме за лекарствени продукти, кандидатстващи за включване/разширяване на терапевтичните показания в Позитивния лекарствен списък, с ОЗТ.

Включените нови лекарствени продукти са в следните терапевтични области:

онкология, хематология, дерматология, неврология, ревматология, ендокринология и болести на обмяната, кардиология, алергология, белодробни болести, антибактериална и антивирусна терапия.

■ Развитие и оптимизиране на административната структура

В резултат на приключила външна оценка по внедряването на Общата рамка за оценка – САФ (Common Assessment Framework) Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти е удостоен с етикет „Ефективен САФ потребител“.

Общата рамка за оценка е инструмент за цялостно управление на качеството, който дава възможност за усъвършенстване на организацията, като използва знанието и енергията на хората в нея.

Внедряването на Общата рамка за оценка – САФ в НСЦРЛП, е в изпълнение на чл. 64 от Закона за администрацията за цялостно управление на качеството на дейността на организацията за ефективно и ефикасно постигане на стратегическите и ежегодните цели, включително чрез системи за управление на качеството.

Етикетът „Ефективен САФ потребител“, с който е удостоен Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти има за цел да предостави обективна външна оценка за качествено прилагане на модела САФ. Чрез външната оценка на НСЦРЛП, администрацията е отличена за напредъка ѝ при усъвършенстване за постигане на по-добро управление и качествена организация на работа във всички ключови аспекти на дейността.

Като оценява поетото предизвикателство – прилагането на един иновативен европейски инструмент в българските администрации, етикетът отчита, че Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти работи при спазване на високи европейски стандарти. В този смисъл той е награда и признание за положените усилия от ръководството и служителите при въвеждането на модела.

Лекарствена регулация, надзор на пазара на лекарствени продукти и медицински изделия, надзор на трансфузионната система

Изпълнителната агенция по лекарствата изпълнява функциите на компетентен орган в областта на оценката и надзора върху качеството, безопасността и ефикасността на лекарствени продукти, клиничните изпитвания, производството, вноса и търговията с лекарствени продукти и активни вещества, проследяването на лекарствената безопасност, надзора на пазара на медицински изделия и надзора на трансфузионната система

Осъществявайки основната си мисия като лекарствен регулатор, ИАЛ е в непрекъснато партньорство с Европейската агенция по лекарствата и регулаторните органи на другите държави-членки на ЕС.

Разрешаване за употреба на лекарствени продукти

Една от основните дейности на ИАЛ е разрешаването за употреба на лекарствени продукти на територията на Р. България въз основа на извършена експертна оценка на качеството, безопасността и ефикасността им.

Като част от Мрежата на европейските лекарствени регулаторни органи през 2020 г. ИАЛ провеждаше процедурите по взаимно признаване и децентрализираните процедури по разрешаване за употреба чрез обмен на информация в EUDRA TRACK/CTS, система с бази данни, в която се извършва едновременна оценка от всички държави-членки.

През 2020 г. ИАЛ продължи работата по международните процедури, по които България е референтна държава, като същевременно стартираха и още две процедури за 5 лекарствени продукта. Бяха дадени и научни консултации във връзка с предстоящи международни процедури, при които България ще бъде определена за референтна държава.

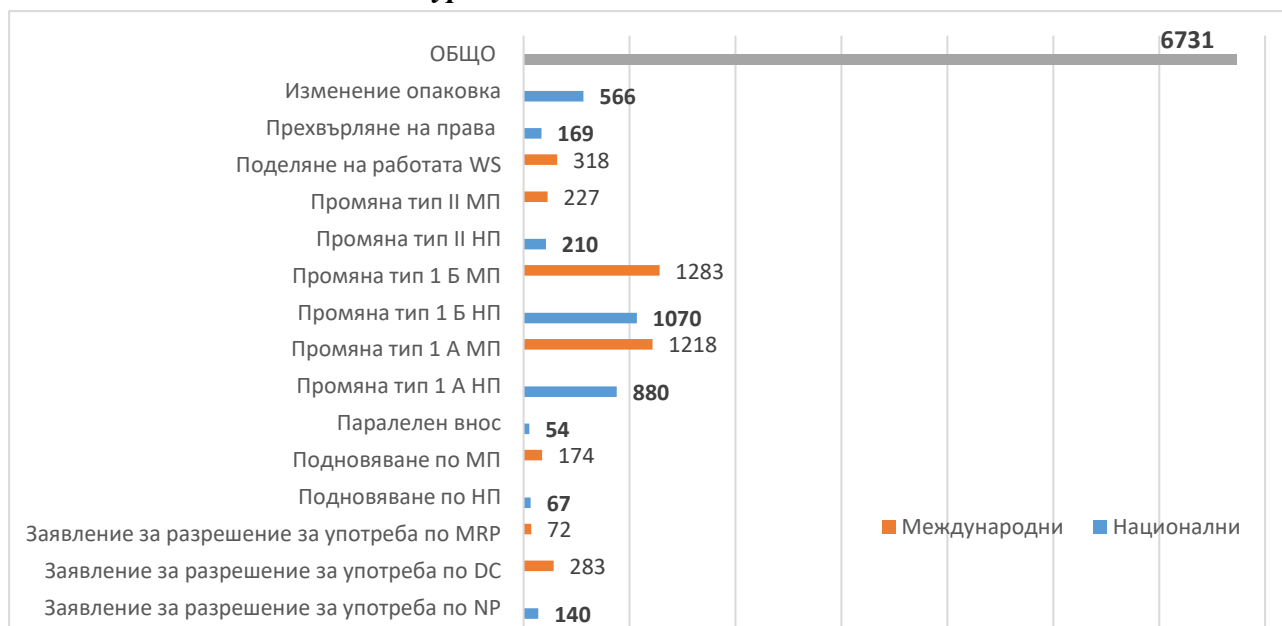
България беше определена от Комитета за хуманни лекарствени продукти (CHMP) към ЕМА и изготви оценъчни доклади като част от многонационален екип по централизирани процедури за разрешаване за употреба на лекарствени продукти. Мултинационалният екип, включително и представителите на България, получи висока оценка от CHMP за изготвения оценъчен доклад за лекарствения продукт с INN Abrocitinib.

Нашите представители в различните научни комитети и работни групи към Европейската агенция по лекарствата участваха активно в работата им с изготвянето на ръководства и научни становища по подадени заявления за разрешаване за употреба, orphan designation и различни казуси по оценка качеството на документацията на лекарствени продукти от биологичен произход, включително на новите ваксини срещу Covid-19.

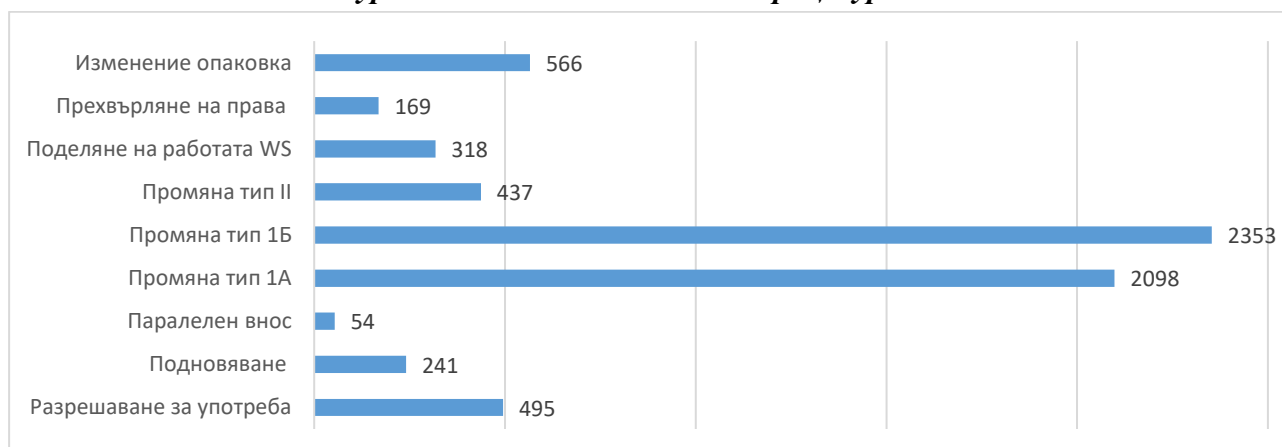
Разрешаването за употреба на лекарствени продукти на територията на Р. България се извършва въз основа на експертна оценка на качеството, безопасността и ефикасността им.

През 2020 г. в ИАЛ са постъпили 6731 заявления за разрешения за употреба, подновявания и промени на разрешения за употреба по международни (децентрализирана и по взаимно признаване) и национална процедури и за паралелен внос, които касаят 10 756 лекарствени продукта.

Фигура 55. Подадени заявления 2020 г.

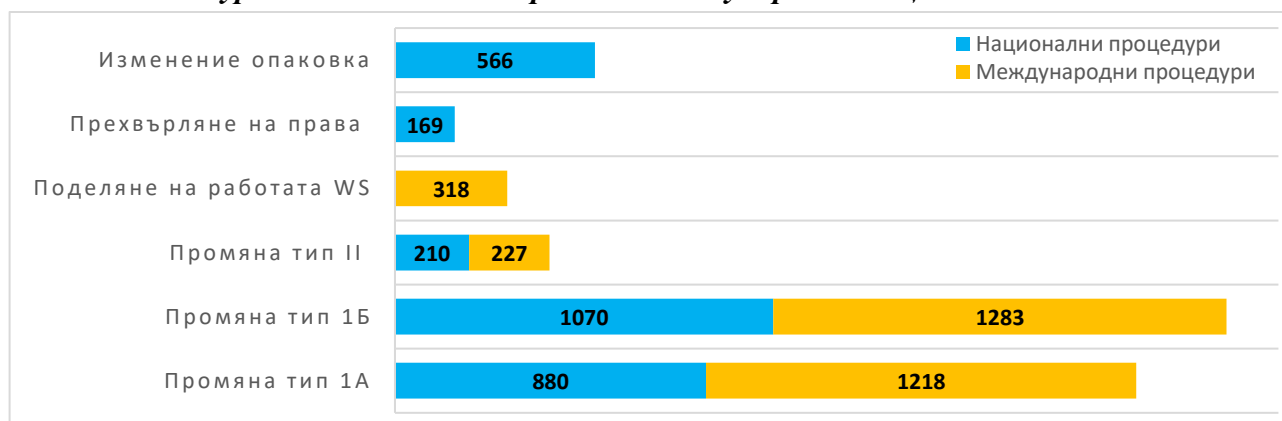


Фигура 56. Заявления по видове процедури 2020 г.



Традиционно най-голям е броят на заявленията за промени в разрешенията за употреба и значителна част от регулаторната дейност обхваща тяхната оценка (Фигура 57).

Фигура 57. Заявления за промени международни/национални 2020 г.



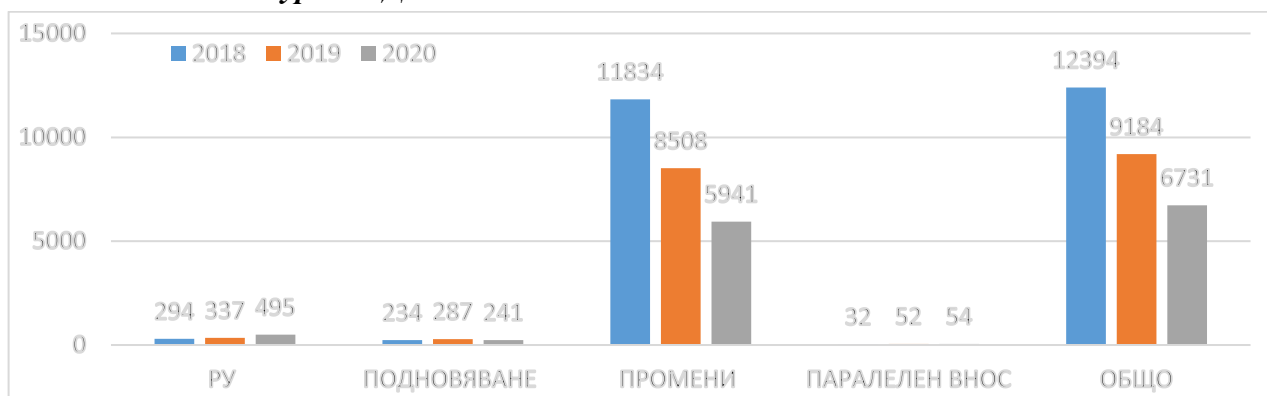
При анализа на постъпилите през 2020 г. заявления се отчита ръст в броя на заявленията за разрешаване за употреба на лекарствени продукти в сравнение с 2019 г. (увеличение със 158 бр.)

Част от този ръст се дължи на облекченията, които Европейската комисия прие във връзка с пандемията COVID-19. Поради риска от недостиг на лекарства (от определени групи) Европейската комисия препоръча използването на т.нар. ускорени/облекчени процедури за разрешаване за употреба на „стари“ продукти, по процедура по взаимно признаване – „Zero-day“ процедура или „Repeat use“ процедура (повторна употреба). При тези процедури регулаторния орган на държавата-членка приема оценъчния доклад и лекарствената информация (Кратка характеристика на продукта и листовка за пациента), така както са одобрени от референтната страна без да прави оценки и коментари. Времето за издаване на разрешението за употреба се свежда само до оценка на лекарствената информация на националния език. По тази процедура през 2020 г. в ИАЛ постъпиха не малък брой заявления за лекарствени продукти, имащи отношение към тежките случаи на COVID-19, като антибиотици, лекарствени продукти, които се използват в анестезията, без да са с показание „за лечение на COVID-19“.

От друга страна се отчете повишен интерес от страна на компании от трети страни със седалища в България, които подадоха заявления за разрешаване за употреба на лекарствени продукти по национална процедура.

На следващо място скокът на нови заявления е обусловен и от изтичането на периода на защита на данните (data-exclusivity) на не малко нови лекарства, които се използват в областта на онкологията и фармацевтичните компании подадоха заявления за разрешаване за употреба на генеричните им продукти.

Фигура 58. Динамика на постъпили заявления 2018-2020 г.



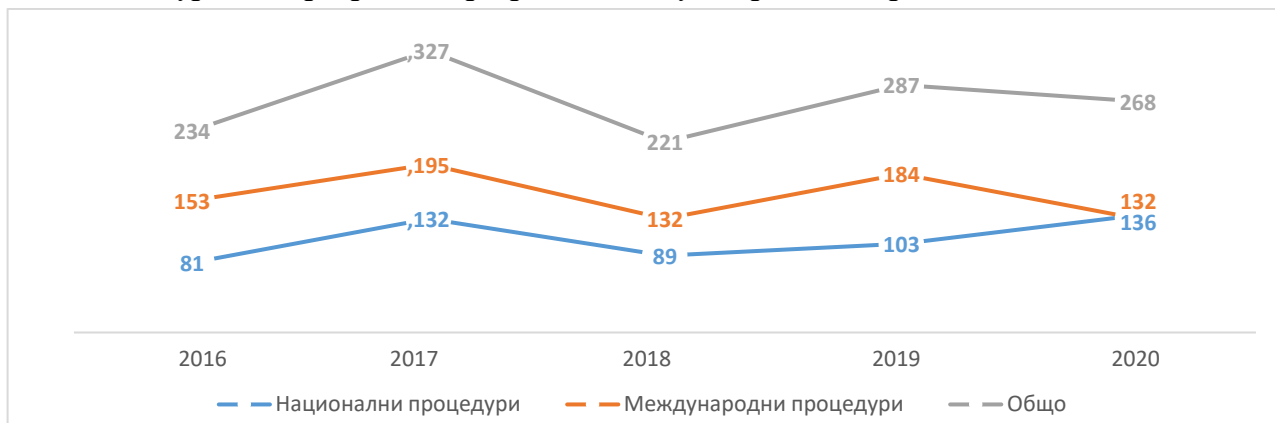
Наред с увеличаване броя на заявления за разрешаване за употреба се наблюдава тенденция за намаляване на броя на заявленията за промени във вече издадените разрешения за употреба. Този факт обаче е обусловен от действащото европейско законодателство, транспонирано и в националния закон, за групиране на промените (няколко промени, касаещи едно разрешение за употреба или една промяна за няколко различни лекарствени продукти) в едно заявление. В този смисъл спадът в броя на заявленията за промени не оказва влияние върху броя на лекарствените продукти и касаещите ги процедури, които остават сравнително константна величина.

От началото на 2020 г., в продължение на политиката за осигуряване на различни канали за заявяване на административни услуги, и особено във връзка с възникването и развитието на пандемията от Covid-19 в световен мащаб, ИАЛ разшири обхвата на видовете заявления които могат да бъдат подавани през общоевропейската платформа на държавите-членки за електронно подаване на заявления и документация CESP, като включи заявленията за подновяване и за промени в разрешения за употреба, както по международните процедури, така и по националните процедури.

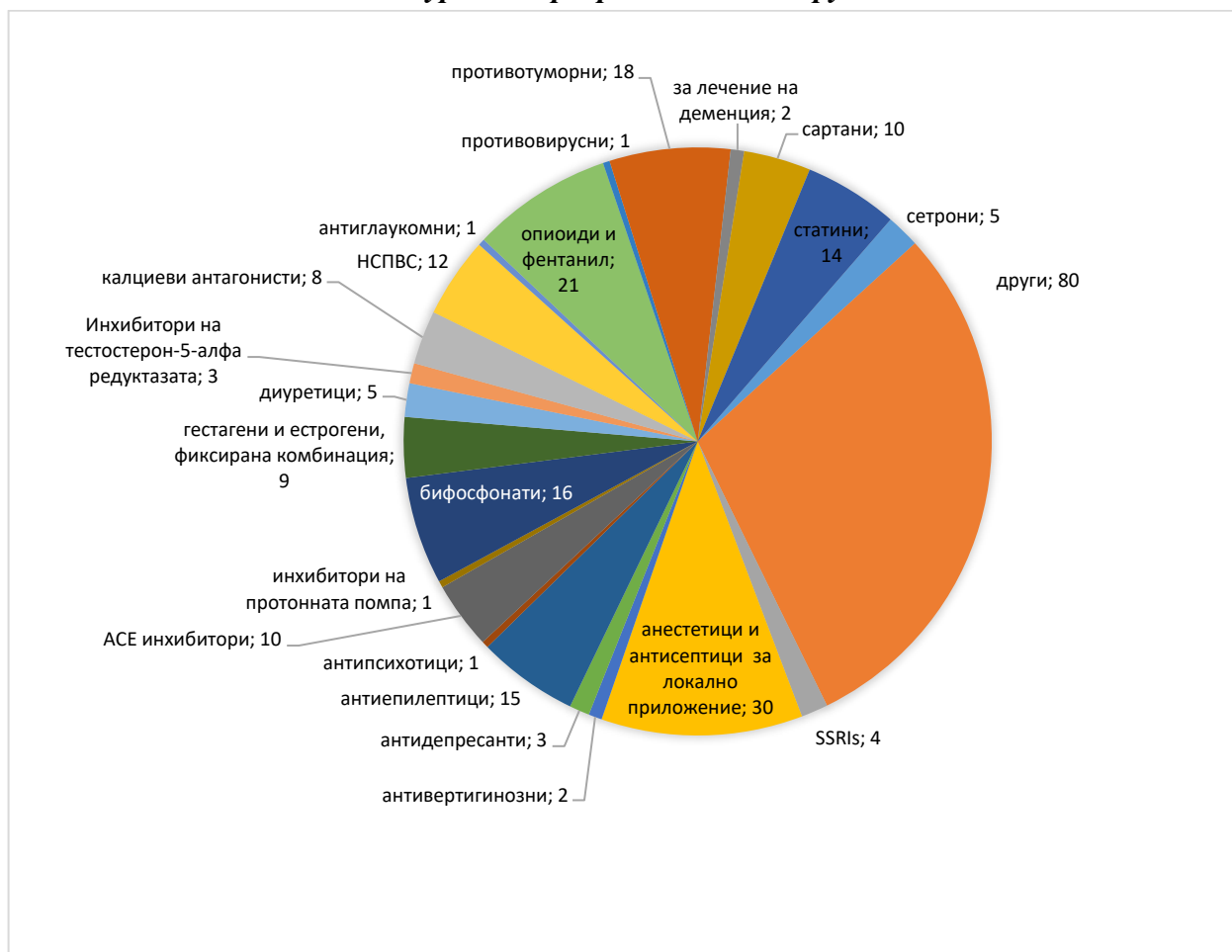
Прекратени разрешения за употреба

През 2020 г. по искане на притежателите на разрешения за употреба са прекратени 268 разрешения за употреба на лекарствени продукти. Причините за прекратяване на разрешени-ята за употреба на лекарствените продукти са свързани с изтеглянето им от пазара по търговски причини или с напускането на Обединеното кралство от ЕС.

Фигура 59. Прекратени разрешения за употреба за периода 2016 – 2020 г.



Фигура 60. Прекратени по РУ групи



Надзор на пазара на лекарствени продукти и медицински изделия

Основна функция на Изпълнителната агенция по лекарствата е осъществяването на надзор на пазара на лекарствени продукти и медицински изделия на територията на цялата страна.

Изключително важна цел за ИАЛ беше успешното преминаване на планирания през м. март 2020 г. съвместен одит от PIC/S (Системата за сътрудничество в областта на фармацевтичните инспекции Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme) и от регулаторния орган на Канада (във връзка с включване на ИАЛ в обхвата на EU-Canada MRA (СЕТА) – Споразумение за взаимно признаване между ЕС и Канада в областта на Добрата производствена практика. Одитът на ИАЛ е във връзка с подаденото заявление на Република България за членство в PIC/S, за което беше сформиран мултидисциплинарен екип за подготовка, като бяха вложени значителни експертни, времеви и финансови ресурси на ИАЛ.

Поради усложнената епидемична обстановка в глобален план, свързана с разпространението на COVID-19, процедурата по оценяване не бе завършена, като непосредствено преди планираните дати ИАЛ беше уведомена от ръководството на PIC/S и одитния екип, че одитът в частта за наблюдение на провеждането на инспекции на място се отлага за следващ период.

ИАЛ очаква насрочване на нови дати, като остава в готовност за приключване на съвместния одит и успешно финализиране на процедурите по включване на България в споразумението за лекарствените продукти за хуманна употреба.

Контрол и инспекции

През 2020 г. са извършени общо 9 инспекции на производители/вносители на лекарствени продукти, на активни вещества и на лекарствени продукти, предназначени за клинично изпитване, за установяване на съответствието на условията за производство, внос, контрол и съхранение с изискванията на ЗЛПХМ, подзаконовата нормативна уредба и с актовете и ръководствата приети от Европейската комисия.

Поради наложените национални и международни ограничения в резултат на разпространението на вируса COVID-19 и обявената от СЗО пандемия, извършването на инспекции на място на територията на България на производители/вносители на лекарствени продукти за установяване на съответствие с изискванията на Добрата производствена практика през 2020 г. беше ограничено. По тази причина през 2020 г. не са извършвани и инспекции на производители на лекарствени продукти, установени на територията на трета държава.

През 2020 г. при осъществяване държавния контрол върху лекарствените продукти по чл. 267 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, както и такъв по надзор на пазара с медицински изделия по чл. 86 от Закона за медицинските изделия, длъжностните лица от ИАЛ са упражнили непосредствен контрол върху дейностите по съхранение и търговия с лекарствени продукти и медицински изделия, извършвани от лица притежаващи разрешения/удостоверения за търговия на едро и дребно с лекарствени продукти и с медицински изделия, за установяване спазването на изискванията за Добра дистрибуторска практика, ЗЛПХМ, ЗМИ и на подзаконовите нормативни актове по прилагането им.

На територията на Република България са извършени общо 851 бр. инспекции, в това число:

Фигура 61. Инспекции 2020 г.

Общо инспекции	851
Инспекции на обекти за търговия на едро с ЛП	63
Инспекции на аптеки	723
Инспекции на дрогерии	3
Инспекции на обекти за търговия на едро с МИ	31
Инспекции на производители на МИ	17
Инспекции на други обекти	18
Инспекции на клинични изпитвания на ЛП и на с-мата по лекарствена безопасност	4

Най-често установяваните нарушения при осъществяването на контролната дейност през 2020 г. са следните:

- продажба/отпускане на лекарствени продукти с режим на отпускане „по лекарско предписание“ от магистър-фармацевт, без да му бъде представено лекарско предписание (рецепта);
- продажба/отпускане на лекарствени продукти с режим на отпускане „по лекарско предписание“ от помощник-фармацевт;
- осъществяване на дейност по отпускане на лекарствени продукти от неправомерно лица (без фармацевтично образование);
- неправилно съхранение на термолабилни лекарствени продукти, както и на такива, посочени в Приложение 9 на Наредба № 28 от 9 декември 2008 г. на МЗ – неправилно съхранение на лекарствени продукти с изтекъл срок на годност или на горими и леснозапалими лекарствени продукти.

Специализирана електронна система за проследяване и анализ на лекарствените продукти (СЕСПА)

През м. август 2020 г. Министерството на здравеопазването въведе в експлоатация продукционната среда на Специализираната електронна система за проследяване и анализ на лекарствените продукти по чл. 217б от ЗЛПХМ, с което стартира регистрационния период за задължените субекти.

Към края на 2020 г. са подадени над 2900 заявки за регистрация, които бяха обработени, проверени и одобрени от служители на ИАЛ, в резултат на което към 31.12.2020 г. регистрираните потребители в системата са над 2500.

През 2021 г. се очаква СЕСПА да достигне ниво на пълна функционалност след като всички задължени субекти завършат настройките на всички свои процеси и системи за работа със системата.

Делегиран регламент (ЕС) 2016/161 на Комисията за допълване на Директива 2001/83/ЕО на Европейския парламент и на Съвета чрез установяване на подробни правила за показателите за безопасност, поставени върху опаковката на лекарствените продукти за хуманна употреба

С изменението на ЗЛПХМ (ДВ, бр. 67 от 2020 г.), на ИАЛ бе предоставен безвъзмезден достъп до Националния регистър по чл. 32, т. 1, буква "б)" от Делегиран регламент (ЕС) 2016/161, който обслужва територията на Република България, за целите на упражняване на надзор върху функционирането на регистрите и разследване при съмнение за случаи на фалшифициране, както и за целите на фармакологичната бдителност или фармако-епидемиологията. За изминалата година ИАЛ е генерирала и анализирала 124 доклада за функционирането на регистрите и разследване при съмнение за случаи на фалшифициране и 141 доклада за целите на фармакологичната бдителност или фармако-епидемиологията. От Българска организация за верификация на лекарствата са получени и разследвани повече от 60 сигнала за възможни фалшификации през годината.

Аналитичен контрол на лекарствените продукти

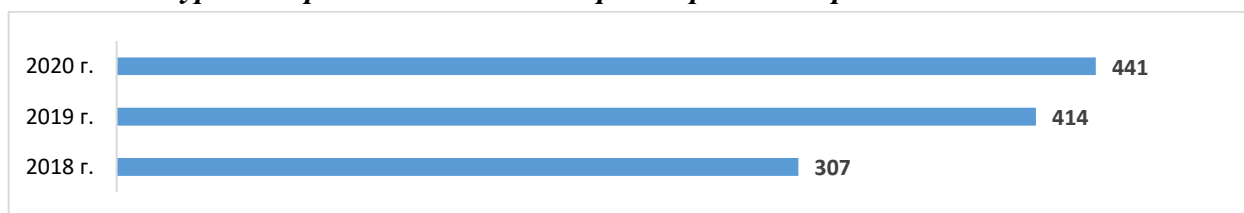
ИАЛ осъществява контрол върху лекарствените продукти посредством извършване на лабораторни анализи и изпитвания.

През 2020 г. са проведени изпитвания на общо 441 проби, постъпили за анализ по различни процедури. Наблюдава се увеличение на броя на анализирани проби с 17,6% в сравнение с пробите през 2019 г.

Фигура 62. Анализирани проби по процедури – 2020 г.



Фигура 63. Сравнение на анализирани проби за периода 2018 г. – 2020 г.



През 2020 г. са проведени общо 1 954 изпитвания, което представлява увеличение с 19,7% в сравнение с 2019 г.

Наблюдение на българския пазар

По Плана за наблюдение на българския пазар са анализирани 106 партии лекарствени продукти, съдържащи активни вещества, както следва: Bisacodyl, Acetylcysteine, Indometacin, Febuxostat, Nystatin, Inosine acedobene dimepramol, Dexamethasone, Dexamethasone sodium phosphate, Meloxicam, Etoricoxib, Hedera helix folium extractum siccum, Verapamil/Trandolapril, Perindopril, Prednisolone, Levofloxacin, Metoprolol, Tobramycin/Dexamethasone, Vinpocetin, Loratadine, Diclofenac, Nimesulide, Sodium nitroprusside. Всички анализирани партии лекарствени продукти са отговорили на изискванията по проведените изпитвания.

ИАЛ извършва официално освобождаване на партии ваксини и лекарствени продукти от човешка кръв или плазма. Съгласно Европейската административна процедура за освобождаване на партии биологични продукти – Official Control Authority Batch Release (OCABR) и Ръководството на СЗО за освобождаване на партии ваксини (WHO TRS No. 978, 2013), през 2020 г. са анализирани общо 261 проби лекарствени продукти във връзка с:

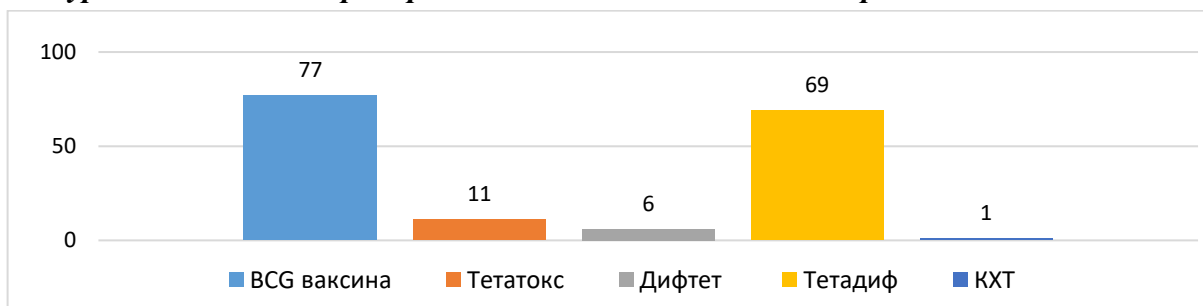
- освобождаване на партии ваксини и лекарствени продукти, получени от човешка кръв или плазма;
- проби от Плана за наблюдение на пазара;
- участия в PTS и външна оценка на качеството;
- споразумение със СЗО за изпитване на БЦЖ ваксина по време на срока на годност;
- програма за стабилност на БЦЖ ваксина;
- възлагане на изпитване от външен ПРУ за освобождаване на партии БЦЖ ваксина.

На проби от Плана за наблюдение на пазара са извършени изпитвания за определяне на микробиологично качество – стерилност (18 броя), общ брой микроорганизми (11 броя), специфични микроорганизми (21 броя – 16 по надзор и 5 по PTS), бактериални ендотоксини (5 броя – 2 по надзор и 3 по PTS), микробиологично определяне активност на антибиотици (3 броя).

Издадените сертификати за освобождаване на партии ваксини и лекарствени продукти, получени от човешка кръв или плазма през 2020 г. са общо 216 /164 сертификата за ваксини и 52 за кръвни продукти и сборни плазми.

Издадени сертификати за освобождаване по типове ваксини са разпределени съгласно графиката по-долу:

Фигура 64. Издадени сертификати за освобождаване на партии ваксини за 2020 г.



Запазва се тенденцията с най- голям брой сертификати за освобождаване е БЦЖ ваксината, следвана от Тетадиф ваксина.

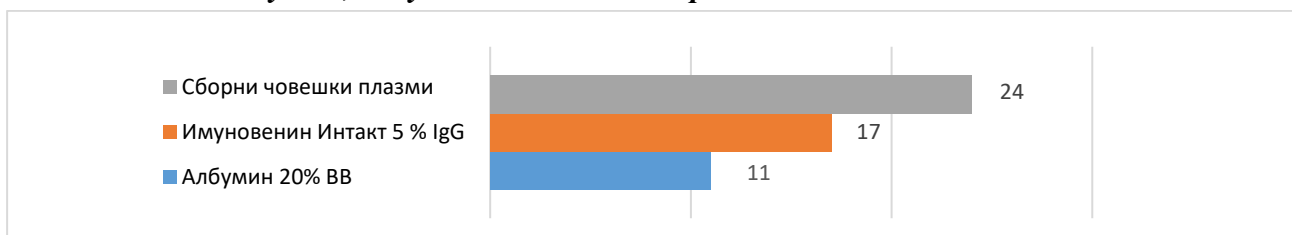
Издадените Европейски/EU OCABR сертификати за партии ваксини през 2020 са 13 броя, а издадените СЗО сертификати през 2020 г. са 151 броя.

Фигура 65. Издадени сертификати за освобождаване на партии ваксини с европейски/ EU OCABR и СЗО сертификат за 2020 г.



Издадените сертификати за лекарствени продукти, получени от човешка кръв или плазма, за освобождаване по чл. 70 от ЗЛПХМ са разпределени съгласно графиката по-долу:

Фигура 66. Издадени сертификати за освобождаване на партии лекарствени продукти, получени от човешка кръв или плазма за 2020 г.



През 2020 г. между СЗО и ИАЛ беше сключено споразумение, с което лабораторията на ИАЛ беше определена за референтна лаборатория на СЗО за независимо изпитване на БЦЖ ваксина на различни производители, както и за представяне на Годишен доклад за дейностите по освобождаване на преквалифицираните ваксини на Бул Био НЦЗПБ.

■ Проследяване на лекарствената безопасност

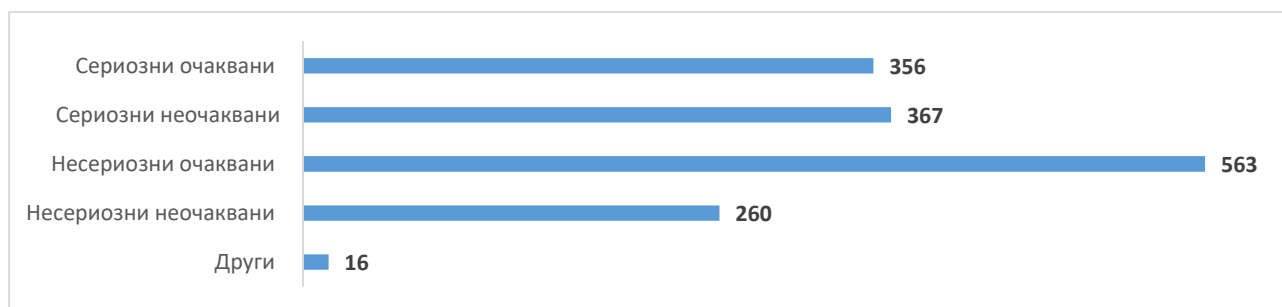
Съобщения за нежелани лекарствени реакции

Част от отговорностите на ИАЛ включват приемане и оценка на съобщения за нежелани лекарствени реакции (НЛР). През 2020 г. получените, обработени и оценени първични и последващи съобщения показват спад в сравнение с предходната година. Техният общ брой е 2012, от които 1982 съобщения са оценени като валидни. Първичните съобщения са 1562, а последващите 420.

Фигура 67. Валидни първични и последващи съобщения за нежелани лекарствени реакции за 2020 г.

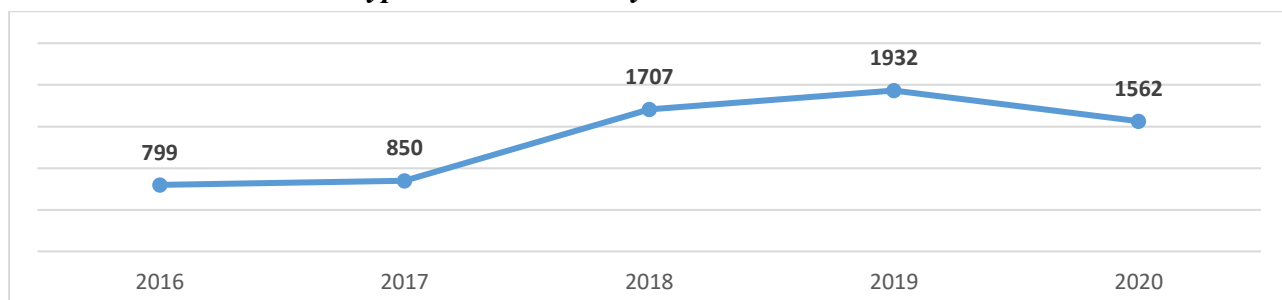


Фигура 68. Съобщения за нежелани лекарствени реакции по отношение на сериозност и очакваност за 2020 г.



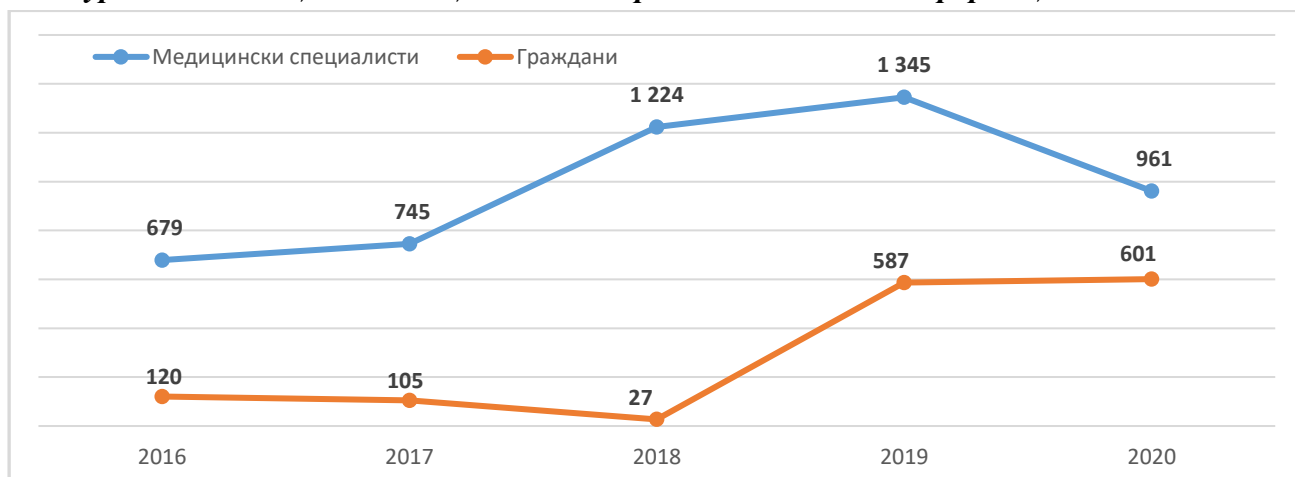
Фигурата по-долу представя динамиката в съобщителната активност за последните 5 години.

Фигура 69. Валидни случаи с НЛР 2016 – 2020 г.



Съобщаваемостта от пациенти слабо нараства от 587 през 2019 на 601 през 2020 г.. От медицински специалисти са получени 961 съобщения.

Фигура 70. Тенденции в съобщаването според източника на информация 2015 – 2020 г.



Макар и по-ниска през 2020 г., съобщаваемостта от медицински специалисти и граждани продължава да се осъществява предимно чрез докладване през фармацевтичните компании, притежатели на разрешенията за употреба (1330 или 85% от съобщенията). Докладването от пациенти към ИАЛ все пак продължава да нараства, макар да е относително по-слабо отколкото докладването им чрез притежателите на разрешения за употреба.

Съобщения за нежелани реакции след ваксиниране

През 2020 г. от територията на България са направени 97 съобщения за нежелани реакции след ваксиниране, които представляват 6,2% от общия брой валидни първични съобщения

Фигура 71. Съотношение на НРВ спрямо общ брой първични НЛР 2020 г.

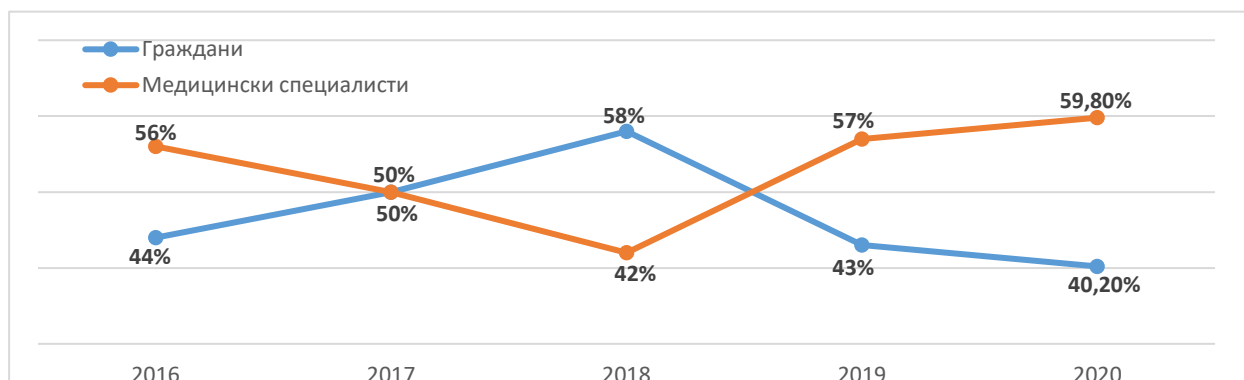


Таблица 50.

	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Относителен дял на НРВ спрямо общия брой валидни НЛР	6%	7%	+	6%	6%

Директно в ИАЛ са получени 37 от съобщенията за нежелани реакции след ваксиниране (5 от медицински специалисти и 32 от граждани, а чрез притежателите на разрешения за употреба са получени 60 съобщения (53 от медицински специалисти и 7 от граждани). Общо получените съобщения от медицински специалисти са 58 (59,7%), а от граждани 39 (40,2%).

Фигура 72. Относителен дял на съобщения за нежелани реакции след ваксинация, съобщени от граждани за 2016 г. – 2020 г.

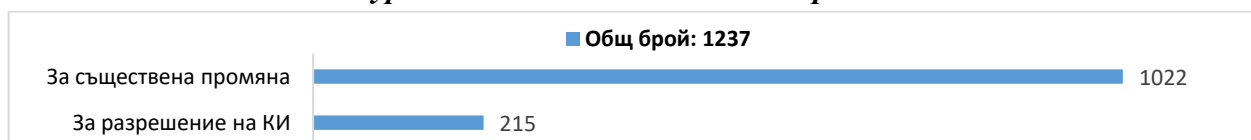


Клинични изпитвания

ИАЛ осъществява регулаторната и контролната дейност върху провежданите в страната клинични изпитвания (КИ). Това включва оценяване на документацията за издаване на разрешения за провеждане на клинични изпитвания с лекарствени продукти, както и последващ контрол върху хода на изпитванията. ИАЛ поддържа Регистър на разрешените клинични изпитвания, както и подава информация за клиничните изпитвания в европейската база данни EudraCT.

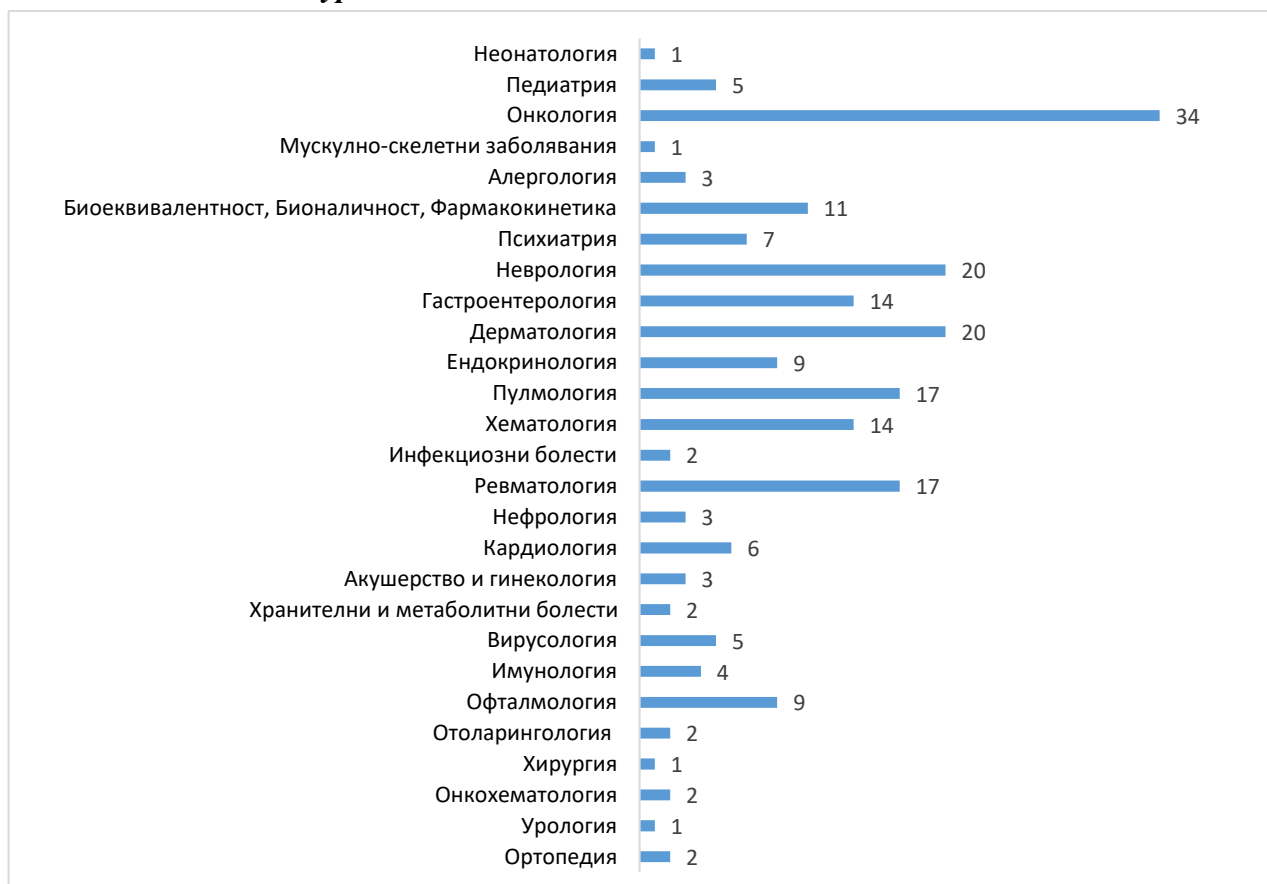
През 2020 г. в ИАЛ са постъпили 215 заявления за разрешаване на нови клинични изпитвания и 1 022 заявления за одобрение на съществена промяна. Общият брой заявления е 1 237.

Фигура 73. Заявления постъпили през 2020 г.

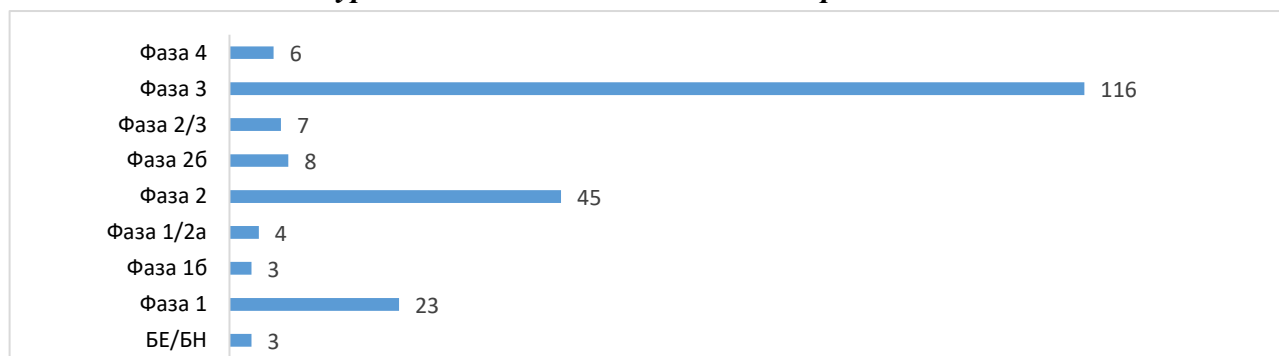


През 2020 г. областите с най-голям интерес за възложителите на клинични изпитвания са Онкология (15,8%) Психиатрия и Гастроентерология (по 9,3%), Ревматология и Пулмология (по 7,9%)

Фигура 74. Клинични изпитвания по области 2020 г.



Фигура 75. Клинични изпитвания по фази за 2020 г.



Неинтервенционални проучвания

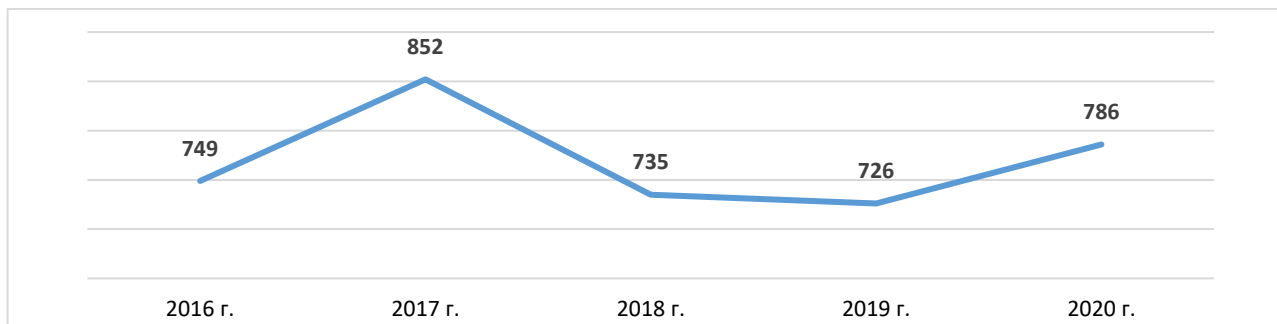
През 2020 г. в ИАЛ са оценени 9 нови неинтервенционални проучвания и 26 съществени промени в разрешени за провеждане неинтервенционални проучвания.

Лекарствена информация

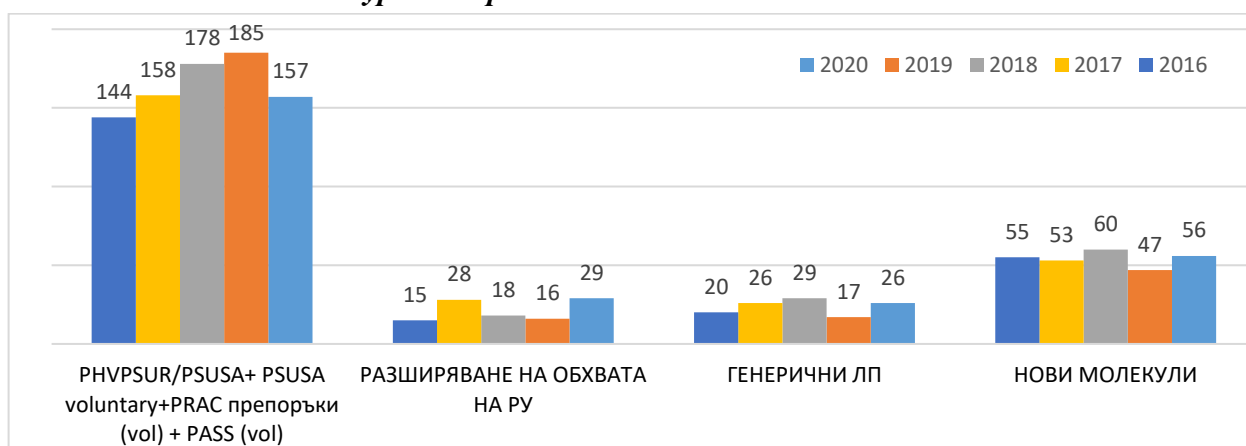
Въз основа на споразумение за сътрудничество между ИАЛ и ЕМА, експерти от ИАЛ извършват оценъчна и експертна дейност чрез лингвистична проверка на продуктовата информация на лекарствените продукти, които се разрешават за употреба по централизирана процедура от Европейската комисия (Кратка характеристика на продукта, данни върху опаковката и в листовката).

За периода се наблюдава тенденция за увеличаване на процедурите за лекарствени продукти, съдържащи нови молекули, генерични лекарствени продукти, разширяване на обхвата на разрешението за употреба.

Фигура 76. Динамика на оценени продуктови информации по централизирана процедура 2016-2020 г.



Фигура 77. Сравнителен анализ 2016 – 2020 г.



За периода 2016-2020 г. се регистрира относително намаляване на броя на процедурите, обект на допълнително съгласуване, което е един от индикаторите за успешна работа на екипа, ангажиран с тази дейност.

Ежемесечно се актуализира Списъка на разрешените за употреба лекарствени продукти, които се отпускат без лекарско предписание, като през 2020 г. са актуализирани 1015 позиции.

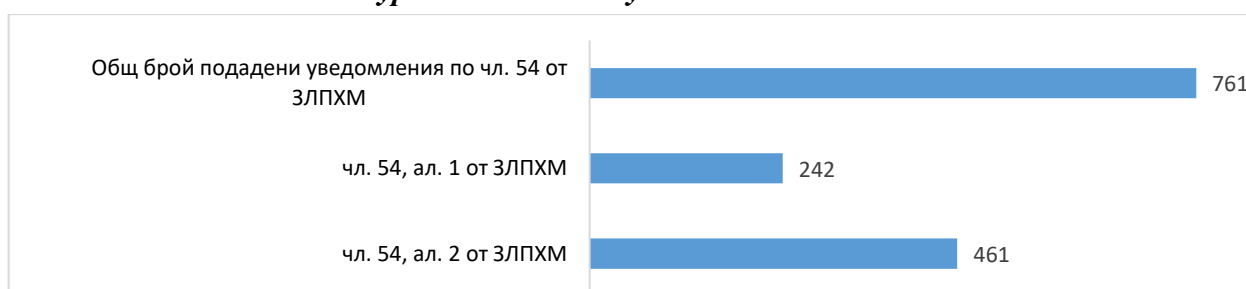
На интернет страницата на ИАЛ се публикува Бюлетин с информация за новоразрешените лекарствени продукти (нови за страната молекули и комбинации, нови търговски имена, лекарствени и/или дозови форми, подновени разрешения за употреба и промени в разрешението за употреба) и за лекарствените продукти, чиито разрешения за употреба са прекратени. Бюлетинът се публикува ежемесечно с актуалната информация.

Фигура 78. Актуализации чрез публикуване на бюлетин 2020 г.

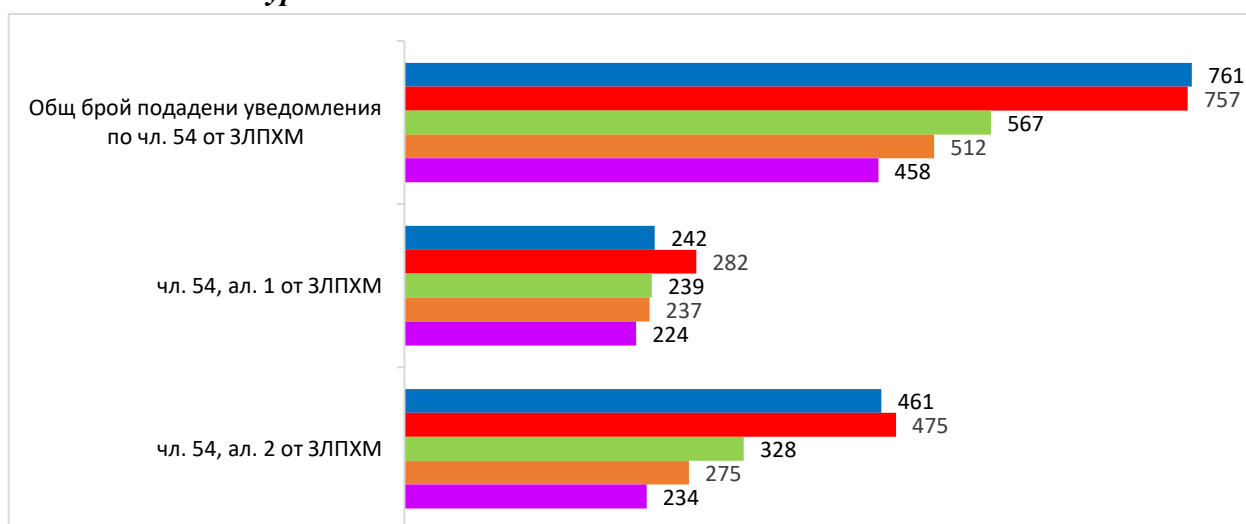


В ИАЛ постъпват от притежателите на разрешения за употреба уведомления за датата на действителното пускане на пазара в България на лекарствените продукти, както и за временно или постоянно преустановяване на продажбите.

Фигура 79. Подадени уведомления за 2020 г.



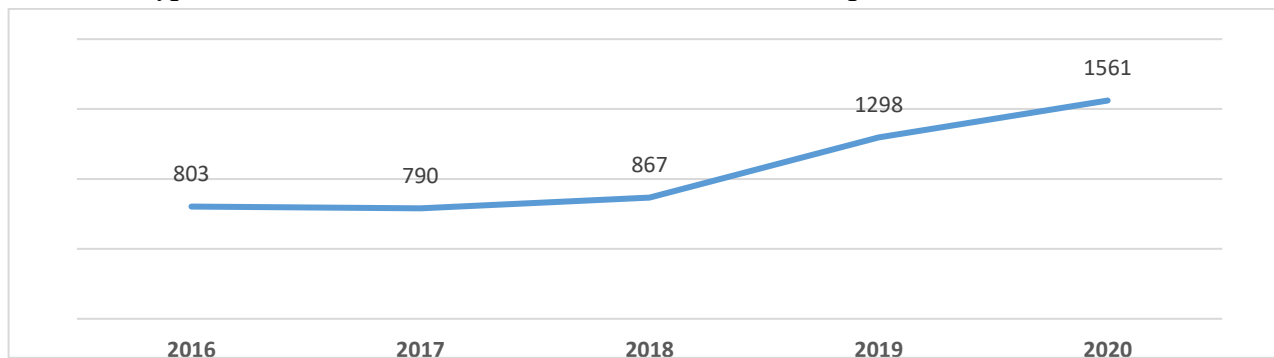
Фигура 80. Уведомления по чл. 54 от ЗЛПХМ 2016 – 2020 г.



През 2020 г. най-честите причини за временно или постоянно преустановяване на продажбите, посочвани от притежателите на разрешения за употреба са: маркетингови, производствени или логистични.

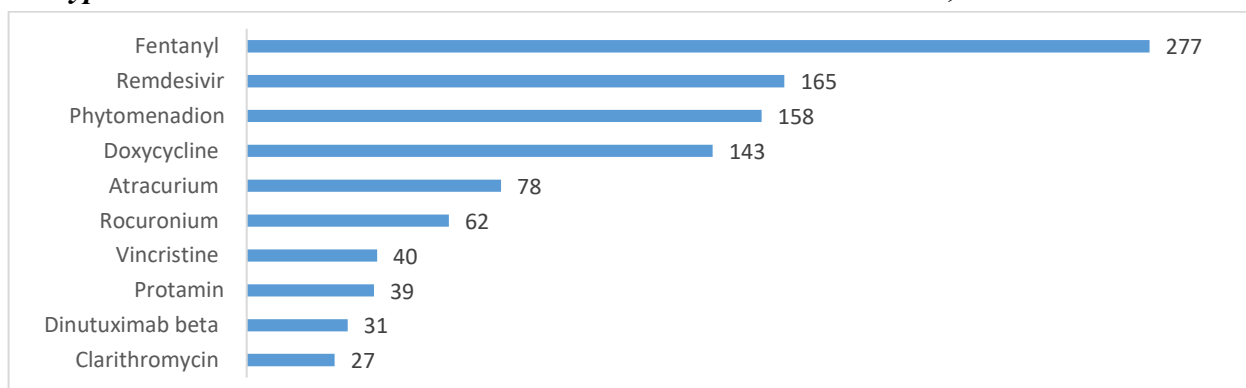
През 2020 г. са изготвени 1 561 становища за внос на неразрешени за употреба в България лекарствени продукти или такива, които не са налични на нашия пазар по реда на Наредба № 10 на МЗ.

Фигура 81. Динамика на становищата за внос по наредба № 10 2016 -2020 г.



От списъка по чл. 266а, ал. 2 от ЗЛПХМ десетте най-често заявявани от лечебните заведения за болнична помощ лекарствени продукти са от следните международни непатентни наименования (INN) са: Fentanyl, Remdesivir, Phytomenadion, Doxycycline, Atracurium, Rocuronium, Vincristine, Protamin, Dinutuximab beta, Clarithromycin

Фигура 82. 10-те най-често заявявани ЛП от списъка по чл. 266а, ал. 2 ЗЛПХМ 2020 г.



Контрол на трансфузионната система

Изпълнителният директор на ИАЛ изпълнява функциите на компетентен орган по отношение на дейността на лечебните заведения свързани с вземане, диагностика, преработка, съхраняване, експедиране, употреба и осигуряване на качество и безопасност на кръвта и кръвните съставки и по отношение на трансфузионния надзор.

Въвеждайки европейските стандарти в хемотрансфузионната система, нашата страна отговаря на изискванията за осигуряване на кръв и кръвни съставки с необходимото качество и безопасност, възможност за проследяемост на кръвта и кръвните съставки от дарител до реципиент и обратно, прозрачност и конфиденциалност на процеса и оптимизиране употребата на кръв и кръвни съставки в клиничната практика.

Наред с контрола по спазване на Добрата практика в системата за качество на структурите в трансфузионната система, през 2020 г. вниманието беше насочено и към новосъздадените лаборатории на кръвните центрове (ЦТХ) за изследване на дарената кръв за маркери на трансмисивни инфекции чрез въвежданата техника за амплификация на нуклеинови киселини (NAT тест) като допълнително, „надграждащо“ изследване. Този процес стартира от началото на 2020, като от експериментално изследване на част от дарената кръв през 2019 г., метода за изследване с NAT тест на всяка единица дарена кръв беше успешно въведен във всички ЦТХ (с изключение на ЦТХ към ВМА). Чрез инспекции ИАЛ активно проследяваше целия процес от инсталирането на апаратурата до въвеждането на документите в системата за качество на кръвните центрове.

Важна част от инспекционния процес на ЦТХ беше оторизиране производството на реконвалесцентна плазма в централите.

Процесът по производство и експедиране за клинично приложение на реконвалесцентна плазма, се извърши съгласно регламентиращите документи, действащи в нашата страна и съответстващи на Програмата на ЕС за осигуряване с COVID-19 реконвалесцентна плазма, представена чрез изготвеното от Европейската комисия – „Ръководството за вземане, изследване, преработка, съхранение, разпределение и мониторинг на получените данни”. Този документ има за цел да улесни общия подход между държавите-членки на Европейския съюз към даряването, изследването, преработката, съхранението, разпределението на реконвалесцентна плазма за лечение на COVID-19.

В края на 2020 г. всички кръвни центрове в страната произвеждат реконвалесцентна плазма от дарители, преболели COVID-19, след разрешение от Министерството на здравеопазването и оторизирането им от ИАЛ.

Трансфузионен надзор

Трансфузионният надзор се извършва от всички звена в трансфузионния процес (ЦТХ, ОТХ, ЛТХ, болници преливащи кръв) с цел проследяемост на кръвните съставки, осигуряване на безопасни кръв и кръвни съставки и предотвратяване условията за повтаряне на нежелани реакции и инциденти в трансфузионния процес.

Надзорът на трансфузионния процес, от даряването на кръв до нейното клинично приложение, се опосредства от работеща Национална информационна система по трансфузионна хематология (НИСТХ).

Съгласно чл. 36 от ЗККК НИСТХ е централизиран регистър на донори и реципиенти, и е изключително важен по отношение на контрола на кръводарителите. Базата данни е достъпна във всички центрове и ОТХ, а данните, въведени в него, могат да се проверяват от всички точки, вземащи кръв. Това изключва от даряване дарителите, които са носители на трансмисивни заболявания и опитващите да дарят по-скоро от изискуемия период между даряванията.

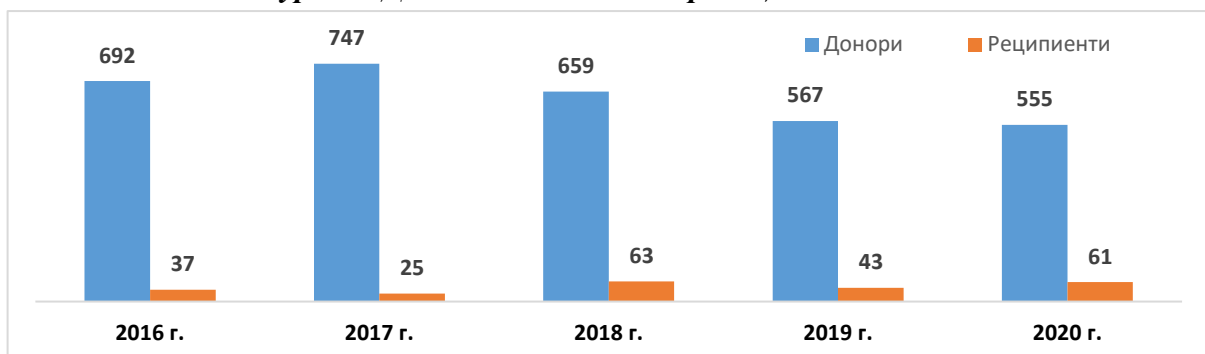
Ролята на трансфузионният надзор и на НИСТХ беше потвърдена и при въведената нова кръвна съставка – реконвалесцентна плазма. Успешно беше въведена в базата и може да се следи производството от ЦТХ на този вид съставка.

През 2020 г. в ИАЛ са постъпили 51 съобщения за нежелани реакции след преливане на кръв или кръвни съставки. Всички те са класифицирани като леки и средно тежки, свързани с приложението на кръв или кръвни съставки и са с благоприятен изход, като пациентите са се възстановили напълно след спиране на кръвопреливането.

През 2020 г. няма постъпила информация в ИАЛ за сериозна нежелана реакция, свързана с качеството на кръв или кръвна съставка, експедирана от централите по трансфузионна хематология.

Постъпили са общо 555 съобщения за нежелани реакции възникнали по време на кръводаряване. Основно леки системни реакции без загуба на съзнание или развитие на хематоми. При всички донори персонала на ЦТХ и ОТХ е реагирал адекватно и възстановяването е пълно и без последствия за здравето на кръводарителя. До голяма степен тези реакции зависят както от даряващия кръв, неговия подбор, така и от опита на служителите, работещи в звената директно ангажирани с кръво вземането в ЦТХ и ОТХ. Не са установени нарушения в процедурите от страна на персонала вземал кръвта. Тези реакции се докладват от ЦТХ и ОТХ и информацията за тях постъпва в ИАЛ своевременно.

Фигура 83. Динамика нежелани реакции 2016 – 2017 г.

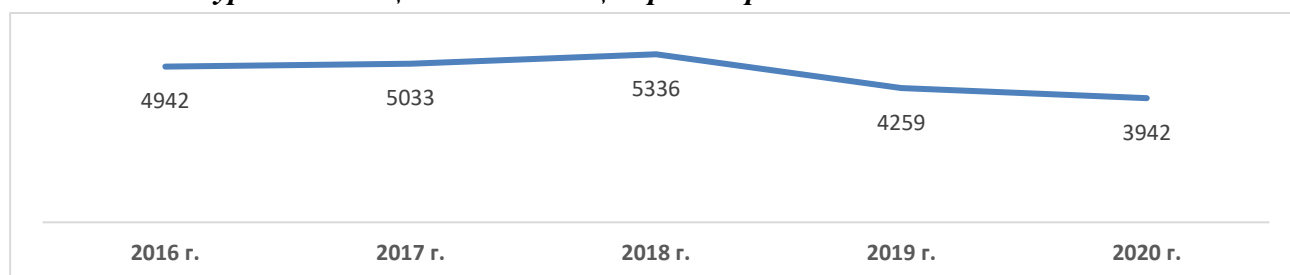


Унищожени единици кръв и кръвни съставки

В ИАЛ, въз основа на подаваната от ЦТХ, ОТХ и преливащите кръв и кръвни съставка лечебни заведения, се поддържа информационна база-данни за унищожените единици кръв и кръвни съставки и причините за това.

През 2020 г. в трансфузионната система са унищожени или предадени за научно-медицински цели 3 942 единици цяла кръв или кръвни съставки (вкл. еритроцитен концентрат, прясно-замразена плазма или тромбоцитен концентрат). Сравнението с 2019 г. показва намаление на общия брой унищожени или предадени за научно-медицински цели единици с 317 броя.

Фигура 84. Унищожени единици кръв и кръвни съставки 2016-2020 г.



Запазва се тенденцията причини за унищожаване на единици да са факторите, които правят кръвта неприложима в трансфузионната система още на ниво преработка и изследване в центровете – 83% от унищожените единици (трансмисивни инфекции, несъответствие на обема взета кръв и наличие на антитела). При произведените кръвни съставки най-голям е процента на унищожените еритроцитни концентрати. Това е кръвната съставка, която се прилага най-често в лечебните заведения, преливащи кръв и кръвни съставки. Въпреки вариация през годините брой на докладваните в ИАЛ унищожени кръвни съставки, през 2020 г. се наблюдава намаление на унищожените съставки.

Наблюдава се драстично спадане на броя унищожени единици поради изтекъл срок на годност. Тази промяна до голяма степен се дължи на комплекс от фактори – по – доброто планиране на нуждите от кръвни съставки, постепенното въвеждане на процедури за връщане на съставки от ОТХ към ЦТХ, движение на кръвни съставки от един ЦТХ към друг ЦТХ, подобреното планиране на транспорта на дарена кръв и др. Намалените количества унищожени единици дават по-добър шанс за снабдяването на лечебните заведения с кръвни съставки.

Предоставяне на информация и комуникации

Изпълнителната агенция по лекарствата предоставя информация на обществеността чрез публикуване на своята интернет страница на актуални данни от регистрите по чл. 19 от ЗЛПХМ, информация относно предоставяните административни услуги, съобщения и указания към медицинските специалисти, фирмите и гражданите, както и друга специализирана информация.

Във връзка със Световната седмица, посветена на осведомеността за отговорно прилагане на антибиотици, през 2020 г. бяха публикувани рекламни материали по повод кампания за нежелани лекарствени реакции.

През 2020 г. във връзка с пандемията от COVID-19 и с цел по-голяма информираност на гражданите и медицинските специалисти на интернет страницата на ИАЛ бе създаден специализиран раздел за COVID-19, на който е публикувана информация за ваксините срещу COVID-19 и друга актуална информация, свързана с борбата с вируса SARS-CoV-2.

3. ДЕЙНОСТИ ПО ОПАЗВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

3.1. Рискови фактори

Социално-икономическите, културните условия, условията на околната, жизнената и трудовата среда оказват съществено въздействие върху индивидуалното здраве и индивидуалните рискови фактори. През 2020 г. специален фокус е поставен върху епидемичната обстановка и започналата икономическа криза в резултат на COVID-19.

3.1.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда (социални детерминанти на здравето)

Доходи и разходи

За периода 2019 – 2020 г. се запазва тенденцията, касаеща ръста на доходите на домакинствата, които и през последните години леко изпреварват този на разходите. Реалните доходи на домакинствата нарастват с 4.4% през 2020 г. в сравнение с предходната 2019 г., като най-висок е индексът на реалните доходи през 2020 г. спрямо 2011 г. – 165.9% (Фигура 85). През 2020 г. годишният общ доход средно на лице от домакинство е 7002 лв. и нараства с 6.2% спрямо 2019 г. За последните 10 години (периода 2011-2020 г.) общият доход средно на лице от домакинството се увеличава близо 1,9 пъти.

В структурата на общия доход за периода 2011-2020 г. продължава да се запазва най-висок относителен дял на дохода от работна заплата. През 2020 г. той е 56.1% или с 0.5% по-малко в сравнение с 2019 г. и повече с 4.3% спрямо 2010 г.

Световна тенденция е спадът в доходите на населението поради загуба на работни места или съкращения на работното време заради короновируса (всеки втори човек е засегнат, особено в страните с ниски доходи).

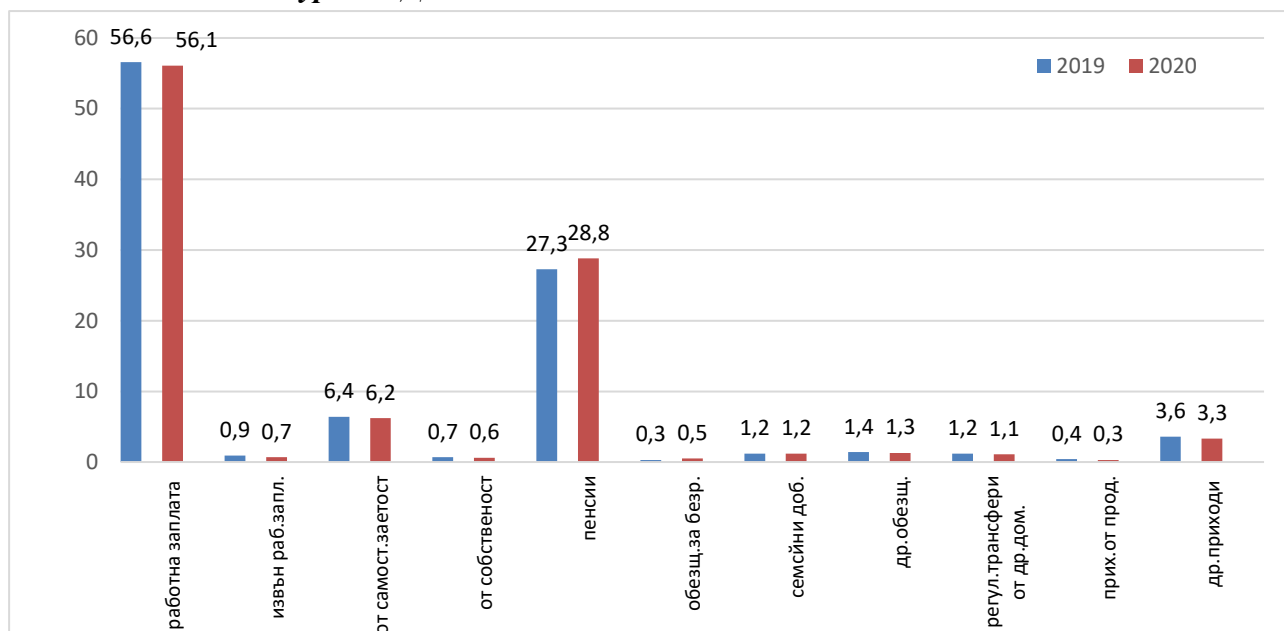
През 2020 г. доходите от всички социални трансфери (пенсии, обезщетения за безработни, семейни помощи за деца и др. социални помощи и обезщетения) формират 31.8% от общия доход на домакинствата.

От получените социални трансфери с най-висок относителен дял в общия доход на домакинствата са доходите от пенсии – 28.8%, който е с 1.5% повече в сравнение с 2019 г. и с 1.3% по-малко с в сравнение с 2011 г.

През 2020 г. относителният дял на доходите на домакинствата от самостоятелна заетост в общия доход на домакинствата е 6.2% и намалява с 0.2% в сравнение с 2019 г. и с 1.4% спрямо 2011 г.

Относителният дял на дохода от трудова дейност извън работна заплата е 0.7% и намалява с 0.2% спрямо 2019 г. и с 0.6% спрямо 2011 г.

Фигура 85. Доходи на домакинство за 2019 г. и 2020 г. в%



Източник: НСИ

През периода 2011 – 2020 г. са регистрирани следните по-важни изменения по отношение на източниците на общия доход средно на лице от домакинство:

- Доходът от работна заплата през 2020 г. е 3927 лв. и се увеличава с 5.3% спрямо 2019 г., а нарастването му в сравнение с 2011 г. е два пъти;
- Доходите от пенсии за последната година са 2018 лева. Те нарастват с 12.0% спрямо 2019 г. и със 77.0% в сравнение с 2011 г.
- Доходите от самостоятелна заетост през 2020 г. са 434 лв. и се увеличават с 3.1% спрямо 2019 г., а спрямо 2011 г. с 50.7%.
- Доходът от трудова дейност извън работна заплата за последната година е 46 лв. и намалява спрямо 2019 г. с 17.9%, а в сравнение с 2011 г. – с 8.0%.
- Доходите от други социални трансфери (обезщетения за безработни, семейни надбавки за деца и други социални помощи и обезщетения) през 2020 г. са 204 лв. Те нарастват с 5.2% спрямо 2019 г. и с 63.2% спрямо 2011 г.

Разходи

Разходите продължават да следват тенденцията на динамичните промени в доходите и изпреварват в своя ръст приходите. Пандемията свива разходите в ЕС и увеличава спестяванията.

По данни на НСИ през 2020 г. българските домакинства са изразходвали 6220 лв. средно на лице, което е почти без промяна в сравнение с 2019 г. За периода 2011 – 2020 г. разходите на домакинствата се увеличават 1.8 пъти.

Относителният дял на потребителския разход от общите разходи на домакинството намалява от 84.0% през 2011 г. на 81.3% през 2020 г.

Относителният дял на разходите за храна от общия разход е 30.1%, което е с 0.6% повече в сравнение с 2019 г. и с 6.1% по-малко спрямо 2011 г.

Относителният дял на разходите, свързани с жилището, през 2020 г. се увеличават с 0.8% спрямо 2019 г., а спрямо 2011 г. се покачват с 1.1% .

Относителният дял на разходите за транспорт и съобщения в общия разход за периода 2011 -2020 г. е в рамките на 11-12% .

Относителният дял на разходите за данъци и социални осигуровки е 13.8% от общия разход през 2020 г., което е с 0.6% повече в сравнение с 2019 г. и с 2.8% спрямо 2011 г.

За периода 2011-2020 г. се отчитат следните промени на групите разходи:

Средно на домакинство изразходваните средства за храна и безалкохолни напитки през 2020 г. са на стойност 1872 лв. средно на лице от домакинство, или с 2.1% повече спрямо 2019 г. и с 48.0% спрямо 2011 г.

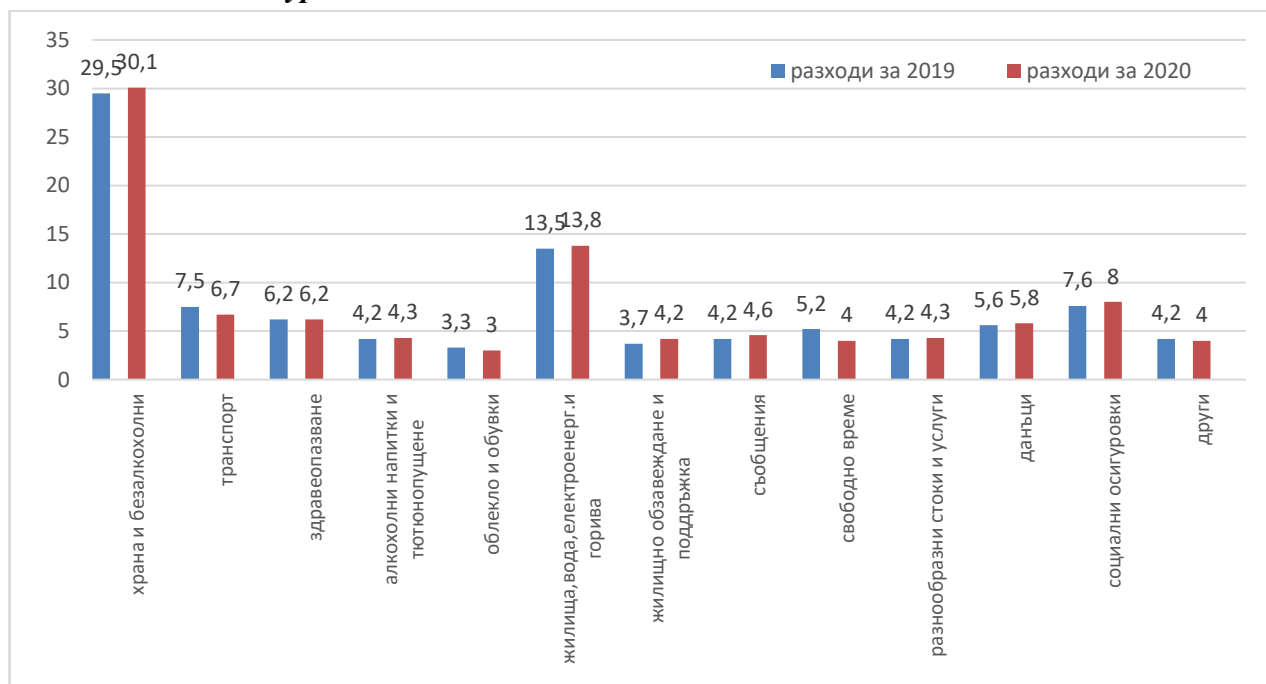
Делът на разходите, свързани с жилището (вода, електроенергия, горива, жилищно обзавеждане и поддръжане на дома) през 2020 г. са 1121 лв. средно на лице от домакинство. В сравнение с 2019 г. те нарастват с 5.1% и се увеличават с 90.3% спрямо 2011 г.

За транспорт и съобщения през 2020 г. са изразходвани 700 лв., което е с 4.1% по-малко спрямо 2019 г. и 1.9 пъти повече спрямо 2011 г.

Разходите за свободно време, културен отдих и образование през 2020 г. са 250 лева. В сравнение с 2019 г. те намаляват с 22.4%, а спрямо 2011 г. се увеличават 2.1 пъти.

Делът на разходите за данъци и социални осигуровки е 860.00 лева, което показва нарастване с 4.9% в сравнение с 2019 г. и над 2 пъти спрямо 2011 г.

Фигура 86. Разходи на домакинство за 2019 г. и 2020 г. в%



Източник : НСИ

Разходи за здравеопазване

Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. През последните 9 години с изключение на 2012 г. и 2015 г. се наблюдава тенденция на запазване нивото на публичните разходи за здравеопазване. Според комитета за Икономическа политика към ЕК от 2018 г. се предвижда делът на публичните разходи за здравеопазване да продължава да нараства през периода 2016 – 2070 г. с 0.2% от БВП. По данни на Евростат, като цяло здравеопазването продължава да заема второто по размер в бюджетните разходи перо след разходите за социална защита. По разходи за здравеопазване като част от БВП – 8.1% държавата е на средно европейско равнище в общността. Запазва се организацията на действащата здравна система, при която българският пациент да доплаща най-много средства от себе си за здравна услуга, докато я получава (48%), в сравнение с останалите пациенти в Европа, които доплащат 20-25%. Най-голям дял от доплащанията продължават да са за медикаменти и медицински изделия – над 40%. Предимно се увеличават разходите за иновативни и скъпоструващи медикаменти, което от своя страна води до нарастваща нужда от измерване на ефективността на лечението им (лекарства с протокол, лекарства за домашно лечение, медицински изделия, помощни средства, лекарства за злокачествени заболявания).

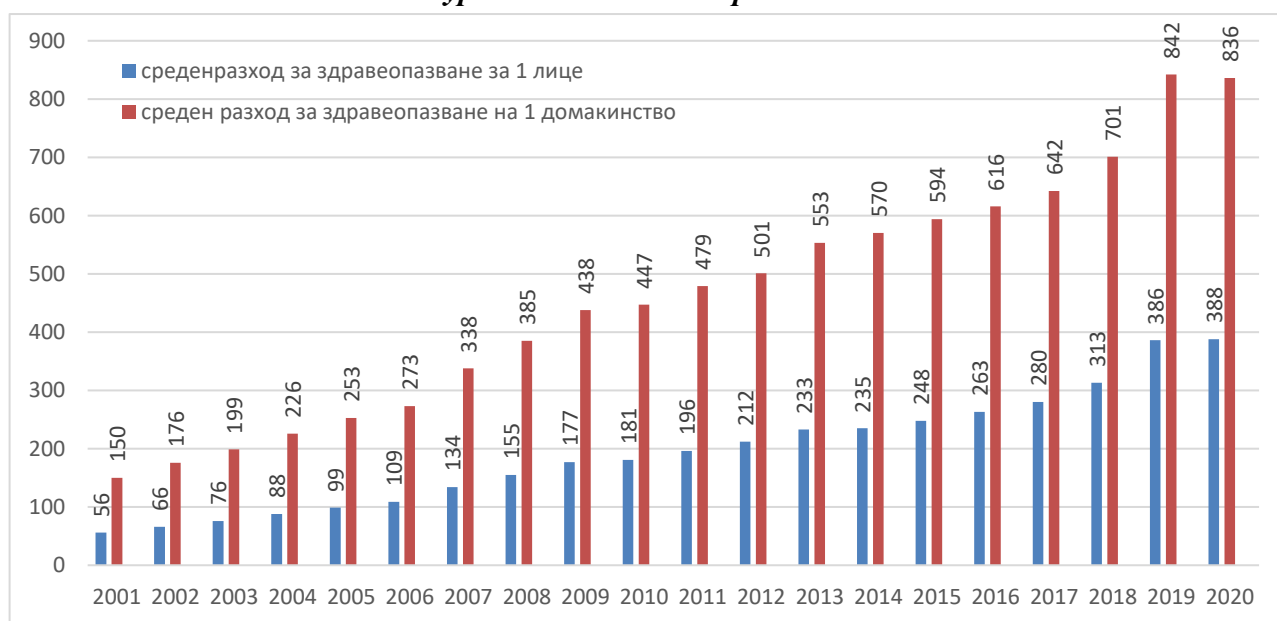
България остава сред страните в ЕС, които продължават да отделят значително по-малко средства за здравеопазване, в сравнение със средното ниво на страните-членки. Дългосрочните грижи не са включени в пакета здравни дейности. Високото равнище на плащанията със собствени средства значително ограничава финансовата защита на всички, като се отразява особено неблагоприятно на най-бедните слоеве от населението. Почти половината от българските домакинства срещат трудности при покриване на разходите си за здравеопазване (разходи за обществено и частно здравеопазване, консултации със специалист, лечение, медикаменти и т.н.). Една част от тези разходи се реимбурсират. Здравните разходи са по-сериозен проблем за хората с ниски доходи (40%), но и хората с по-високи доходи изпитват затруднения (27%). Всеки десети българин е изпитвал много сериозни проблеми да плати своите разходи за здраве при 4.2% средно в ЕС. У нас затруднения за плащане на здравни разходи имат 15.4%, а за относителни проблеми в тази насока съобщават 21.1% от хората. Съвсем лесно обаче плащат тези разходи 38.8% от българите. Две трети от европейците в ЕС не срещат проблеми при покриване на здравните си разходи. Запазва се тенденцията за прехвърляне на финансовата тежест все повече към бюджетите на домакинствата, без да се разпределя рискът и без да се осигурят възможности за контрол на разходите и качеството на здравните услуги.

Съотнесени с размера на населението обаче, разходите за здравеопазване (публични и частни) у нас са едни от най-ниските в ЕС – 590 евро на човек от населението при средно равнище от 2887 евро в ЕС. За 2019 г. делът публичен разход за здравеопазване от БВП се запазва на равнището на предходната 2018 г. Публичните разходи, свързани с мерките за COVID-19, през 2020 г. възлизат на 3.4 млрд. лв. (ваксини, лекарства, безработица, мярка 60/40, мярка 85%, 1000 лв. за медиците на първа линия, добавки към пенсиите). Относителният дял на разходите за здравеопазване през 2020 г. е същият както през 2019 г.- 6.2%, или с 0.6% повече от 2011 г.

Средният разход за здравеопазване на едно домакинство през 2000 г. е 139 лв., през 2011 г. е 479 лв., за 2016 г. е 616 лв. През 2019 г. достига до размер от 842 лв., докато за 2020 г. е 836 лв. Средният разход за едно лице през 2000 г. е 50 лв., през 2011 г. е 196 лв., през 2016 г. се увеличава до 263 лв. За 2019 г. достига стойност от 386 лв. и 388 лв. за 2020 г. – с 0.5% повече от 2019 г. и два пъти повече спрямо 2011 г.

Разходите за здравеопазване нарастват с 56% за периода 2016-2020 г. като 25% от разходите на глава от населението са насочени към здравеопазване.

Фигура 87. Разходи за здравеопазване



Източник: НСИ

Потребление

През 2020 г. настъпват промени в потреблението на домакинствата спрямо 2019 г. Запазва се тенденцията за намаляване на консумацията на хляб и тестени изделия средно на лице от домакинството с 2.0 кг и месни произведения с 0.2 кг. Увеличава се консумацията на плодове с 1.8 кг, на зеленчуци с 0.3 кг, на кисело мляко с 0.4 кг, на прясно мляко с 1.1 литра и на безалкохолни напитки с 1.7 литра.

Намалява потреблението средно на лице от домакинството на алкохолни напитки от 32.6 литра на 31.7 литра и на цигари от 733 на 727 броя.

Покупателната способност през 2020 г. се увеличава в сравнение с 2019 г. за повечето хранителни продукти. Най-много е нараснала покупателната способност при картофи, яйца, бял хляб, домати и краставици и намалява при ябълки, захар, ориз, малотрайни колбаси, свинско и птиче месо.

През 2020 г. собствени жилища притежават 92.2% от домакинствата, а 4.1% ползват жилище без да плащат наем. От домакинствата 3.7% плащат наем, от които 2.5% плащат свободен наем и 1.2% – общински наем. Второ жилище притежават 8.9% от домакинствата. Съществени различия в благоустройството на жилищата има в градовете и селата.

Компютър притежават 52.0% от домакинствата, като се запазва голям дялът на тези, които преценяват, че нямат нужда от прилагането му. Наличие на интернет връзка в жилището притежават 59.6% от домакинството, докато 37.5% посочват, че нямат необходимост от такава връзка в дома си. Все още 1.2% от домакинствата са без телефон (стационарен или мобилен), докато 16.5% от домакинствата притежават и двата вида телефони. От предметите за дълготрайна употреба най-разпространен е телевизорът (99.3%), на второ място е притежание на хладилник или фризер.

Автомобили имат 52.0% от наблюдаваните домакинства като 5.3% притежават два и повече автомобила. По финансови причини 9.1% от домакинствата не могат да закупят и поддържат автомобил. Климатизици притежават 44.4% от домакинствата, а 17.8% не могат да си закупят този вид техника поради липса на финансови средства.

Бедност

Борбата с бедността и социалното изключване е една от конкретните цели на ЕС и неговите държави – членки в областта на социалната политика. Бедността е фактор с многопосочно въздействие върху здравето с неговите биологични, психични и социални измерения. Не съществува универсално европейско решение за бедността и социалното изключване. Целите на ООН за устойчиво развитие за периода 2015 г. – 2030 г. представят визия за свят, свободен от бедност, глад и болест.

През последните години гражданите на общността в Европа и в света изпитват непрекъснати финансови затруднения и поради това прибегват до спестяванията си, дори и за да покрият ежедневни разходи. През 2019 г. и 2020 г. на този фон дялът на домакинствата, заплашени от бедност и социално изключване, като средна стойност в ЕС, се запазва относително устойчив. На национално ниво има държави, сред които и България, в които заплахата от увеличаването на бедността нараства през последните години.

Линията на бедност за България за 2020 г. е 451.00 лева средномесечно на лице от домакинството и бележи ръст от 9.2% спрямо предходната 2019 г. (431.04 лв.). По данни на НСИ при този размер на линията под прага на бедност са били 1.659 млн. лица, или 23.8% от населението на страната. В сравнение с предходната година размерът на линията на бедност нараства с 9.2%, а относителният дял на бедното население нараства с 1.2%. Покачва се и дялът на лицата, живеещи под линията на бедност през 2020 г. – 4.7%, което не е констатирано от 2017 г. Системата за социална защита продължава да има съществено значение за редуциране на бедността. Данните за 2020 г., както и за 2019 г. показват, че благодарение на пенсиите и влиянието на социалните трансфери се намаляват бедността и неравенството, което е все още много незначително, отколкото в останалите европейски страни – проблем на българската данъчна и преразпределителна система. Съответно при изключване на пенсиите и останалите

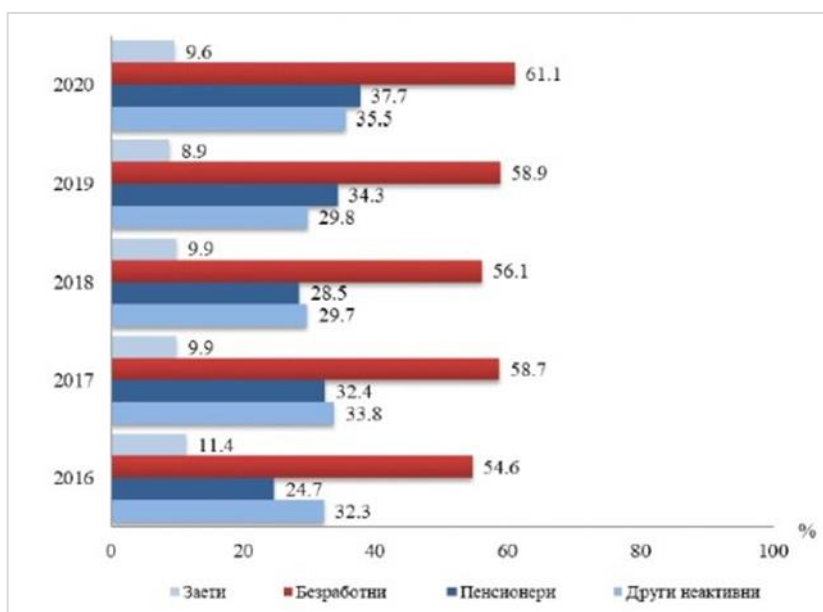
социални трансфери равнището на бедност нараства до 41.7%, или с 17.9%. Данните за 2020 г. показват, че ако в доходите на домакинствата се включат доходите от пенсии, но се изключат останалите социални трансфери (обезщетения, социални и семейни помощи и добавки), равнището на бедност се повишава от 23.8% до 29.9% или с 6.1%.

Основният фактор, който увеличава риска за попадане в групата на бедните за преобладаващата част от населението, е тяхната икономическа активност и участието им на пазара на труда. За целия период на наблюдение относителният дял на бедните е най-висок сред безработните лица, които са 61.1% за 2020 г., който е по-висок спрямо 2019 г. (58,9%). Рискът от бедност при безработните мъже е с 12.3% по-висок в сравнение с безработните жени.

През 2020 г. делът на бедните сред заетите лица във възрастовата група 18-64 години нараства спрямо предходната 2019 г. с 0,7% до 9,7%. Ситуацията варира много според вида на трудово-правните отношения – при работещите на непълно работно време рискът за изпадане в бедност е приблизително четири пъти по-висок от този при работещите на пълно работно време. Същевременно рискът от бедност през 2020 г. сред работещите жени е с 1.2% по-нисък от този при мъжете. Работодателските организации правят опити за пробив в трудовото законодателство и предоставяне на възможност за “по-гъвкаво“ работно време. По време на коронавирусната пандемия се практикуваше по-често „работа от вкъщи“.

Нараства и делът на заетите бедни – 9.6%, както и на бедните пенсионери – 37.7%. Този ръст отразява най-вече повишаването на линията на бедност, която оставя под нея домакинствата, които разчитат на един доход, близо до минималната заплата или до минималната пенсия.

Фигура 88. Относителен дял на бедните по икономическа активност



Източник: НСИ

Образователното равнище продължава да оказва съществено влияние върху риска от бедност при заетите лица. Най-висок е относителният дял на работещите бедни с начално и без образование. С нарастване на образователното ниво относителният дял на бедните сред работещите намалява. Образованието остава най-важният фактор, който предопределя бедността – през 2020 г. Образователното равнище оказва съществено влияние върху риска от бедност при заетите лица. Най-висок дял е относителният дял на работещите бедни с начално и без образование- 65,7%. С нарастване на образователното равнище относителният дял на бедните сред работещите намалява два пъти за лицата с основно образование и над осем пъти за лицата със средно образование. Делът на работещите бедни с висше образование е най-нисък 2,4%. Това разпределение подчертава факта, че задържането в училище и повишаването на

достъпа и качеството на образованието са най-сигурните политики за борба с бедността, особено в дългосрочен план.

Оценките на бедността в зависимост от типа на домакинството показват, че най-висок е относителният дял на бедните сред едночленните домакинства с лице на възраст над 65 години (61.8% за 2020 г.), както и домакинствата с три и повече деца (59.2% за 2020 г.). Най-голямо намаление на риска от бедност през 2020 г. в сравнение с 2019 г. се наблюдава при домакинствата с двама родители под 65 години с 4.0%. Сред едночленните домакинства рискът от бедност при жените е с 16.7% по-висок, отколкото при мъжете. Ако в домакинството живее едно лице над 65 години, рискът от бедност е с 37.7% по-висок от домакинство, в което живее едно лице под 65 години.

От 2015 г. към въпросника за изследване на бедността е добавен въпрос за етническата принадлежност на лицата в отговор на нарастващата нужда от информация за домакинствата по етнически признак, включващ и оценка на бедността.

През 2020 г. най-висок е относителният дял на бедните сред лицата, самоопределящи се от ромската етническа група – 66.2%, а най-нисък – сред лицата, самоопределили се от българската етническа група – 17.8%. Според икономическата им активност се забелязват съществени различия сред отделните етнически групи. Сред бедните от българската и турската етнически групи преобладават пенсионерите, съответно 56.6% и 36.5%, докато при ромската етническа група най-висок е относителният дял на работещите – 28.9%. По отношение на безработните лица най-висок е относителният дял на бедните безработни от ромската етническа общност – 31.6%, докато при турската етническа група този процент е 16.5% и 10.4% е при българската етническа група.

Образователното равнище оказва силно влияние и при трите етнически групи. С нарастване на образователното ниво и при трите етнически групи рискът от бедност за работещите лица намалява.

Бедността сред ромите остава много висока – малко над 2/3 от всички роми са в групата на бедните, а 79.4% са в риск от бедност и социално изключване. Притеснително е и обстоятелството е 1/3 от бедните роми са работещи, което насочва към неспособността им да се реализират на места, които предлагат много над минимално възнаграждение. Същевременно 26% от ромите живеят в домакинства с нисък интензитет на икономическа активност. Следователно борбата с бедността по необходимост минава и през по-пълната интеграция на ромите на пазара на труда.

Домакинства с материални лишения

Най-голям процент лица изпитват затруднения, когато не могат да посрещнат неочаквани финансови разходи със собствени средства – 435%. Не могат да си позволят едноседмична почивка извън дома 39.3% от лицата, а 27.5% се ограничават при отопление на жилището. Затруднения при плащането навреме на разходите, свързани с жилището си, имат 23.6% от лицата. През 2020 г. 19.4% от населението живее в материални лишения (ограничения в 4 от 9 показатели).

Лицата, живеещи в домакинства с нисък интензитет на икономическа активност, се дефинират като лица от възрастовата група 0-59 години, живеещи в домакинство, където възрастните (18-59 годишните, с изключение на учащите се от възрастовата група 18-24 години) работят под 20% от техния потенциал през референтната година.

През 2020 г. в домакинства с нисък интензитет на икономическа активност живеят 296.2 хиляди лица на възраст 18 – 59 г. или 7.9% от населението, като спрямо 2019 г. относителният им дял намалява с 0.8%, а дялът на мъжете (8.1%) е с 0.4% по-висок от този при жените (7.7%).

Комбиниран индикатор

Изследването на доходите и условията на живот (EU – SILC), в което България участва като част от Европейския съюз и следва определени цели по ключови области в стратегията „Европа 2020“, дава възможност за изчисляване на комбиниран показател за регулярен мониторинг на напредъка на отделните страни. Показателят, който се нарича „риск от бедност и социално изключване“ включва лица, живеещи в риск от бедност, с материални лишения и в домакинства на безработни или с нисък интензитет на икономическа активност. Комбинирането на трите показателя показва, че през 2020 г. 32.1% от населението или 2 231.5 хил. лица са били в риск от бедност и социално изключване. Стойността на показателя намалява с 0.4% спрямо 2019 г., повече при мъжете – с 0.7%, в сравнение с жените – 0.2%.

2020 година като цяло се характеризира с леко повишаване дела на бедните, запазване на високо подоходно облагане и промени в материалните лишения на домакинствата. Наблюдава се леко свиване на показателите за подоходно неравенство, като между 2019 г. и 2020 г. отношението между дохода на най-горния и най-долния квинтил (S80 / S20 индекс) намалява с 0.1 пункта до 8, а коефициентът на Джини – с 0.8 пункта до 40.0. Това обаче не отразява подобрения в доходите на ниските доходни групи, а по-скоро намаляването на ръста на доходите от работна заплата. Въпреки този лек спад обаче, неравенството в доходите остава високо.

Деца в риск

През 2020 г. 28.3% от децата или всяко четвърто дете на възраст от 0 до 17 години в България е било изложено на риск от бедност, което е влошаване на ситуацията с 0.8 процентни пункта спрямо 2019 г. Социалните трансфери към домакинствата намаляват риска от бедност сред децата с 10.3%.

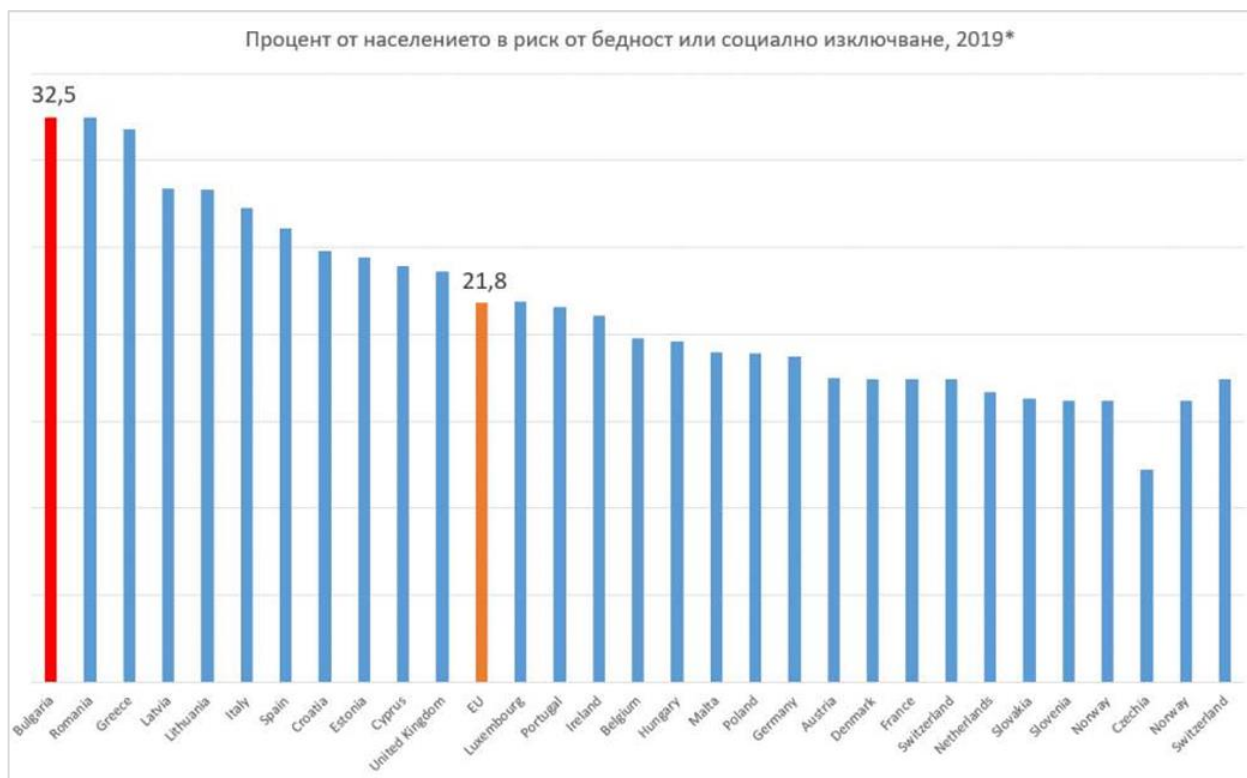
През 2020 г. относителният дял на децата с материални лишения (лишени от поне един от 13 специфични за децата показатели) е 38.5%, а за 3.3% от децата нито една потребност не може да бъде удовлетворена поради финансови причини. Една трета от децата (31.7%) не могат да си позволят почивка извън дома поне една седмица в годината (вкл. празници със семейството, гостуване при роднини, приятели, организирана почивка от училището и т.н.); редовни занимания с плуване, свирене на музикален инструмент, участие в младежки организации и др. (27.3%) и екипировка за игри навън (колело, ролери, кънки и др.) – 29.8%. През 2020 г. 43.0% от децата с материални лишения живеят и в риск от бедност.

Достигнатата образователна степен и професията на родителите са важен фактор за бъдещото развитие на децата. По-високото образователно равнище дава възможност за по-широк достъп до пазара на труда и съответно до по-високо заплащане. През 2020 г. осем от десет деца (84.1%), чиито родители са с начално или без образование, живеят в бедност. Приблизително 18 пъти по-малко или 4.7% са децата, чиито родители са с висше образование и живеят в риск от бедност. Рискът от бедност при децата в домакинства с родители със средно образование е седем пъти по-висок от този при децата с родители с висше образование.

Въпреки значителното повишаване на линията на бедност делът на населението, което остава под нея е стабилен, което означава, че политиките, които целят свиването ѝ на този етап се провалят. Освен това, кризисните години във всички случаи ще се отразят негативно на изпълнението на политиките за борба с бедността, интеграция на пазара на труда и подобряване на обхвата на образователната система.

По данни на Евростат през 2019 г. 32.5% или всеки трети българин е изложен на риск от бедност или социално изключване. Относителният дял на хората в риск от бедност и социално изключване остава сравнително висок (**Фигура 89**)

Фигура 89. Риск от бедност или социално изключване, ЕС



* Данните за България са за 2019-та година, а за останалите държави – за 2018-та.

Източник: Евростат

Продължават да се задълбочават социалните неравенства между отделните групи от населението.

За месечната издръжка на живот у нас на един член от 4-членно домакинство (2 възрастни и 2 деца) за 2020 г. са необходими 2542 лв. (изследването на потребителските цени и издръжката на живот на Институт за Социални и Синдикални Изследвания на КНСБ). За да се достигне общата стойност за покриване на необходимите средства за издръжка, следва нетният размер на работната заплата, която получават двамата възрастни от този тип домакинство, да бъде не по-нисък от 1 271 лв. за всеки от тях (брутно възнаграждение 1 638.00 лв.), при условие, че работната заплата е единствен източник на доходи. Две трети от домакинствата (65%) у нас живеят с общ доход под необходимите средства за издръжка, докато за 2019 г. е 68%. Издръжката на живота за миналата година за едно домакинство е посъпнала с около 25 лева или 1% на годишна база, което е един от най-ниските ръстове за последните години. През 2020 г. се наблюдава забавено потребление като цяло, задържане на цените на горивата, природния газ и оттам на горивата в България. Увеличението на общата стойност за издръжка се дължи на нарастване на цените на хранителните стоки или това са стоки от първа необходимост, присъстващи на българската трапеза и имащи по-високи нормативни разходи в потребителската кошница за издръжка на живот. За домакинствата с ограничено потребление, особено в условията на пандемия, нарастването на тези стоки от първа необходимост означава, че се свива **Последиците от COVID-19 допълнително засилват процесите на задълбочаващи се различия между регионите по отношение на икономически и социални показатели.**

Усещането за неравенство в страната допълнително се усилва от регионалните диспропорции в качеството на живот. Неравномерното разпределение на инвестициите и работните места и струпането им около ограничен брой големи градове задържа общия икономически растеж на страната. Картината на бедността в страната очертава драстични различия в териториален план. Съществени са различията в профила на бедността в градовете и селата. Градската бедност е парична, докато бедността в селата е очертана от липса на работа, некачествени или недостъпни здравеопазване, образование и социални услуги.

Важен аспект в оценката на бедността е проявлението ѝ по области. През 2020 г. продължава най-ниска линия на бедност да се отбелязва в областите Видин и Монтана – съответно по 270 лв. и 297 лв., а най-високата – в област София (столица) по 718 лв., следвана от областите Перник (506 лв.) и Варна (480 лв.). Най-висок е относителният дял на бедните в областите Сливен -31.3%, Монтана-29.4%, Силистра -29.1% и Бургас – 29.0%. Най-нисък е относителният дял на бедните в областите Габрово (12.3%), Разград (12.6%), Шумен (16.4%).

Анализът на отчетените данни показва, че линията на бедност за 2020 г. нараства спрямо 2019 г. в почти всички области. С най-голямо нарастване са областите София (столица) с 22.0%, София (с 19.8%), Благоевград (с 19.1%), Пазарджик и Кърджали (по 18.2%) и Шумен (с 18.0%). Намаление в размера на линията на бедност спрямо предходната година се наблюдава в областите Габрово (с 10.2%), Видин (с 6.8%), Хасково (с 2.2%), Враца (с 1.2%) и Сливен (с 0.2%). Област Габрово е с най-нисък относителен дял на бедност за мъжете – 7.6%, а с най-високо равнище е област Силистра -33.0%. В област Хасково жените са с най-ниско равнище на бедност – 16.0%, при 30.6% за област Бургас и 32.9% за област Сливен.

В областите Кюстендил, Габрово, Смолян, Кърджали, Русе, София, Варна, Плевен, Разград, Шумен, Перник, София (столица), Стара Загора, Търговище и Ямбол относителният дял на жените, живеещи в риск от бедност е по-голям с повече от 5% пункта спрямо относителния дял на мъжете. В шест области – Силистра, Добрич, Хасково, Пазарджик, Ловеч и Видин относителният дял на бедните мъже е по-голям от този на жените.

След COVID-19 и мерките по време на ограниченията леко започна съживяване на пазара на труда, за някои браншове се увеличава размерът на дохода от трудова дейност (здравеопазване, фармация, ИТ), с което намаляват икономически неактивните лица и безработните с помощта на мерките и програмите „Развитие на човешките ресурси“, схемата “Заетост за теб“ и др.

Ситуацията с неравенството у нас продължава да се счита като критична, според Доклада на Европейската комисия за покриването на критериите по нововъведения стълб на социалните права. Ниските разходи за социална закрила, ниското ниво на данъчни приходи, както и липсата на прогресивност на данъчната система се определят като двигатели за усложняване. Това означава, че условията на живот са били силно ограничени от липса на ресурси. Жизненият стандарт остава непроменен, продължава статуквото на самоограничаване, отлагане на плащания и липса на нарастване на доходите.

В Евросъюза не са изградени силни социални системи, за да отговорят на засилващите се предизвикателства като последиците от пандемията, глобалното затопляне, независимо че кохезионни политики на ЕС подкрепят свободното движение на работници.

Равнището на бедност е 23.8% за 2020 г. За периода 2008 -2020 г. лицата, живеещи в бедност, са се увеличили с 28 000 хиляди души спрямо 2008 г. Приет е проект на План 2021-2022 г. за изпълнение на Национална стратегия за намаляване на бедността, в който е поставена междинна цел до 2022 г. относителният дял на бедните да намалее до 22.5 % от населението. В краткосрочен план мерките ще са насочени към смекчаване на социално-икономическите последици на кризата – подкрепа на бизнеса и заетостта, гарантиране на подходящи безопасни условия на труд, повишаване на устойчивостта на националната здравна система, гарантиране на социална закрила и подкрепа за най-уязвимите групи.

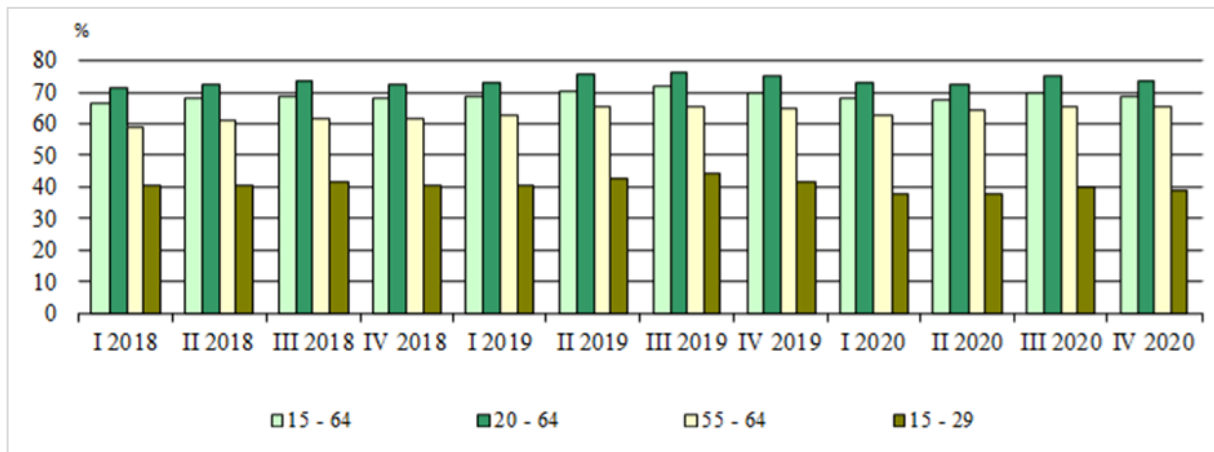
Безработица

Икономическият растеж е все още недостатъчен, за да подпомогне устойчивото възстановяване на заетостта, а пазарът на труда продължава да бъде предмет на сериозно безпокойство. Безработицата в преобладаващата си част е дългосрочна, което подчертава нейния предимно структурен характер, при липсата на правилно насочени и достатъчни политики на активизиране на заетостта за най-уязвимите групи от населението. Преходът от училище към заетост е все още проблематичен. Продължава да се изпълнява Националният план по заетост от 2015 г. и последващи програмни документи, свързани с ускоряване на прехода от безработица към заетост в реалната икономика. Големият проблем, обаче, остава все по-острата липса на работна ръка, което може да ограничи или подмени подема на българската икономика.

Основните резултати от наблюдението на работната сила показват:

- През 2020 г. икономически активните лица на възраст 15-64 навършени години са 3190,4 хил. или 72.2% от населението на същата възраст.
- Общият брой на заетите лица е 3121.7 хиляди или 52.7% от населението на 15 и повече навършени години, като от тях 1 676.1 хил.(53.7%) са мъже и 1445.6 хил. (46.3%) жени.
- Заетите лица на възраст 15-64 навършени години са 3024.30 хиляди. Коефициентът на заетост за населението в същата възрастова група е 68.5%, съответно 72.5% за мъжете и 64,3% за жените.
- Коефициентът на заетост за населението на възраст 20-64 навършени години е 73.4% или с 1.6% по-нисък в сравнение с 2019 г. При мъжете коефициентът на заетост за тази възрастова група се понижава с 1.5%, а при жените с 1.8%, като достига съответно 77.8% и 68.9%.
- Коефициентът на заетост за населението на възраст 55-64 навършени години е 64.2% (69.4% за мъжете и 59.4%) за жените. В сравнение с 2020 г. той намалява с 0.2%. При мъжете коефициентът на заетост се увеличава с 0.2%, а при жените той намалява с 0.5%. (Фигура 90)

Фигура 90. Заетост по възрастови групи



Източник: НСИ

Безработните лица са 168.6 хиляди, от които 96.3 хиляди са мъже и 72.3 хиляди са жени. В сравнение с 2019 г. броят на безработните лица се увеличава с 18.1%. Коефициентът на безработица се увеличава с 0.9% в сравнение с 2019 г., като достига 5.1%, съответно 5.4% за мъжете и 4.8% за жените (Фигура 91).

Фигура 91. Регистрирани безработни лица



Източник: Агенция по заетостта

Безработицата сред младежите на 15-29 навършени години е 8.8% или в сравнение с 2019 г. този коефициент се увеличава с 1.9%.

Броят на безработните лица, за които продължителността на безработица е по-малка от една година се увеличава с 30.9 хиляди или с 50.0%, в сравнение с 2019 г., достигайки 92.7 хиляди.

Броят на продължително безработните лица (от една или повече години) намалява с 5.1 хиляди и достига 75.9 хиляди.

Относителният дял на продължително безработните лица от всички безработни е 45.0%, а коефициентът на продължителна безработица е 2.3% – съответно 2.6% за мъжете и 2.0% за жените.

Икономически неактивните на възраст 15-64 навършени години са 1 226.7 хиляди, от които 519.1 хиляди са мъже и 707.6 хиляди са жени. Коефициентът на икономическа неактивност (15-64 навършени години) е 27.8% – съответно 23.2% за мъжете и 32.4% за жените.

Броят на обезкуражените лица на възраст 15-64 навършени години е 61.7 хиляди или 5,0% от всички икономически неактивни лица в същата възрастова група.

Относителният дял на рано напусналите образование и обучение от населението на възраст 18-24 навършени години е 12.8% (при 13.9% през 2019 г.).

Относителният дял на лицата с висше образование от населението на възраст 30-34 навършени години е 33.3% с 0.8% по-висок в сравнение с 2019 г.

Относителният дял на незаетите и неучастващи в образование и обучение от население на възраст 15-29 навършени години е 18.1% (при 16.7 през 2019 г.).

Ръстът в безработицата се дължи в по-голяма степен на увеличаване броя на безработните с продължителност на безработицата до една година. През посочения период той се увеличава с 23.1 хил. и достига 88 хиляди. През октомври-декември 2020 г. продължително безработни (от една или повече години) са 85.1 хил., или 49.2% от всички безработни лица. Коефициентът на продължителна безработица се увеличава с 0.4 процентни пункта и достига 2.6%, като при мъжете и жените увеличението е почти еднакво. От общия брой на безработните лица 27.4 хил. или 15.8% търсят първа работа.

От всички безработни 13.9% са с висше образование, 51.4% – със средно и 34.7% – с основно или по-ниско образование. Коефициентите на безработица по степени на образование

са съответно 2.3% за висше образование, 4.8% за средно образование и 15.1% за основно и пониско образование.

Интересни са данните, свързани с последиците от коронавирусната пандемия. През месец декември 2020 г. броят на започналите работа безработни лица достига 12 253, като в сравнение с месец декември 2019 г. се отчита ръст от 8.2 на сто. През декември 523 лица от групата на пенсионерите са намерили своето работно място чрез бюрата по труда. Работа по субсидирани работни места са започнали 2 309 безработни от рисковите групи – 462 по програми и мерки за заетост и 1 847 по схеми от Оперативните програми, стартирали от месец юли 2020 г.

Най-силно нарастване на безработицата през пандемичната 2020 г. е имало в Габрово, Бургас, Варна, София. Спрямо браншовете ударът е най-вече върху туризма и свързаните с него сектори, като са засегнати предимно общини с подчертано туристически профил като Банско, Павел баня, Велинград и др. През август в тези общини се е забелязало леко стабилизиране на заетостта.

По данни на проучване на Агенцията по заетостта ударът от пандемията върху заетостта е поет най-вече от големите икономически центрове на България. Възстановяването на пазара на труда в общините, където хотелите и ресторантите формират голям дял от икономиката е чувствително по-бавно.

Пикът на безработицата през пандемичната 2020 г. е през месец май-юни, след което тя спада. Продължително време е имало лек ръст нагоре в средата на декември, когато противо-епидемичните мерки са отново затегнати. Слабо развитите области като Силистра, Кърджали, Разград и Търговище почти не са усетили срива в заетостта по време на пандемията по данни от проучване на Българска стопанска камара.

Минималната работна заплата от началото на 2020 г. е 610 лв. (ПМС 350/19.12.2019 г.), което е с 8.9% по-високо от равнището от 2019 г. – 560 лв. Запазва се тенденцията на изключително ниското равнище на минимална заплата в Европейския регион, което е съпроводено с най-ниската покупателна способност в сравнение със страните членки на ЕС-28. Мярката за увеличението ще стимулира активността на пазара на работната сила, ще допринесе за нарастване на доходите на най-нискодоходните групи на заетите лица и ще намали неравенството в доходите и бедността, ще се повиши покупателната способност и жизненото равнище на населението, посочва се в мотивите. Предлаганият размер на минималната работна заплата е съобразен с обективната икономическа и социална реалност, включваща устойчивата положителна динамика на brutния вътрешен продукт, ръст на средната работна заплата и компенсация на наетите лица през 2020 г., индекса на потребителските цени и други икономически показатели.

Минималната часова заплата е 3.66 при продължителност на работния ден от 8 часа при 5 дневна работна заетост. По този начин мотивацията на търсещите работа се повишава, което е гаранция за по-добро задоволяване на потребностите им.

Междурегионалната и междуотраслова диференциация на работните заплати продължава да задълбочава поляризацията на доходите от труд и социални неравенства като разликата между средната работна заплата между София (столица) и Видин е около два пъти.

Необходими са конструктивни структурни реформи, водещи до изравняване на доходите в ЕС, продуктивен икономически ръст и създаване на работни места. Специален е фокусът на епидемичната обстановка и започналата икономическа криза в резултат на COVID-19. По отношение на пазара на труда пандемията от корона вирус се отрази негативно на редица отрасли: доведе до затварянето на цели бизнеси за определен период от време и до намаляването на работното време/приходите. За част от дейностите, които бяха затворени напълно това доведе до загуба на доход за заетите в тях. Загуба на част от работните места, понижено търсене, докато друга част се възползваха и преориентираха, където бе възможно, част от бизнеса си, използвайки дигиталните платформи. Вследствие на кризата освен по-високото ниво на регистрираните безработни се очаква и задържане в нивото на доходите на заетите.

Образование и учене през целия живот

Образованието е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация. Образованието оказва влияние и върху информираността на гражданите и здравното им поведение и е основен приоритет в националната ни политика.

Основните резултати от проведените от Националния статистически институт (НСИ) годишни изчерпателни изследвания, характеризиращи дейността на образователните институции, показват, че:

- За учебната 2019 г. / 2020 г. в детските градини са записани 217.9 хиляди деца или с 0.4% по-малко в сравнение с предходната година.
- През 2019 г. / 2020 г. завършилиите средно образование в общообразователни и професионални училища са съответно 25.8 и 21.6 хил. ученици.
- Броят на записаните в различните степени на висшето образование за академичната 2019 г. / 2020 г. учебна година са 220.2 хиляди.

Разпределението в отделните видове учебни заведения е както следва:

В коледжите, където обучаваните получават професионална квалификация „Професионален бакалавър“, броят им е непроменен от миналата учебна година 2018 г./2019 г. и са обучени 8 233 студенти. За учебната 2019 г./2020 г. придобилите образователно-квалификационна степен „бакалавър“ и „магистър“ в университетите и специализираните висши училища са 211.9 хиляди души или с 2.9 хиляди намалява броят им спрямо предходната учебна 2018г./2019 г. В частни учебни институции се обучават 26.7 хиляди студенти или 12.6% от записаните в образователно-квалификационна степен „бакалавър“ или „магистър“. Към 31.12.2019 г. за придобиване на образователната и научна степен „доктор“ у нас се обучават 6 440 лица, от които 558 са чужди граждани. Като цяло повече са и чуждестранните студенти у нас за учебната 2019/2020 г. с 5.5% повече от миналата учебна година или 16.3 хиляди. Неформалното образование и самостоятелното обучение не попадат в обхвата на образователната система.

През 2019 г./2020 г. учебна година продължително време, в по-голямата си част, обучението се проведе он-лайн, което се организира за първи път в нашата страна, породено от короновиралната пандемия и необходимостта от налагане на противоепидемични мерки за ограничаване на разпространението на вълните на епидемията, която все още не е отминала. Наблюдава се преориентиране на бизнес моделите и възможностите за обучение. Пандемията доведе до повишаване на степента на използване на технологиите и съответно повечето форми на обучение вече са онлайн, което доведе и до известни усложнения – липса на достатъчно добри компютърни конфигурации. Първоначално липсваха умения за водене на уроци онлайн или записани предварително материали. Наличие на недостатъчно добра и ефективна възможност за жива и обратна връзка. Затруднен е достъпът и се увеличи рискът от социална изолация и психически проблеми. Появи се необходимост от преориентиране на бизнес моделите и възможностите за обучение, както и по-активно използване на дигиталните платформи за обучение и работа.

Националната стратегия за учене през целия живот (НСУЦЖ) определя стратегическата рамка на държавната политика за образование и обучение в периода 2014 – 2020 г., насочена към постигането на европейската цел за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж. Контекстът на настоящата стратегия взема предвид новите цели и новия обхват на ученето, групите учещи, доставчиците, методите за учене/преподаване, инициативите за търсене и предлагане на учене, подкрепящите мерки, прозрачността и сравнимостта, както и гарантирането на качеството. Документът обхваща всички форми на образование, обучение и учене – формално, неформално, самостоятелно – в които човек участва през целия си живот, като за периода на следващите седем години предоставя препоръки, които да послужат за основа на изготвянето на годишни планове, на базата на които да бъде проследен напредъкът в прилагането на учене през целия живот в България.

3.1.2. Рискови фактори, свързани с околната и трудовата среда

■ Атмосферен въздух

Доброто качество на атмосферния въздух е критичен компонент за здравословна жизнена среда, с пряко въздействие върху здравето, комфорта и работоспособността на населението. Системната експозиция на повишени нива на атмосферни замърсители директно или индиректно провокира диапазон от нежелани ефекти – от незначителни функционални смущения до появата на сериозни заболявания на отделни органи и системи. Международните и европейските институции акцентират върху ролята и значението на атмосферното замърсяване в структурата на заболяемостта и смъртността, както и за високата му социална цена. Световната здравна организация (СЗО) при оценка ролята на жизнената среда относно честотата и тежестта на заболяванията, класифицира замърсяването на въздуха като приоритетен рисков фактор, който е обект на мониторинг чрез глобалните индикатори на ООН за целите за устойчиво развитие.

Замърсяването на въздуха е една от причините за преждевременна смърт от факторите на околната среда в Европа, но има и значителни икономически последици. В Доклада на Европейската агенция по околна среда (ЕАОС) от 2020 г. „Към нулево замърсяване в Европа“⁷, се отбелязва: „Качеството на въздуха в Европа се подобри значително през последните десетилетия, но замърсителите все още вредят на нашето здраве и околната среда. Мерките за ограничаване на замърсяването ще подобрят качеството на живот, ще спестят пари на здравеопазването, ще повишат продуктивността на работниците и ще защитят околната среда. Излагането на замърсяване на въздуха е свързано с риск от възникване на сърдечносъдови и респираторни заболявания – две от състоянията, за които е известно, че увеличават предразположението към заразяване с причинители на различни инфекциозни заболявания и оказват отрицателно въздействие върху прогнозата”.

Годишните оценки на ЕАОС „Качество на въздуха в Европа“⁸ неизменно показват, че замърсяването на въздуха продължава да представлява здравен риск. Нивата на замърсяване на въздуха в много от европейските градове надхвърлят законовите ограничения на ЕС и насоките на Световната здравна организация (СЗО) за опазване на здравето на човека.

В съответствие с действащата в Република България законова и подзаконова нормативна база, съобразена с европейските политики, асоциирани с качеството на въздуха, министърът на здравеопазването съвместно с министъра на околната среда и водите утвърждават норми за пределнодопустими концентрации на вредни вещества (замърсители) в атмосферния въздух. Националната автоматизирана система за контрол качеството на атмосферния въздух (НАСККАВ), ръководена и поддържана от МОСВ, контролира нивата на атмосферните замърсители в реално време и идентифицира резки влошавания в качеството на въздуха. Така, предоставяйки информацията за КАВ на общините или заинтересованите институции относно регистрираните превишения на нормите за опазване на човешкото здраве или алармените прагове на атмосферните замърсители, НАСККАВ дава възможност за навременни управленски решения и действия за защита на здравето и живота на населението. МЗ и подразделенията му извършват оценка на здравния риск въз основа на получените данни за качеството на атмосферния въздух (КАВ) от НАСККАВ, а в отделни случаи и въз основа резултати от провеждането на целенасочени контролни измервания при точкови замърсители.

Ежедневно чрез НАСККАВ се контролират концентрациите на фини прахови частици (ФПЧ10 и ФПЧ2,5), серен диоксид, азотни оксиди, въглероден оксид, озон, бензен, олово, кадмий, никел, арсен, полициклични ароматни въглеводороди. Допълнително, според характера и спецификата на източниците на емисии, в отделни райони могат да се контролират също нивата на: амоняк, толуен, ксилен, стирен, серовъглерод, сероводород и др. Оценката на КАВ

⁷ <https://www.eea.europa.eu/bg/publications/signali-2020-g-eaos-kam>

⁸ <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2020-report>

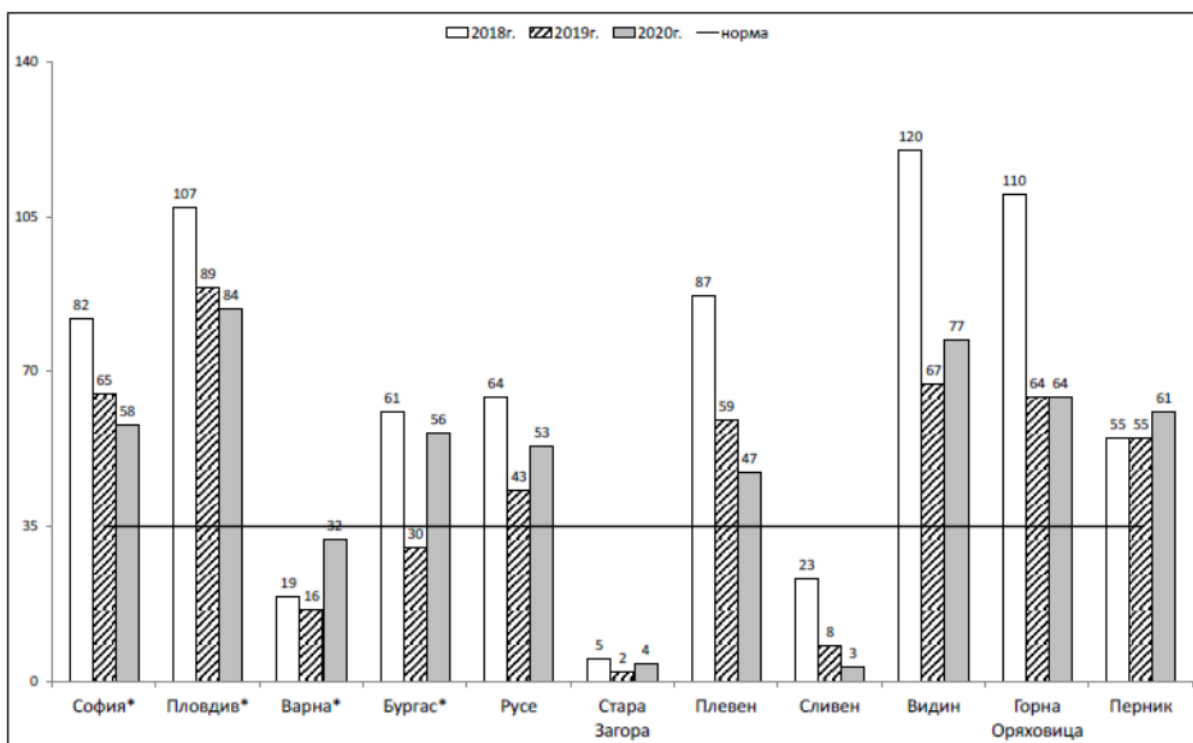
се изготвя в съответствие с регламентираните с нормативните документи стандарти за опазване на човешкото здраве за всеки конкретен замърсител.

През 2020 г., при продължаваща положителна тенденция към подобряване на КАВ, проблем остават фракциите на фините прахови частици. За разлика от предходни години, средногодишните концентрации на ФПЧ10⁹ превишават нормата за опазване на човешкото здраве от 40 µg/m³ само в един от общо 46 пункта за мониторинг на ФПЧ10, докато превишения на средноденонощната норма (СДН) от 50 µg/m³ над 35 пъти в годината са установени в 21 от контролните пунктове.

Фигури 92 и 93 показват резултатите от мониторинга за 2018 г., 2019 г. и 2020 г. по отношение замърсяване с ФПЧ10 за осемте най-големи населени места (София, Пловдив, Варна, Бургас, Русе, Стара Загора, Плевен и Сливен) и за други три града с най-висока средногодишна концентрация на ФПЧ10 – Видин, Горна Оряховица и Перник. Представените общо 11 населени места обхващат 38,6% от населението на страната.

Фигура 92 показва понижението на средногодишните концентрации на ФПЧ10 за 2020 г. спрямо предходните 2018 г. и 2019 г., което е благоприятно от здравни позиции. Понижение се установява при преобладаващата част от представените на фигурата градове, като над средногодишната норма (СГН) за 2020 г. остава един контролен пункт в гр. Пловдив.

Фигура 92. Средногодишна концентрация на ФПЧ10 в µg/m³, измерена в контролните пунктове на 11 населени места през 2018 г., 2019 г. и 2020 г., сравнена със СГН от 40 µg/m³.



*Забележка: Със знак * са означени градовете, които разполагат с повече от един пункт за мониторинг на КАВ. Тези градове са представени във фигури 1 и 2 с пунктовете, които са с най-висока средногодишна концентрация на ФПЧ10.*

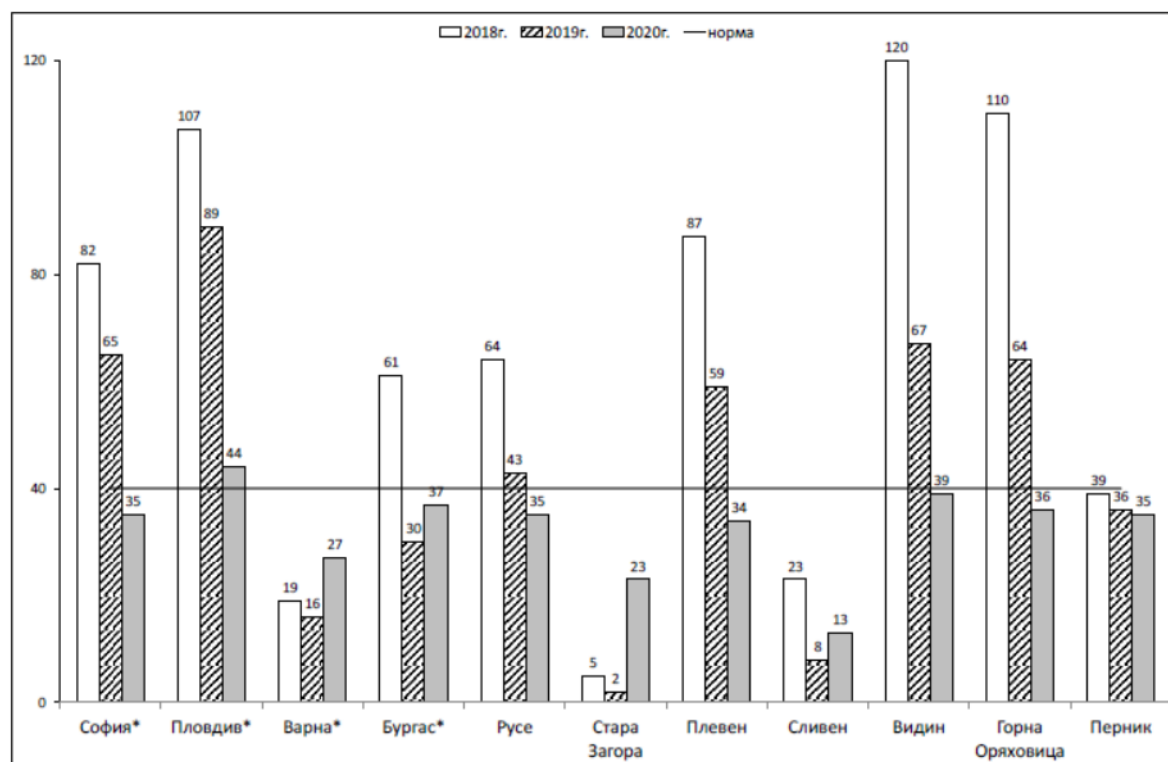
Фигура 93 представя броя дни през 2018 г., 2019 г. и 2020 г. с регистрирани превишения на средноденонощната норма от 50 µg/m³ за същите 11 населени места.

Максимално допустимият брой превишения на СДН е 35 дни в годината. Стойностите за 2020 г. и за 2019 г. са по-благоприятни от тези за 2018 г., като намалението в броя дни с

⁹ Данните за КАВ за 2018 г., 2019 г. и 2020 г. са представени в годишните бюлетини на Изпълнителната агенция по околна среда, http://eea.government.bg/bg/dokladi/God_bul_KAV/index

ФПЧ10 над СДН при трите най-засегнати населени места съгласно данните от 2020 г. – Видин, Пловдив и Никопол, е значително. Въпреки това, по този показател голяма част от областните центрове (София, Пловдив, Бургас, Русе, Плевен, Монтана, Видин, Перник, Смолян и др.), както и някои от по-малките населени места (Горна Оряховица, Никопол), не отговарят на нормите за допустим максимален брой дни с превишения по отношение ФПЧ10.

Фигура 93. Брой дни с превишения на средноденонощната норма от 50 µg/m³ за ФПЧ10, регистрирани през 2018 г., 2019 г. и 2020 г., при сравнение с максимално допустимия брой превишения на СДН от 35 дни в годината



Наличието на многобройни индустриални дейности и интензивен трафик в градове като София, Пловдив, Бургас, Плевен и Русе е предпоставка за регистриране на високи концентрации на фини прахови частици през цялата година с преобладаване в дните през отоплителния период.

Азотните оксиди поддържат устойчиви през годините нива, близки до нормите, но без да се маркират съществени превишения през 2020 г. Отсъстват превишения на СГН от 40 µg/m³ за азотен диоксид.

Серният диоксид е приоритетен замърсител за отделни населени места, на територията на които са разположени локални индустриални емитери – това са основно Гълъбово и Перник. В тези населени места присъствието на серен диоксид в атмосферния въздух през 2020 г. е по-ниско от това през 2019 г., но отново са регистрирани превишения на средночасовите и средноденонощните норми над нормативно допустимия брой до 24 превишения за средночасовата и до 3 превишения за средноденонощната норма (Гълъбово – 28 превишения на средночасовата и 2 на средноденонощната норми, с регистрирани единични средночасови проби с концентрации на SO₂ до 1207 mg/m³; Перник – 23 превишения на средночасовата и 3 на средноденонощната норми).

Озонът не представлява проблем за КАВ, с изключение на инцидентни превишения на средночасови норми в гр. София, предимно през топлия сезон.

Предвид предимно антропогенния характер на по-голямата част от атмосферното замърсяване (производство на топлинна и електроенергия, неефективни транспортни системи, лоши градоустройствени решения, пренаселеност в съчетание със специфичен релеф), като

приоритетни за общественото здраве през 2020 г. могат да бъдат определени високите нива на фините прахови частици, следвани от серния диоксид като газообразен замърсител с предимно локално значение.

Трайното превишаване в отоплителния период на допустимата СДН за фини прахови частици в по-големите населени места, в които е съсредоточена основната част от населението, остава значим проблем, създаващ потенциален риск за здравето на експонираните лица. Подобряването на КАВ следва да бъде здравен приоритет в тази насока. Изискванията, целящи редуциране нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното им въздействие върху здравето на населението, са свързани със създаването на хармонизирана законова рамка, обхващаща специфични аспекти на общественото здравеопазване, околната среда, строителството, енергетиката, индустрията, транспорта и др. За да са ефективни и да гарантират здравето на населението, тези изисквания трябва да съответстват на регионалните особености и условия, да включват оценка на реалните потребителските възможности на населението и при необходимост да предвиждат конкретни компенсаторни механизми, смекчаващи възможен негативен ефект на социалните и/или икономическите рискови фактори.

Резултатите за 2020 г. от мониторинга на качеството на атмосферния въздух маркират редуциране на експозицията с фини прахови частици, в сравнение с данните за предходните 2019 г. и 2018 г. Въпреки това, в голяма част от населените места с контролирано качество на атмосферния въздух продължават да се регистрират превишения на средноденоношната норма за ФПЧ10 в дните през отоплителния период.

Мерките, свързани с намаляване нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението, трябва да обхващат предимно изнасяне на промишлените дейности извън урбанизираните територии; газифициране на населените места; регламентиране на стандарти за качеството на твърдите горива и ефективността на отоплителните уреди, оптимизиране на транспортния трафик; обновяване на транспортните средства; поощряване на иновационни технологии, целящи създаване на екологично чисти производства.

■ Питейни води

От основно значение за общественото здраве и качеството на живот на населението е осигуряването на непрекъснато водоснабдяване с безопасна и съответстваща на нормативните изисквания питейна вода, предпоставка за което е централизираната водоснабдителна система. По данни на НСИ¹⁰ от годишните статистически наблюдения за водоснабдяване и канализация към 2019 г. 99,4% от населението в страната е свързано с обществено водоснабдяване – показател за висока степен на достъпност и осигуреност на потребителите с вода за питейно-битови цели. При това и през 2020 г. са регистрирани населени места, в които е въведен сезонен или целогодишен режим на водоподаване, свързано с нарушаване на оптималните хигиенни условия в домакинствата, обществените сгради и селищните територии.

Поддаването на съответстваща на нормативните изисквания питейна вода, провеждането на мониторинга в пълен обхват и прилагането на ефективни мерки за контролиране на рисковете по цялата водоснабдителна верига е отговорност на ВиК операторите. С цел защита на общественото здраве Регионалните здравни инспекции (РЗИ) осъществяват контролен мониторинг на качеството на водата, доставяна от ВиК операторите до потребителите.

В страната са обособени големи, в които се подават над 1000 куб. м. вода средно за денонощие и/или се водоснабдяват над 5000 жители, и малки зони на водоснабдяване. Във всички зони са определени пунктове за мониторинг съобразно нормативната уредба. Качеството на питейната вода се оценява по микробиологични, органолептични, физикохимични, химични и радиологични показатели, определени с Наредба № 9/2001 г. за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели.

¹⁰ Национален статистически институт (<http://www.nsi.bg/>), Статистика на водите.

Обобщените данни от провеждания от РЗИ контролен мониторинг на питейната вода през 2020 г. показва, че общото съответствие с изискванията се запазва на сравнително високо ниво, съпоставимо с това през предходните години.

В по-голямата част от зоните в страната съответствието по *микробиологични показатели* е от порядъка на съобщаваното през последните години. И през 2020 г. несъответствията са най-често инцидентни. Характерни са за по-малки населени места, което е индикация за недобра водоснабдителна практика, респ. нерегулярна профилактика на съоръженията и неефективен режим на дезинфекция на водата, включително в зони с амортизирана водоразпределителна мрежа и възникващи чести аварии. Показателни за това са и констатираните несъответствия по отношение на остатъчния дезинфектант, в т.ч. и превишенията на нормативно определения диапазон. Епизодични несъответствия по микробиологични показатели се установяват и в отделни големи зони, водоснабдявани от повърхностни водоизточници, най-често повлияни от неблагоприятни метеорологични условия, отсъствие на пречистване или несъответстваща обработка на водата. Същевременно по тези показатели се поддържа висока стандартност в зони, в които през годината или в предходен период са реализирани конкретни мерки за подобряване процеса на дезинфекция и автоматизирането му.

Обобщено, и през 2020 г. съответствието по контролираните *органолептични, физико-химични и химични показатели* е сравнително високо и съпоставимо с констатираното през предишни години.

Изразени остават и някои многогодишно съществуващи проблеми. Свързани са основно с дифузното замърсяване с нитрати на подземни води, използвани за питейно-битово водоснабдяване, както и с добив на питейна вода от природни източници с качества несъответстващи на изискванията за питейни, без прилагане на необходимите мерки за корекцията им.

Продължават да се регистрират отклонения по *химични показатели със здравно значение*, с което питейната вода може да е фактор, със съществен негативен принос към общата експозиция на населението, в т.ч. и на уязвими групи от него. Това налага разработването и периодичното актуализиране от страна на здравните институции на съответни препоръки за ограничаване на здравния риск.

• *нитрати* – все още отклоненията по този показател остават най-широко разпространени. Такива продължават да се определят в сравнително голям брой, предимно малки зони, преобладаващо в райони с обработваеми земеделски земи и развито животновъдство. Проблемът съществува от десетилетия, като най-засегнати са водоснабдителни зони в областите В. Търново, Бургас, Плевен, Ямбол, Шумен, Варна, Русе, Разград, Добрич, Ст. Загора, Търговище, Пловдив, Пазарджик, Враца, Силистра, Сливен, Хасково. Нестандартност се отбелязва и в някои зони на територията на областите Благоевград, Ловеч, Габрово и Монтана. В голяма част от зоните отклоненията имат сравнително постоянен характер, в друга са вариращи. Преобладаващо са до около два пъти над нормативната максимална стойност, в отделни случаи и по-значителни. Търсенето на различни технически и технологични възможности за редукия на повишените нива на нитрати продължава. В част от зоните се отчита известна ефективност на прилаганите мерки, най-често при възможност за смесване с води със стандартно качество, докато за други отсъстват реални алтернативни решения и/или се планират действия в по-дългосрочен план. В този аспект превантивната информационна дейност на здравните органи запазва водещо значение.

• *хром* – устойчивите отклонения по този показател са с по-малък териториален обхват и са установени в някои малки зони в областите Плевен и Монтана. Дължат се на естествено обусловено по-високо съдържание на хром във водите на подземни източници и отсъствие на коригиращи мерки.

В единични малки зони са регистрирани наднормени стойности по показател *флуориди* (зона в обл. Плевен), *флуориди, бор* (зони в обл. Бургас), *флуориди, манган, фосфати* (зона в обл. Хасково), което изисква проучване и предприемане на съответни мерки.

През 2020г. несъответствия с изискванията за качество на питейната вода се установяват по физикохимични и химични показатели с *индикаторно значение*. Последните не се свързват с пряк здравен риск, но свидетелстват за наличието на проблемни звена в системата на водоснабдяване и/или обработката на водата, осезаемо влошават качеството на подаваната вода и може да провокират индиректен здравен риск, например при ползване на вода от нерегламентирани водоизточници. Сравнено с предишни периоди, отклонения продължават да се регистрират по показатели:

- *манган* – в отделни зони в областите Хасково, Плевен, Пловдив, Силистра. В последните случаи регистрираните завишения са със сезонен характер, отстранени след изпълнени саниращи мерки или единични. Траен и особено остър, свързан с естествените условия, при които се формират водите, остава проблемът в зони на водоснабдяване Брягово, Николово, Симеоновград и Българин, обл. Хасково, където от години са наложени ограничения за ползването на питейната вода.

- *желязо* – най-често в зони с несъответствия по манган, като обл. Хасково или преходно в отделни зони/единични проби от обл. Бургас, Варна, София столица, Смолян и др., свързано с понижено потребление, застояване на водата, стари и често аварирани водопроводни мрежи и др.

- *органолептични* (мътност, цвят, мирис, вкус). Обикновено несъответствията са с непостоянен характер, в някои случаи са свързани с наднормени количества на желязо и манган в подаваната вода, в други с липса на пречистване на водата от повърхностни източници, често аварирани водоразпределителни мрежи, ремонтни дейности, режимно водоснабдяване и др.

В ограничен брой зони на територията на различни области, са констатирани несъответствия по отделни показатели/група показатели, например: *активна реакция (pH), амониев йон и нитрити, фосфати, сулфати*, както и *калций и/или магнезий*, участващи във формирането на *общата твърдост* на водата.

При констатиране на отклонения в качеството на питейната вода, създаващи риск за здравето на населението регионалните здравни инспекции издават предписания (до ВиК оператори, съответната общинска и областна администрация и др.) със задължителни за изпълнение хигиенни и противоепидемични мерки; предписания и заповеди за ограничаване или преустановяване ползването или подаването на питейна вода, както и препоръки към съответните власти при възникване на аварийни/бедствени ситуации, изискващи такива действия.

Чрез интернет страниците си и средствата за масова информация регионалните здравни инспекции своевременно информират обществеността и заинтересованите лица за резултатите от извършения мониторинг, за наложени забрани и ограничения за ползване на питейната вода (вкл. при бедствия и аварии), и за необходимите мерки и препоръки, които трябва да се спазват до възстановяване качеството на водата.

През 2020 г. не са регистрирани епидемични взривове, свързани с питейните води.

Най-честите *причини* за констатираните отклонения остават:

- неефективна и непостоянна дезинфекция на водата поради липса на подходяща апаратура за правилно и непрекъснато дозиране на дезинфектантите;
- лоша технологична схема на водоснабдяването, в т.ч. неправилно разположение на съоръженията за дезинфекция или техния недостатъчен брой;
- отсъствие на пречиствателни станции и съоръжения, необходими за пречистване на водите, предназначени за питейно-битово водоснабдяване;
- остаряла, амортизирана и често аварирани водопроводна мрежа в населените места, в по-голямата си част изградена и въведена в експлоатация през 60-те и 70-те години на миналия век, включваща и етернитови (азбестоциментови) водопроводи;
- липса на санитарно-охранителни зони около водоизточниците или неспазване на режима на ограничения и забрани в тях;
- неправилно и несъответстващо на добрите земеделски практики използване на азотни минерални торове; неспазване на изискванията за събиране, съхраняване

и обезвреждане на торовия отпадък в животновъдството; липса на канализация и съоръжения за пречистване на фекално-битови отпадъчни води;

- използване на водоизточници с природно обусловено наднормено съдържание на някои елементи, като флуор, хром, манган, без съответно пречистване на водата;
- грешки поради ниска квалификация или недобросъвестно изпълнение на служебните задължения от служители на ВиК операторите;
- липса на системна профилактика на съоръженията по водоснабдителната верига и недобро саниране след аварии и ремонтни дейности;
- въвеждане на режимно водоснабдяване особено през лятото и есента в предимно малки населени места в страната.

Съществен фактор за наличие на несъответствия и влошена органолептика на водата е и състоянието на вътрешните водопроводни инсталации в жилищните и административните сгради, за чието стопанисване са отговорни техните собственици.

Предвид естеството на посочените проблеми, основните мерки, които следва да се предприемат и реализират за решаването им, най-често са комплексни, свързани с необходимост от:

- реконструкция и модернизация на водоснабдителните мрежи и съоръжения, изграждане на нови пречиствателни станции за питейни води и осигуряване на съвременни технически средства за дезинфекция и контрол на процеса във всички зони на водоснабдяване;
- търсене и разкриване на нови водоизточници, създаване на връзки между зони на водоснабдяване, където е необходимо, с оглед недопускане отклонения в качеството на водата, подавана за питейно-битови цели;
- актуализиране на санитарно-охранителните зони около водоизточниците и засилен контрол върху спазването на забраните и ограниченията в тях от страна на водоснабдителните организации и контролните органи;
- подобряване на контрола върху спазване правилата на добрата земеделска практика и други мерки с цел недопускане замърсяването на водите с нитрати от земеделски дейности; реализиране на програми за обучение на фермерите – важна предпоставка за недопускане замърсяването на питейните води с нитрати и пестициди. Въвеждане на задължителен характер на правилата за добра земеделска практика във вододайните зони;
- реализиране на програми за повишаване на квалификацията на служители на водоснабдителните организации, отговорни за осигуряване подаването на безопасна питейна вода в по-малките населени места.

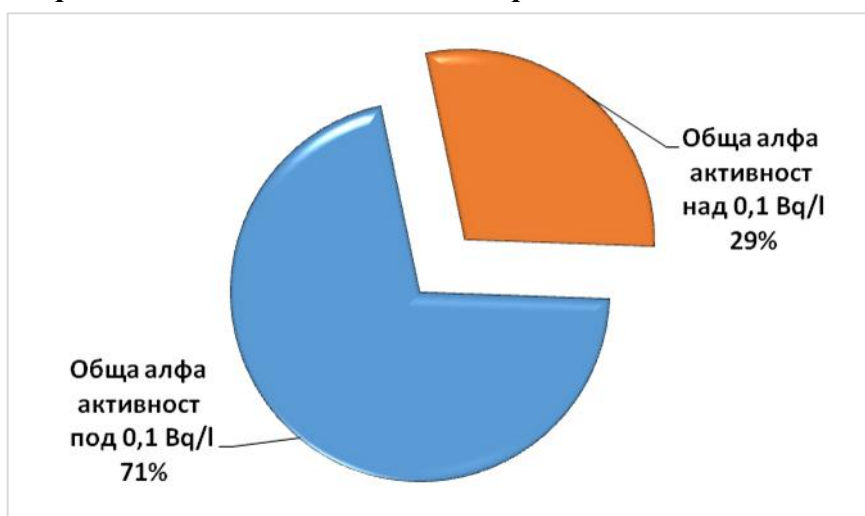
За намиране на устойчиви решения за проблемите, свързани с качеството на подаваната към потребителите питейна вода, от ключово значение е дейността на държавни органи, като МОСВ и регионалните му структури, МРРБ, областните и общинските администрации, ВиК асоциациите, което изисква подобряване на колаборацията между всички с отговорности и компетентност в областта на водите. В тази връзка е важно изпълнението на мерките, заложи в плановете за управление на речните басейни, Стратегията за водния сектор, в рамките на която са разработени и одобрени регионалните генерални планове за развитие на ВиК инфраструктурата на обособените територии и регионални прединвестиционни проучвания за конкретизиране на мерките, свързани с основните проблеми с качеството на питейната вода в съответните региони, както и разработването на планове за безопасност на водите на база оценка на риска в зоните на водоснабдяване.

Радиологичен мониторинг на питейни води

Резултатите от провеждания радиологичен мониторинг на питейните водипоказва, че контролното ниво на показателя обща бета-активност е надвишено само в 4 проби, контролното ниво на показателя обща алфа-активност е надвишено в 221 проби, а съдържанието на естествен уран, който се проследява във връзка с неговата химична токсичност, надвишава нормативните изисквания в 8 броя населени места.

На **Фигура 94** е представено процентното съотношение на стандартни към нестандартни проби питейни води по отношение на показател обща алфа-активност.

Фигура 94. Процентно съотношение на надвишено контролно ниво на показателя обща алфа-активност в изследваните през 2020 г. питейни води



В случаите, когато е превишено нормативно определеното контролно ниво на показателите обща бета-активност и обща алфа-активност, са проведени допълнителни анализи за установяване на конкретни радионуклиди и установяване на съответствие по показател „обща индикативна доза“. В резултат на проведените допълнителни анализи е установено, че индикативната доза от поглъщане на радионуклиди с питейна вода, който е и здравнозначим показател, всички питейни води, с изключение на две, отговарят на нормативните изисквания, като за установените несъответствия органите на държавния здравен контрол са разпоредили съответните мерки, с оглед недопускане на риск за човешкото здраве.

■ **Води за къпане**

Изискванията към качеството на водите за къпане (това са водите в открити водни площи, използвани масово от хората за къпане – море, язовири, реки, езера) и мониторинга, който се извършва, са регламентирани в Наредба № 5 за управление на качеството на водите за къпане (обн., ДВ, бр. 53 от 2008 г., посл. изм. и доп., бр. 5 от 18.01.2013 г.), наричана по-надолу „Наредба № 5“, с която са въведени в националното законодателство изискванията на Директива 2006/7/ЕО за управление качеството на водите за къпане.

В съответствие със задълженията си на контролен компетентен орган по прилагане на европейското законодателство в тази област, Министерство на здравеопазването чрез своите териториални органи – Регионалните здравни инспекции планира и извършва регулярен контрол и мониторинг на качеството на водите за къпане през сезона за къпане, чрез пробонабиране и анализ на водата най-малко веднъж на две седмици във всяка зона за къпане. Пробите се изследват по два микробиологични показателя – „ешерихия коли“ и „чревни ентерококи“.

През сезон 2020 г. е извършван мониторинг на водите за къпане в 96 официално определени зони за къпане (92 по Черноморското крайбрежие и 4 във вътрешността на страната). Спрямо 2019 г. техния брой е увеличен с една нова зона – Плаж „Росенец-север“, в област Бургас.

Общо през сезона е извършено пробонабиране и изследване на 846 проби.

Класификацията на качеството на водите за къпане се извършва ежегодно на базата на резултатите от анализите от последните четири поредни сезона за къпане. За категоризирането на водите за къпане за сезон 2020 г. са използвани резултатите от всички анализи за съответната зона извършени за периода 2017-2020 г. Съгласно изискванията на горепосоченото евро-

пейско и национално законодателство, водите за къпане са класифицирани в следните категории – с „отлично“, „добро“, „задоволително“ и „лошо“ качество. Новообособени зони, при които все още няма достатъчен брой проби необходими за категоризацията им се отчитат като зони „без класификация“

През сезон 2020 г. разпределението на водите за къпане, според тяхната категоризация е както следва:

- с „отлично“ качество са 60,4% от зоните – 58 зони за къпане (при 62 за 2019 г.);
- с „добро“ качество са 38,5% от зоните – 37 зони за къпане (при 28 през 2019 г.);
- няма зони с „лошо“ и „задоволително“ качество (при 4 зони за къпане със „задоволително“ качество през 2019 г.);
- зона „без класификация“ – 1 новооткрита зона в област Бургас..

През сезон 2020 г. за първи път няма зони, в които водите за къпане се класифицират с „лошо“ и „незадоволително“ качество, с което от страна на Република България е изпълнено изискването на Директива 2006/7/ЕО за управление качеството на водите за къпане всички води за къпане в държавите членки да бъдат с „добро“ или „отлично“ качество.

Процентът на водите с „отлично“ качество обаче, е по-нисък в сравнение с предходната година, и като цяло остава значително под средноевропейския, който за сезон 2020 г. е 82,9%.

Зоните за къпане, които подобряват класификацията си спрямо 2019 г. са 7 (четири зони от „задоволително“ преминават в „добро“ качество, а три – от „добро“ в „отлично“)

Прави впечатление подобряването на качеството на водите за къпане в района на Варненския залив, където вече няма зони с „лошо“ и „задоволително“ качество. Това показва, че предприятиите до момента мерки дават своя положителен ефект и следва всички компетентни органи, имащи отношение към опазване на качеството на водите за къпане да не допуснат компрометиране на очерталата се тенденция и да продължат да прилагат мерки за по-нататъшно подобряване качеството на водата в зоните за къпане на територията на града.

Влошаване на качеството на водата от „отлично“ в „добро“ се отчита в 7 зони за къпане: „Язовир „Пчелина“ 2“, „Тузлата“, „Робинзон-2“, „Балчик – Централен“, „Каварна – Централен“, „Иканталяка“ и „СБА“.

Важно е да се отбележи, че шест от тези зони са в област Добрич, което следва да покаже, че е необходимо от страна на компетентните институции – Басейнова дирекция „Черноморски район“ и областната и общински администрации да се идентифицират причините и предприемат съответни мерки за недопускане по-нататъшно влошаване на качеството на водите в областта.

За първи път се отчита влошаване на качеството на водата в зона „Язовир „Пчелина“ 2“, област Разград, което също налага идентифициране на причините и предприемане на мерки по отношение зоната за къпане.

При установени отклонения в качеството на водите за къпане, представляващи непосредствен риск за човешкото здраве, органите на държавния здравен контрол своевременно уведомяват другите компетентни органи – МОСВ или регионалните му структури – РИОСВ и Басейнови дирекции, областни управители и кметовете на съответната община за идентифициране на причините и предприемане на необходимите мерки. При опасност от възникване на здравен риск за хората се налага временна или постоянна забрана за къпане. През сезон 2020 г. такива ограничени не са налагани.

На национално ниво не са докладвани данни за доказана причинно-следствена връзка между състоянието на водите за къпане и възникване на заболявания през сезон 2020 г.

Актуална информация по време на сезона за къпане за качеството на водите за къпане се публикува на интернет-страниците на Регионалните здравни инспекции – Бургас, Варна, Добрич, Кърджали и Разград.

Най-често причините за влошаване качеството на водите за къпане са свързани с недостатъчен брой и капацитет на станциите и съоръжения за пречистване на отпадъчни води, нерегламентирано изпускане на непречистени отпадъчни води, или заустване на отпадъчни води в дъждовни канализации, изливащи се в или в близост до зоните за къпане и др.

Като цяло е необходимо по-нататъшно подобряване качеството на водите за къпане в страната, с оглед постигне на максимално голям брой зони за къпане с „отлично“ качество и достигане поне на средноевропейския процент на води с „отлично“ качество, за което трябва да продължи осъществяването на мерки, от компетентните институции за възможно най-бързо установяване и ликвидиране на причините, водещи до замърсяване на водите за къпане и за изпълнение на устойчиви и трайни решения за опазването им.

■ Почви и отпадъци

През 2020 г. не са установени случаи на ново дифузно замърсяване на почвите, което да е причина за вредно здравно въздействие. Съгласно утвърдената от изпълнителния директор на ИАОС годишна програма за мониторинг на почви – I ниво, (широкомащабен мониторинг), през 2020 г. е извършено наблюдение в 113 пункта от мониторинговата мрежа, от които са взети 678 броя почвени проби за анализ, като за всяка почвена проба се анализират по 64 броя показатели.

Въпреки това, от гледна точка на здравето, следва да се отбележи, че през 2020 г. са констатирани случаи на нерегламентирано временно съхранение и депониране на отпадъци извън определените за целта места. Горепосоченото е предпоставка за отделяне на вредни вещества в околната среда, предимно в почвите, което създава условия за повишаване на риска за човешкото здраве.

Разделното събиране на опасните от неопасните медицински отпадъци се извършва съгласно Наредба № 1 за изискванията към дейностите по събиране и третиране на отпадъците на територията на лечебните и здравните заведения (обн., ДВ, бр. 13 от 17.02.2015 г.), като се контролира наличието на сключени договори за тяхното последващо третиране.

Не са установени епидемиологично свързани случаи на заболявания, провокирани от лошо управление на битовите отпадъци на територията на населените места.

■ Шум

Според последния доклад за шумово замърсяване на околната среда¹¹, публикуван от Европейската агенция по околна среда (ЕАОС), един от всеки пет европейци е изложен на нива на шум, които се считат за опасни за здравето. Очаква се през следващите години този брой да се увеличи.

Автомобилният трафик е основният източник на шумово замърсяване в Европа, като през следващото десетилетие се очаква нивата на шума да се увеличат както в градските, така и в селските райони, поради развитието на урбанизацията и повишената нужда от мобилност. Железниците, самолетите и промишлеността образуват другата най-голяма група източници на шумово замърсяване в околната среда.

В повечето европейски страни, над 50% от жителите на градските области са изложени на нива на шум от автомобили, равен на 55 dB или повече, през периода ден-вечер-нощ. Според Световната здравна организация, при такива нива е вероятно здравето на гражданите да бъде засегнато.

През 2020 беше приета Директива (ЕС) 2020/367 на комисията от 4 март 2020 г. за изменение на приложение III към Директива 2002/49/ЕО на Европейския парламент и на Съвета във връзка с установяването на методи за оценка на вредните въздействия на шума в околната среда. В тази връзка, работна група към МЗ изготвя промяна на Наредба № 6 от 2006 г. за показателите за шум в околната среда, отчитащи степента на дискомфорт през различните части на денонощието, граничните стойности на показателите за шум в околната среда, в помещенията на жилищни и обществени сгради, в зони и територии, предназначени за жилищно строителство, рекреационни зони и територии и зони със смесено предназначение, методите за оценка на стойностите на показателите за шум и на вредните ефекти от шума върху здравето

¹¹ <https://www.eea.europa.eu/bg/highlights>

на населението. При тази промяна ще бъдат включени методите за оценка на вредните въздействия.

За целите на оценката се вземат предвид следните вредни въздействия на шума: исхемична болест на сърцето; силен дискомфорт, сериозни смущения на съня. Възприетите в директивата методи за оценка са общи за всички държави членки и ще дадат възможност за оценяване на вредните ефекти от шума за територията на целия Европейски съюз, както и изчисляването на загубите от заболявания, дължащи се на шума, чрез използването на т.нар. DALY – загубени години здравословен живот.

Компетентни органи по прилагане на европейското законодателство в тази област в България са Министерство на здравеопазването и Министерство на околната среда и водите. На национално и регионално ниво функционира Национална система за мониторинг на шум.

Определянето на степента на шумовото натоварване в околната среда чрез измерване се извършва на основание на 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” (ДВ бр. 3/2011 г.), в съответствие с изискванията на „Методика за определяне броя, разположението и разпределението на пунктовете за мониторинг на шума, както и периодичността на измерванията и/или изчисленията на шумовите нива”, утвърдена от МЗ, 2007 г. (посочена в чл. 6, ал. 2 от горепосочената Наредба № 54/2010 г.).

Националната система за мониторинг на шума е структурирана така, че обхваща всички агломерации и преминаващите през тях участъци от основните пътища, основните железопътни линии и летища, както и промишлените източници на шум. РЗИ съвместно с общинските ръководства разработват програми за мониторинг на шума в съответната урбанизирана територия, на която упражняват контрол. Оценката на шумовото натоварване в урбанизираните територии се извършва по показател $L_{ден}$ – (усреднено еквивалентно) дневно ниво на шума, определящ степента на дискомфорт през дневния период на денонощието (7:00-19:00 ч). През 2020 г. дневните еквивалентни нива на шума са изследвани в 731 пункта. Данните отразяват шумовото натоварване във почти всички областни градове на страната и девет общини: 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. През тази година мониторинг не е извършван в гр. Силистра, поради усложнената епидемична обстановка.

През 2020 г. в 498 бр. от контролните пунктове в страната са установени стойности над допустимите, което представлява 68.13% от общия брой контролирани зони.

Наднормени стойности са отчетени в 220 бр. от пунктовете, разположени във територии и зони подлежащи на усилена шумозащита, което представлява 44.18% от пунктовете с измерени нива над граничната стойност. На пунктове разположени в жилищни територии, през 2020 г. отново са установени стойности до 69 dB(A), при норма 55 dB (A).

През последните години се забелязва нарастване на броя на пунктовете в най-ниския диапазон, под 58 dB(A). Тук попадат една четвърт от контролираните зони.

Като цяло нивата на измереното еквивалентното дневно ниво на шума в по-голямата част от изследваните пунктове надхвърлят граничните стойности за съответните населени територии и зони, регламентирани в Наредба № 6/2006 г., но се забелязва плавно подобрение на акустичната обстановка в градовете на страната, ако се разглежда целия период за който се изготвят годишни доклади от 2006 г. до 2020 г. (Фигура 95).

През 2020 г. с 5.29% намалява броят на пунктовете с измерени високи шумови нива от диапазона (68-72) dB(A) в сравнение с 2006 г. Резултатите, попадащи в този диапазон, са от измервания предимно в зони с пътни, железопътни и въздушни трасета, за които граничните стойности варират от 55 dB(A) до 60 dB(A).

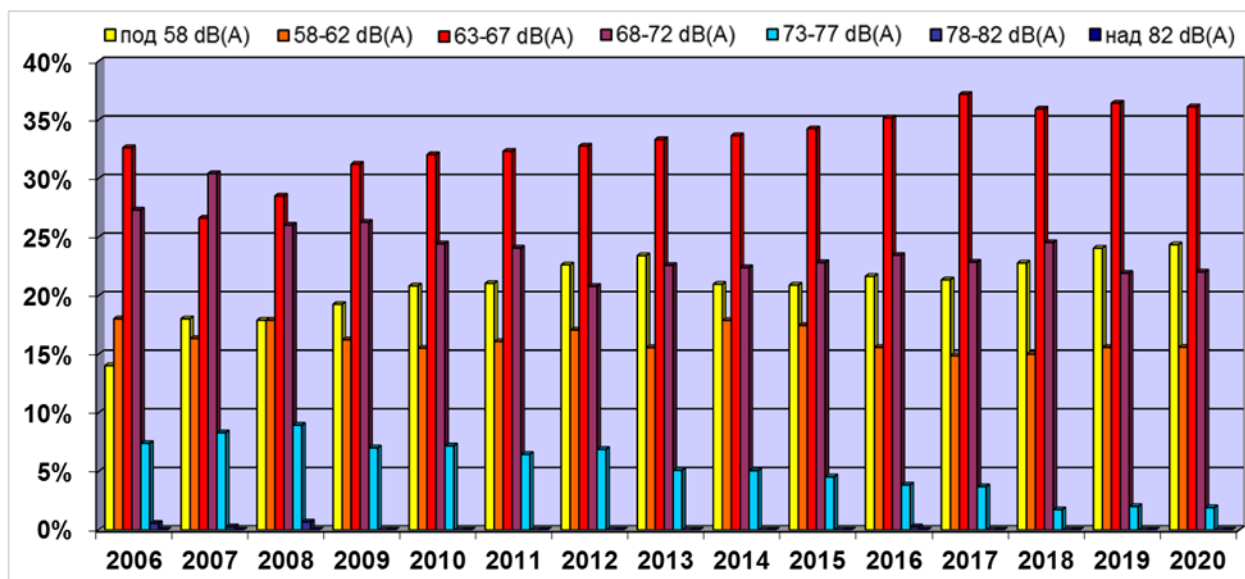
Като трайна тенденция се очертава отсъствието на пунктове с измерени стойности на шумовите нива в най-високите диапазони (78-82) dB(A) и над 82 dB(A).

В останалите диапазони промените са незначителни.

Основните източници на шум продължават да бъдат изключително натовареният транспортен трафик на автомобили, липсата на обходни маршрути за транзитно преминаващите транспортни средства извън градовете, минималното разстояние между сградите и пътните платна, липсата на достатъчно места за паркиране, което затруднява трафика на МПС, недостатъчното екраниране на транспортния шум, шумът от увеселителни заведения.

Всички данни от извършения мониторинг се съхраняват и могат да послужат за представяне на информация на населението.

Фигура 95. Разпределение на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р България по диапазони за периода 2006 – 2020 г., представено в проценти от общия брой изследвани зони



От докладите на РЗИ, представени през 2020 г. е видно, че общинските ръководства осъществяват контрол на нивата на шума при управлението на урбанизираната среда, чрез разработване и изпълнение на конкретни програми и планове за действие.

При изготвяне и актуализиране на Планове за действие за управление, предотвратяване и намаляване на шума в околната среда от общинските ръководства е необходимо да се вземат предвид всички възможни източници на шум за дадената територия.

Необходимо е подреждане по приоритет на отделните мерки в зависимост от очакваното подобряване на акустичната обстановка, намаляване на експозицията на отделните групи от населението, както и намаляване броя на засегнатите граждани.

Не на последно място, извършване на текущ контрол на шум в околната среда съгласно изискванията на ЗЗ и ЗЗШОС, който включва ежегодно обобщаване и анализиране на постъпилите жалби от гражданите по въпросите на шума в околната среда и резултатите от предприетите проверки от контролните органи.

В следствие новото проектиране и изграждане на редица транспортни инфраструктурни обекти, извършваните реконструкции и ремонти на част от съществуващите пътни настилки, регулиране на пътния трафик, подмяната на амортизирания градски транспорт и засаждането на нова растителност, проектиране на шумозащита при санирането на сгради, се очаква да продължи понижаването на шума в изследваните урбанизирани територии.

Резултатите от измерванията на шума в определени пунктове направени от РЗИ в съответните градове, служат и за верифициране на данните при изготвяне на стратегически карти за шум (СКШ) в околната среда. Тези план – карти дават възможност да се определят районите с констатирани наднормени стойности на даден показател за шум.

Програмите за защита от шум в отделните градове са различни, отчитащи съответната специфика на географско разположение, интензивност на движението, разположението на

сградите и кварталите. Техническите средства и методи, които могат да са от полза при снижаването на шума, също са различни. Въпреки това, съществуват общи аспекти в дейностите по намаляване на нивата на шума в околната среда и те включват: изисквания за правилно планиране на жилищните и промишлените райони, на скоростни магистрала, летища и др.; разглеждане на жалбите от различни групи население, както в процеса на планиране, така и в последствие; оценка на съответствието на източника на шум (промишлено предприятие, търговски център, автомагистрала, железопътна линия и др.) с действащото законодателство.

■ **Нейонизиращи лъчения**

Нейонизиращите лъчения (НЙЛ) са универсални фактори, както в околната среда, така и на работните места. Няма технология, индустрия, дейност на човека, които да не са свързани с въздействие на някакъв вид нейонизиращо лъчение – постоянни или променливи електрически и магнитни полета, радиочестотни и микровълнови лъчения, оптична радиация от целия спектър – ултравиолетово (УВ), видимо или инфрачервено (ИЧ) лъчение. Съвременните технологии са насочени основно към прилагане на НЙЛ от различни честотни обхвати, като например енергетиката, транспорта, комуникациите, медицината, козметиката и други.

Поради широкото им приложение НЙЛ са с голямо значение за здравето на населението. При прякото им или косвено въздействие, те могат да създадат условия за сериозни нарушения на здравето на човека, поради различни механизми на взаимодействие чрез нетоплинни и топлинни ефекти в различни органи и върху целия организъм; чрез термично или фотохимично въздействие върху очите и кожата, както и чрез някои специфични въздействия върху анализаторите, централната нервна система, вестибуларния апарат, сърдечно-съдовата и половата система. Не по-малко значение има класификацията на Международната агенция за изследване на рака (IARC), която е включила почти целия диапазон на НЙЛ в различни категории на човешките канцерогени – УВ лъчение в категория 1 (доказан канцероген), а ниско-честотните магнитни полета и микровълновите лъчения, излъчвани от мобилните телефони – в категория 2В (възможен канцероген).

Динамиката в развитието на системите за мобилна телефония в Европа започва в началото на 80-те години. Това довежда до нуждата да се разработи единен стандарт на система за мобилна телефония, която да се използва в цяла Европа. Първата GSM-мрежа е заработила през 1988 г. във Финландия. Оттогава се смениха няколко вида технологични стандарти, като се започне от аналоговия стандарт (1G), сменен по-късно от цифрови стандарти, познати като 2G, 3G и 4G, и се стигне до навлизането на 5G. Този нов стандарт ще използва коренно различна технология от досегашните. Идеята на 5G е всички дейности на човека да бъдат обхванати по определен начин. Съгласно Плана на ЕС (Brussels, 14.9.2016 COM (2016) 588 final, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social Committee and the Committee of the Regions 5G for Europe: An Action Plan {SWD (2016) 306 final}), до 2022 г. предстои навлизането на следващата генерация устройства с технологията 5G.

5G, или пето поколение, е най-новата технология за безжични мобилни мрежи, за първи път внедрена в някои страни през 2019 г. Тази технология представлява еволюция в телекомуникационните стандарти. За да се отговори на постоянно увеличаващите се нужди по отношение на свързаност и капацитет, ще се използват честоти около 3,5 GHz и до няколко десетки GHz. По-високите честоти са нови за мобилните телефонни мрежи, но често се използват при други познати приложения, като например радио-връзки от точка до точка и скенери за проверка на сигурността. При тези по-високи честоти, мрежите ще използват по-голям брой базови станции и свързани обекти. За целта ще се използват интелигентни антени, които ще излъчват само ако има потребител и ще фокусират сигналите по-ефективно само към използваното 5G устройство. Настоящите антени на базови станции, разпространяват сигнала в определена посока и покриват по-широки области.

С тази технология ще бъде възможно да се осигурят нуждите на телемедицината, медицинските устройства, поставени върху човека, въвеждане на автономен транспорт и едновременното управление на 1 милион устройства, разположени на кв. км (като телефони, домашни уреди, „умни домове“, системи за борба с кражби и много други).

Официално становище на СЗО: „Към днешна дата големият брой проведени изследвания доказват, че нито един неблагоприятен ефект върху здравето не е причинен в резултат на излагането на населението на облъчване от безжичните технологии.“ Заключениета, свързани със здравето, са направени от проучвания, проведени в целия радиочестотен спектър, но досега са проведени само единични изследвания при честотите, които се планира да се използват от 5G технологията.

Новата технология 5G ще замени предишните технологични стандарти, като се очаква, че стойностите на електромагнитно поле ще намалее с около 25%, предвид на нейната иновативност и функционалност.

Предвид на това, че България е една от малкото страни-членки на ЕС с много рестриктивна норма по отношение на микровълновите електромагнитни полета (ЕМП), и то с честоти само до 30 GHz, ще се наложи на операторите и доставчиците на комуникационни услуги да въведат допълнителни мерки за оптимизиране на внедряването на мрежата с цел спазването на нормативните изисквания.

Съгласно мнението на Световната здравна организация (СЗО) и на Международния комитет по защита от нейонизиращи лъчения (ICNIRP), електромагнитно поле с честоти над 10 GHz, прониква в човешкото тяло само на повърхностно ниво, т.е. в кожния слой. Съгласно проведените изследвания, за повече от 30 години от началото на създаване на цифровите безжични технологии, няма доказателства за връзка между ракови заболявания и ЕМП, създавано от високочестотни източници. Класифицирането на радиочестотните ЕМП като „възможен“ канцероген за човека (клас 2B) от авторитетната международна организация IARC (Международна агенция за изследване на рака) през 2011 г. е основано на единични изследвания, които показват по-висок риск за глиома, малигнен тип на мозъчен тумор, свързан с ползването на безжични телефони и на необходимостта да се приложи т.нар. „Превантивен принцип“ за случаите, когато науката не е доказала съответните връзки между факторите и заболяванията при човека, но технологията създава страхове сред населението.

Международни проекти и програми

- Международен проект на СЗО „Електромагнитни полета: Биологични ефекти на постоянни и променливи с времето електрически и магнитни полета“. България участва в Международния съветнически комитет на проекта от 1996 г., а от 2014 г. със заповед на Министъра на здравеопазването е създаден към проекта българския „Експертен консултативен съвет (ЕКС). За 2020 г. България е представила:
 - Отчет по политиката на страната за намаляване на риска от въздействието на нейонизиращи лъчения, на виртуално съвещание на Международния съветнически комитет на СЗО по проект „Електромагнитни полета“;
 - Отчет по политиката на страната за намаляване на риска от въздействието на УВ лъчение. комитет на СЗО по програма „Ултравиолетови лъчения“;
- Работна група за ревизия на PS14 на Европейската федерация на организациите по медицинска физика (EFOMP) – Безопасност на MRI;
- Проучване, свързано с въвеждането на новата технология от пето поколение (5G), организирано от френското правителство и СЗО.
- Инициатива в Седмицата по обществено здраве на Европейската асоциация по обществено здраве (EUPHA) на тема "5G – Факти и митове". Създаден е информационен банер на същата тема на сайта на НЦОЗА. По време на събитието е открита и гореща линия за въпроси.

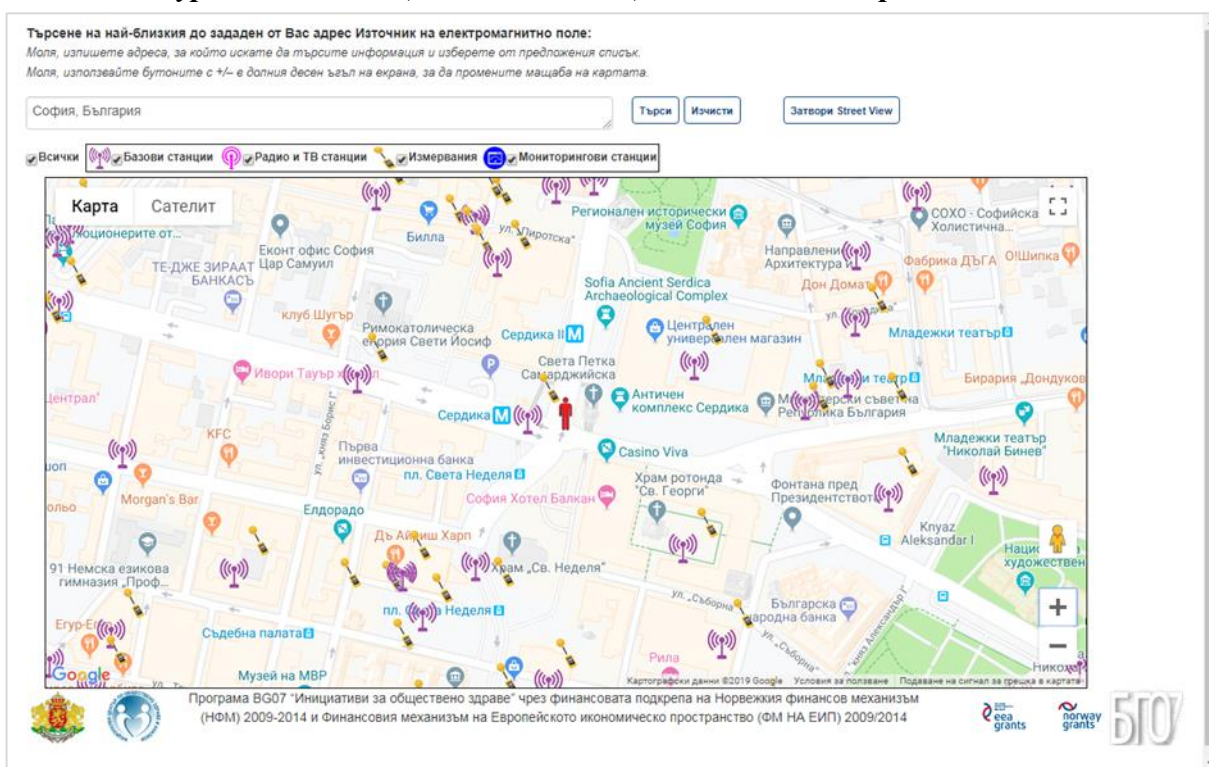
През 2020 г. продължават следните дейности в областта на НИЛ:

Извършване на оценка от НЦОЗА на експозицията и риска от ЕМП за население и работна среда. Въведени са европейските практики, съгласно изискванията за прилагане на Директива 2013/35/ЕС. Провеждането на ежегоден мониторинг на ЕМП от органите на държавния здравен контрол е причина за усъвършенстването на контрола. Важен аспект е и електронният веб-базиран регистър на източниците на ЕМП, който дава информация на населението и създава условия за по-добра колаборация между МЗ, НЦОЗА и контролните органи. От друга страна това е основа за повишеното качество на контрола на ЕМП в населените места и повишаването на компетентността на лицата, извършващи контрол чрез специализирано обучение.

В резултат на приключилия през 2017 г. проект по Програма BG 07 "Инициативи за обществено здраве", е създадена и действа „Информационна система за източниците на ЕМП“, разположени на територията на Р България, като чрез сайта на НЦОЗА има осигурен достъп до данните за стойностите на ЕМП на територията на страната с цел предоставяне на публична информация на населението за местоположението и нивата на ЕМП в околната среда. Местата на измерване и съответните стойности на ЕМП, около всеки източник, се визуализират на картата. При зададени критерии за търсене (адрес и населено място), регистърът показва на картата всички най-близки източници на ЕМП с основна информация за всеки един обект.

На **Фигура 96** са отбелязани геолокацията на излъчващите обекти, както и извършените в района измервания на ЕМП. Линка на публичната част е <https://public-emp.ncpha.government.bg/Geolocation/ViewBaseStationsOnMap.aspx>

Фигура 96. Геолокация на източници на ЕМП и измервания на ЕМП



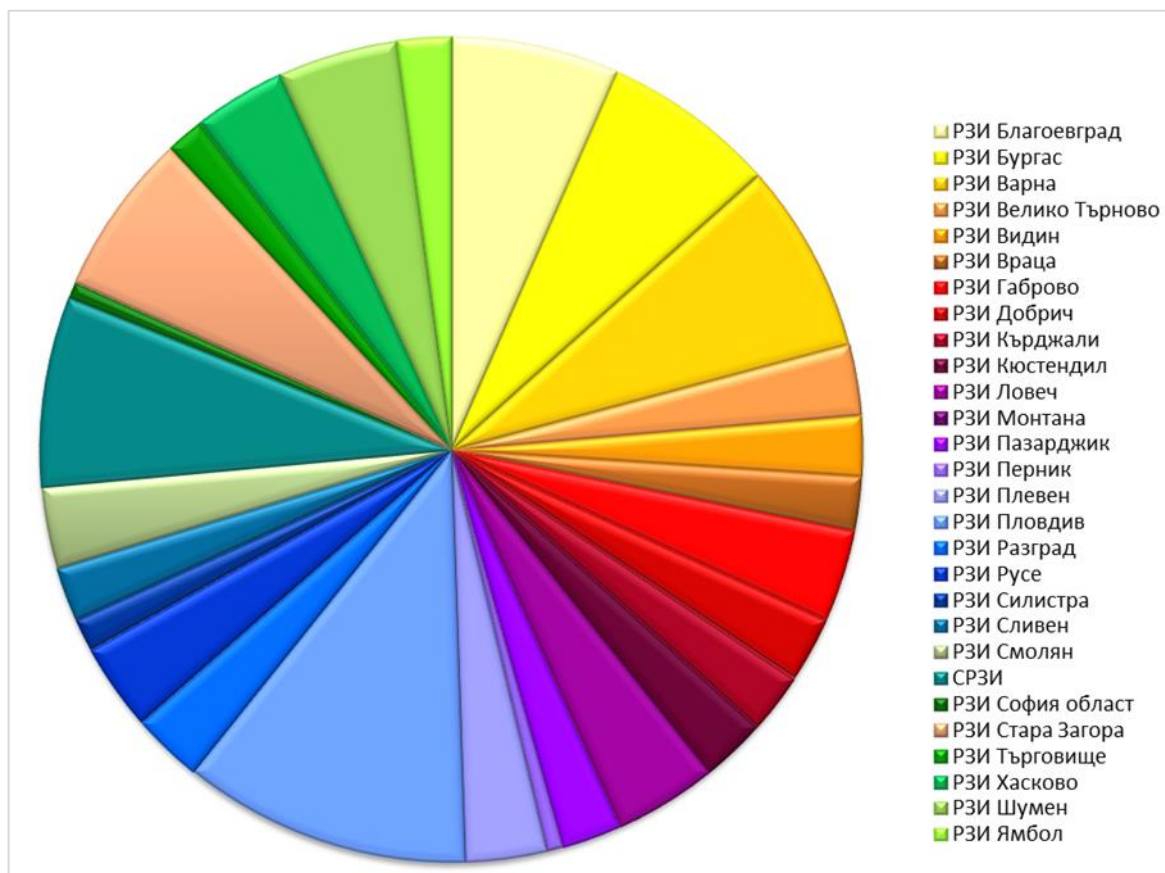
Средните стойности на електромагнитното поле, измерени от РЗИ са в интервала от 0.1 $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ до 0.9 $\mu\text{W}/\text{cm}^2$, което е в границите на нормата (10 $\mu\text{W}/\text{cm}^2$), съгласно изискванията на Наредба № 9/1991 г. на МЗ и МОСВ. Измерванията са извършени при усредняване на резултатите за 6-минутни интервали, съгласно изискванията на европейското законодателство.

В докладите от мониторинг на РЗИ са включени и резултати от измервания по 43 жалби през 2020 г.

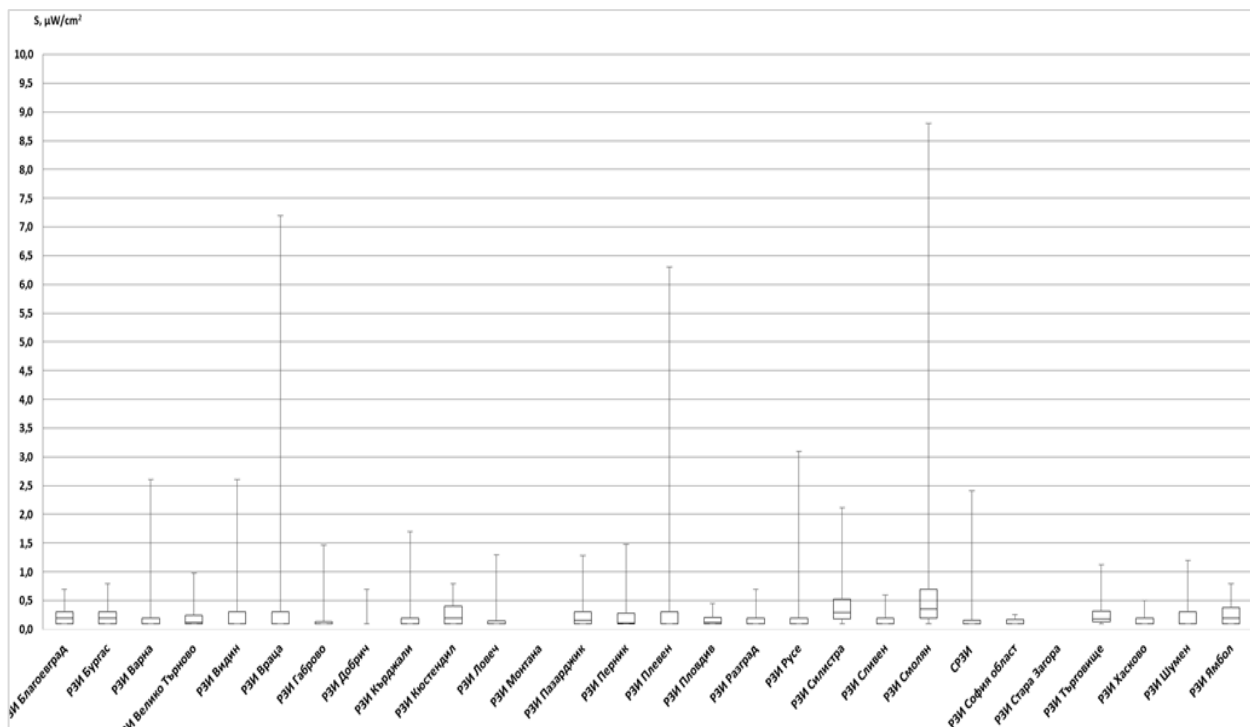
Обобщените данни от годишни доклади на РЗИ са представени на следващите фигури.

Общият брой измерени източници на ЕМП от РЗИ (10% от регистрираните обекти) са 469 обекта.

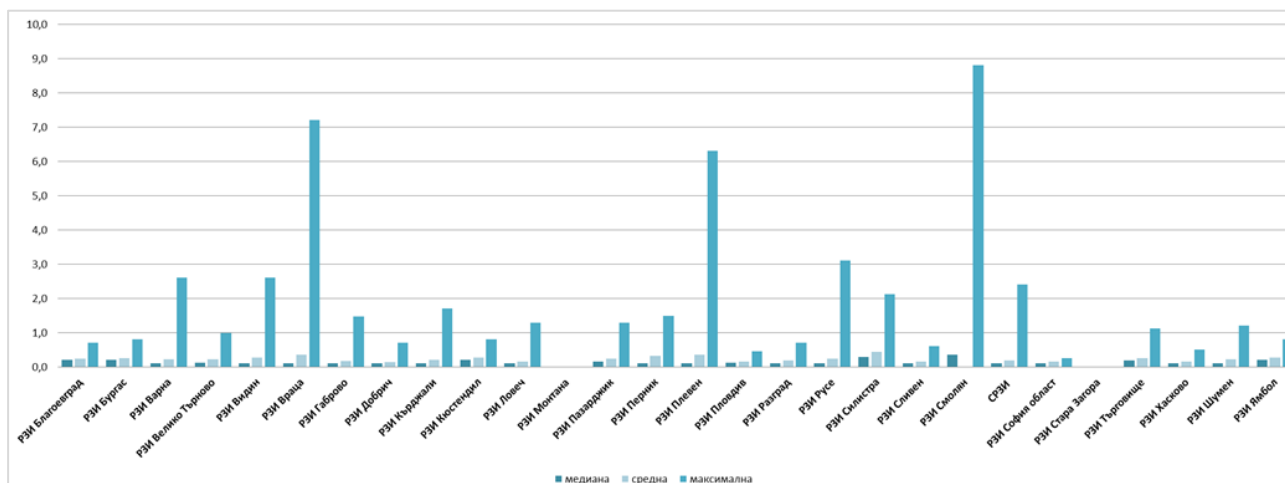
Фигура 97. Брой измерени източници на ЕМП – 10% от регистрираните обекти в административните области на Р България



Фигура 98. Разпределение на измерените стойности на плътността на мощността на ЕМП по области на Р България за 10% от регистрираните обекти в административните области на Р България

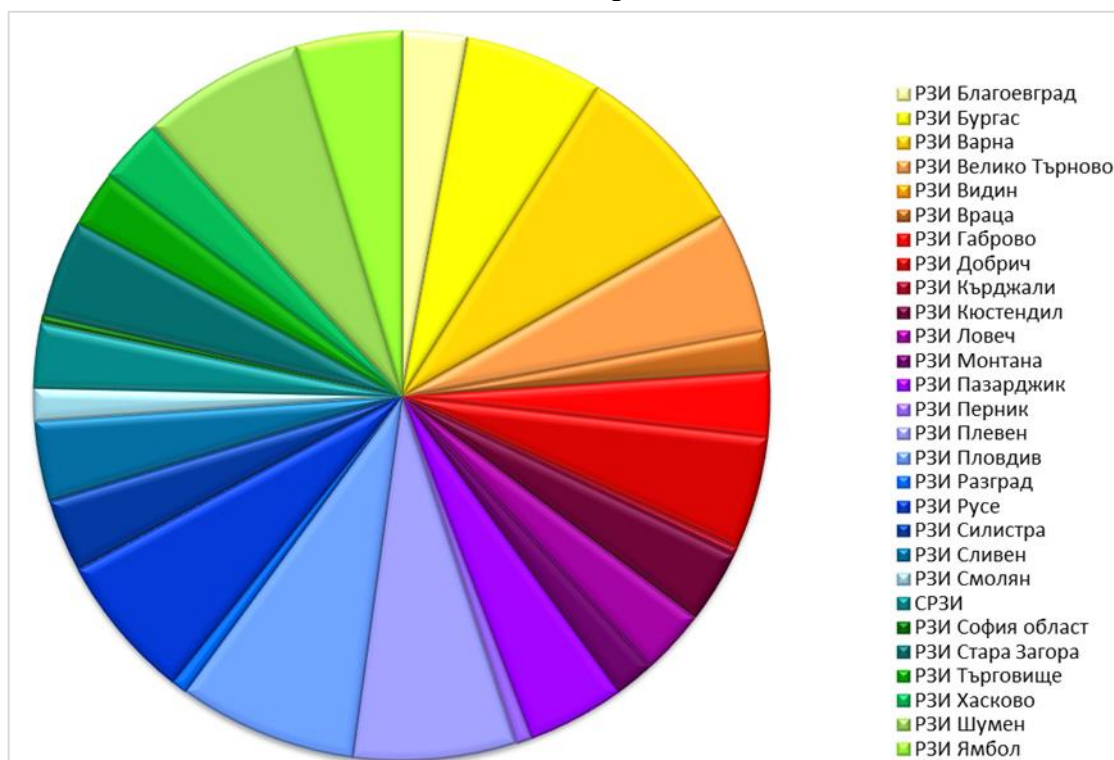


Фигура 99. Медианни, средни и максимални стойности около източници на ЕМП – 10% от регистрираните обекти в административните области на Р България



На **Фигура 99** са представени медианите, средни и максимални стойности на плътността на мощност около източниците на ЕМП.

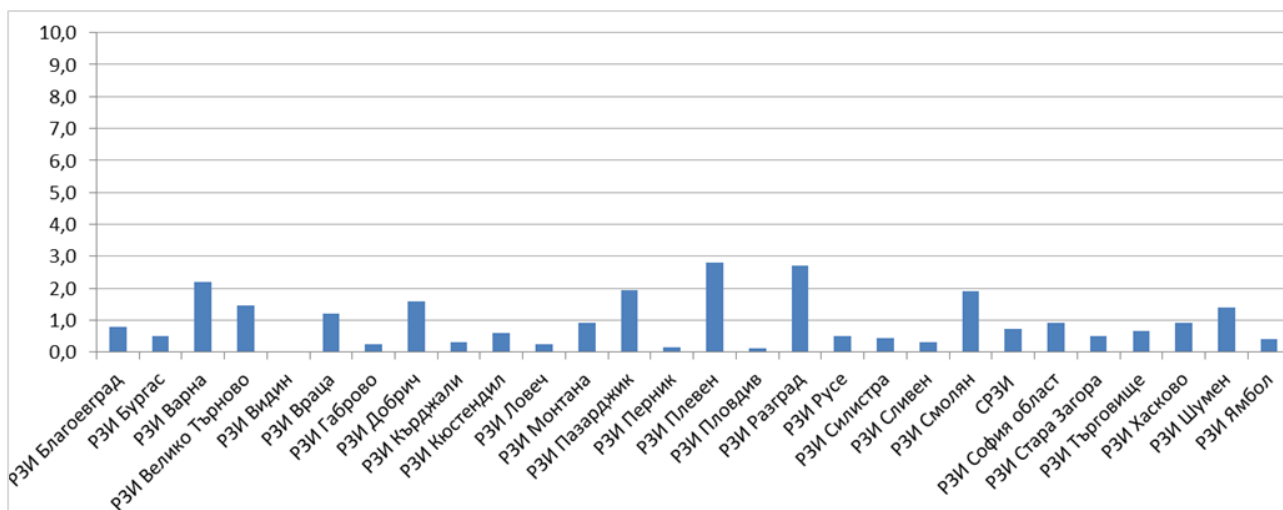
Фигура 100. Брой измерени чувствителни райони в административните области на Р България



Общият брой обекти, източници на нейонизиращи лъчения в чувствителни райони на територията на страната са 280. На **Фигура 100** е представено разпределението по съответните административни области.

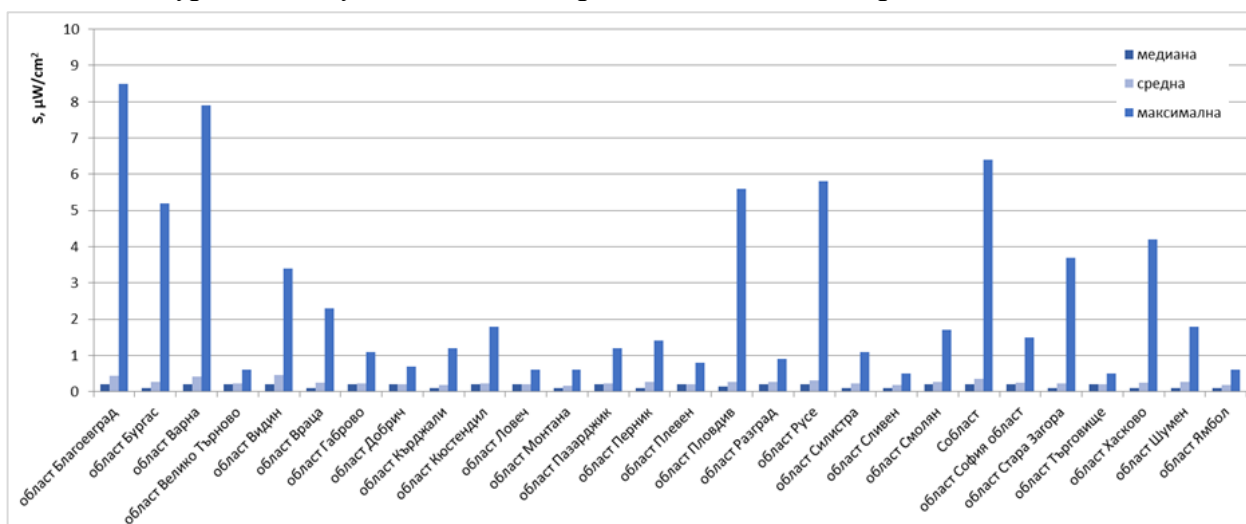
На **Фигура 101** са представени максимално измерените стойности на плътността на мощност ($\mu\text{W}/\text{cm}^2$) в чувствителните райони на страната, измерени от РЗИ.

Фигура 101. Максимални измерени стойности в чувствителни райони

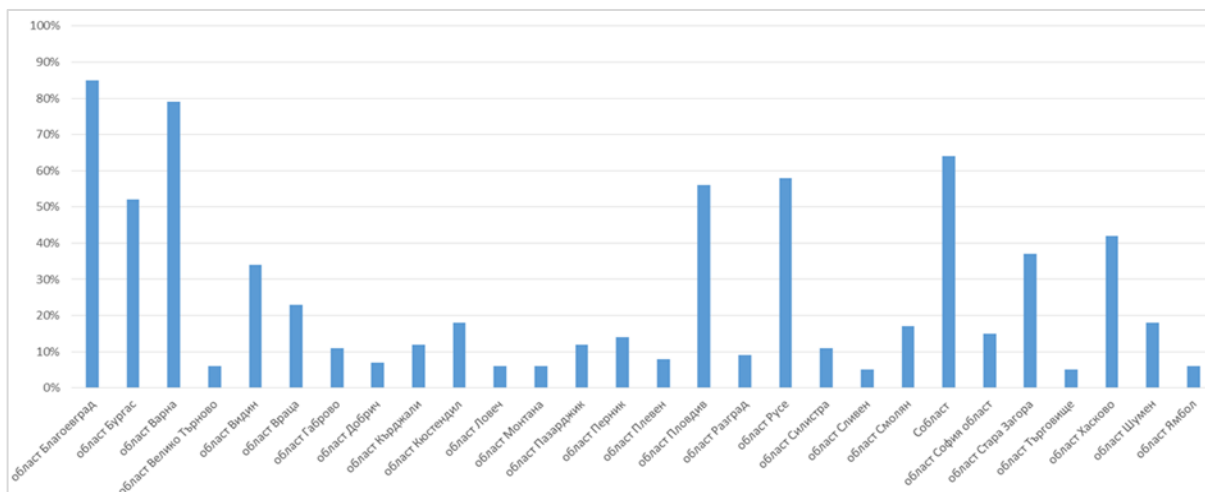


На следващите **Фигури 102 и 103** са представени резултати от измервания на ЕМП на НЦОЗА, включващи данни от последните 4 години.

Фигура 102. Резултати от измервания на ЕМП, извършени от НЦОЗА



Фигура 103. Резултати от измервания на плътността на мощността на ЕМП, изразено в % от пределно допустимото ниво (ПДН)*



*Представени са само максимално измерените стойности в съответните области.

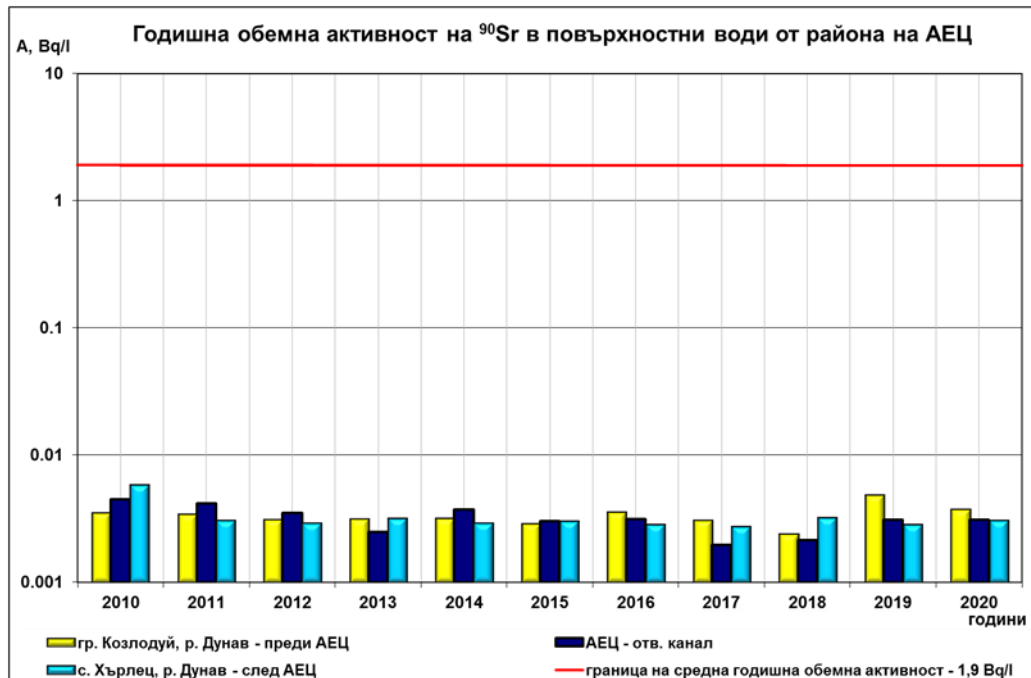
■ Йонизиращи лъчения

Здравно-радиационен мониторинг на населението

Министерство на здравеопазването чрез Националния център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ) и петте отдела „Радиационен контрол“ (РК) към РЗИ Пловдив, РЗИ Варна, РЗИ Бургас, РЗИ Русе и РЗИ Враца извършват държавния здравно-радиационен контрол за спазване на изискванията за защита на лицата от въздействието на йонизиращите лъчения. НЦРРЗ провежда мониторинг на територията на цялата страна по отношение на ядрени централи, изследователски ядрени инсталации, съоръжения за управление на радиоактивни отпадъци и обекти на бившия уранодобив, както и на факторите на жизнената среда в Югозападна България. Петте отдела РК към РЗИ Пловдив, Варна, Бургас, Русе, и Враца осъществяват мониторинг на факторите на жизнената среда на териториален принцип.

През 2020 г. от НЦРРЗ и РЗИ са проведени анализи на питейни, повърхностни и минерални води, хранителни продукти, почви, дънни утайки, растителност, атмосферни отлагания, атмосферен въздух, строителни материали и други обекти; като са направени 5135 броя радиохимични и гама-спектрометрични анализи и 2889 броя лабораторни измервания. Резултатите от провеждания през 2020 г. здравно-радиационен мониторинг сочат, че естественият гамафон в района на ПХРАО „Нови хан“, експерименталния реактор на БАН и този в 6-90 км зона около АЕЦ „Козлодуй“ не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и обектите с източници на йонизиращи лъчения, и не се отличава от характерния за съответните региони локален гамафон. В допълнение на територията на НЦРРЗ се извършва непрекъснато 24/7 измерване на мощността на дозата от гама-лъчение, а на територията на РЗИ Пловдив, РЗИ Варна, РЗИ Бургас, РЗИ Русе и РЗИ Враца измерването е двукратно на ден. През 2020 г. не са установени отклонения от естествения радиационен фон.

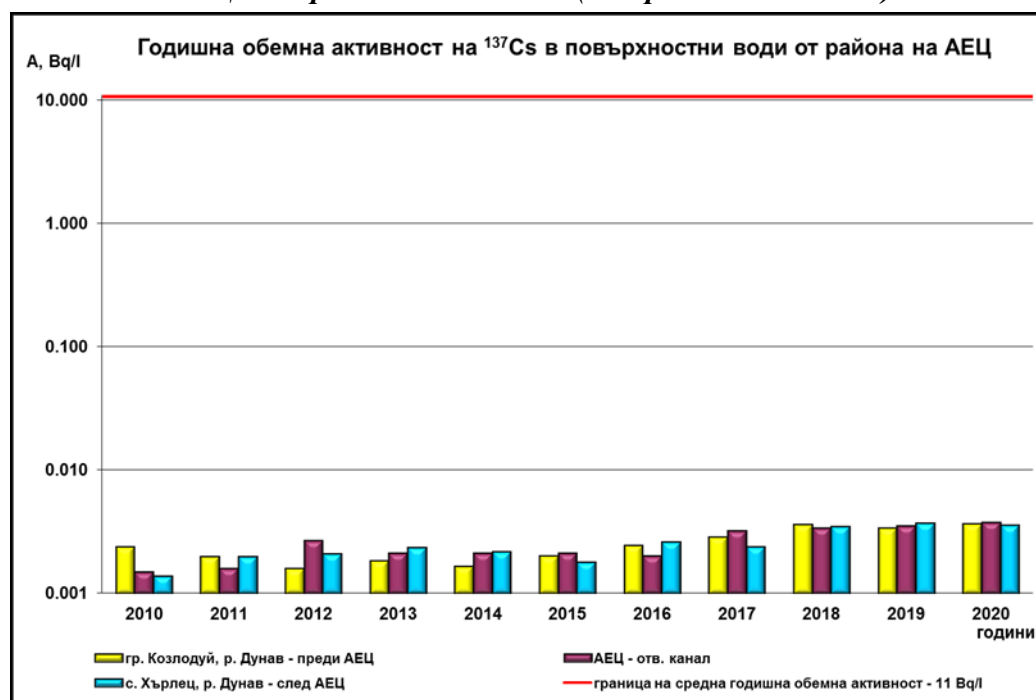
Фигура 104. Средно годишно съдържание на стронций-90 в повърхностни води от района на АЕЦ за периода 2010-2020 г. (логаритмична скала)



На Фигура 104 и Фигура 105 са представени средно-годишните обемни активности на стронций-90 и цезий-137, в точки на пробоотбор от р. Дунав, разположени преди и след АЕЦ „Козлодуй“ за последните 10 години. С червена линия е представена границата, съгласно Наредбата за радиационна защита (Обн. ДВ, бр.16 от 20.02.2018 г.), за съдържание на посочените радионуклиди в питейна вода. Видно е, че регистрираните съдържания на техногенните радионуклиди цезий-137 и стронций-90 са многократно по-ниски от допустимите за питейна вода

и са пренебрежимо малки по отношение изискванията на законодателството за допустимите нива на изхвърлянията от АЕЦ „Козлодуй“.

Фигура 105. Средно годишно съдържание на цезий-137 в повърхностни води от района на АЕЦ за периода 2010-2020 г. (логаритмична скала)



Съгласно Заповед РД-28-193 от 03.06.2011 г. на министъра на здравеопазването и програмата за специализирания радиационен контрол на факторите на жизнената среда, районите на бившите уранодобивна и уранопереработвателната промишленост се разделят на обекти с висок, среден и нисък радиационен риск.

През 2020 г. от специалисти на НЦРРЗ са обследвани на място 75% от обектите с висок радиационен риск, 27% от обектите със среден радиационен риск и само 15% от обектите с нисък радиационен риск, поради факта че, за тези обекти е предвидено да се обследват на две години. Извършени са директни измервания на радиационни параметри: мощност на дозата гама-лъчение във въздух 1990 броя и на повърхностно замърсяване 570 броя. При изпълнението на дейностите са взети 65 броя проби вода. Пробите вода се анализирани за съдържание на естествен уран, обща алфа- и бета-активности.

При анализа на резултатите са констатирани 14 несъответствия по нормативно установената стойност на естествен уран във води (7500 Bq/m³) от Наредба № 1 от 1999 г. за норми за целите на радиационна защита и безопасност при ликвидиране на последствията от урановата промишленост в Република България. 18% от измерените проби са с оценена обемна активност на естествен уран над 10 000 Bq/m³, като максималната стойност е 142 824 Bq/m³. На **Фигури 106-108** са представени логаритмично трансформирани резултати от извършените измервания за съдържание на естествен уран, обща алфа-активност и обща бета-активност във води, като с червена линия е отбелязана нормативно установената граница.

Фигура 106. Съдържание на уран в изследваните през 2020 г. води от района на бивши уранодобивни обекти



По показател естествен уран в проби вода, изтичащи от минните изработки на обследваните обекти, 22% са с резултати над нормативно установените от Наредба № 1 от 1999 г. От общо анализираните проби вода през 2020 г. от бившите уранодобивни и преработвателни обекти по показател обща бета-активност 23% са над нормативно установените. Максимално установената стойност на показателя е 45 960 Bq/m³ за пункт Щолна 1 от участък „Сугарево“. По радиационен показател обща алфа-активност 38% от измерените проби вода са със стойности над нормативно установените, като 18% от тях надхвърлят 10 000 Bq/m³. Максималната стойност от 88 187 Bq/m³ е установена за пункт на пробовземане Щолна 93 от обект „5-та шахта, кв. Сеславци“.

Фигура 107. Резултати за обща алфа-активност във води от района на бивши уранодобивни обекти през 2020 г.



Фигура 108. Резултати за обща бета-активност във води от района на бивши уранодобивни обекти през 2020 г. (логаритмична скала)



Оценката на годишната ефективна доза надфоново облъчване на населението от дейността на „АЕЦ Козлодуй” ЕАД, базирана на резултатите от проведения през 2019 г. радиационен мониторинг в района на АЕЦ е под 0,01 mSv, границата под която не са необходими допълнителни мерки за оптимизиране на радиационната защита на населението.

Оценката на годишната ефективна доза надфоново облъчване на населението от дейността на „ПХРАО–Нови хан”, базирана на резултатите от проведения радиационен мониторинг на обекти от жизнената среда в района на ПХРАО – Нови хан и в близките населени места (селата Нови хан, Крушовица и Габра) не показва отклонение от нормалния радиационен статус, характерен за страната. Оценената годишна ефективна доза е под 0,01 mSv.

Оценката на годишната ефективна доза от облъчване на населението в резултат от трансгранично замърсяване на територията на страната, вследствие на аварията в Чернобилската АЕЦ е под 0,01 mSv. В нито една от изследваните проби храни не е регистрирано съдържание на радионуклиди над нивата за докладване в Европейската комисия, установени с Препоръка 2000/473/Евратом.

Предприетите действия на органите на държавния здравен контрол по отношение на зоните за водоснабдяване с установени наднормени съдържания на естествен уран или надвишени контролни нива на показателите обща алфа-активност и обща бета-активност в питейните води са навременни и адекватни.

Има вероятност рудничните води от бившата уранодобивна промишленост, с установено наднормено съдържание на радионуклиди да замърсят обекти от жизнената среда. Дадени са препоръки на „Екоинженеринг-РМ“ ЕООД, отговорната инстанция по ПМС № 74 от 1998 г. за предприемане на своевременни мерки за тяхното управление.

Разумно и обосновано е провеждането на цялостна оценка на облъчване на българското население от естествени и техногенни източници.

Облъчване на българското население от медицински рентгенологични и нуклеарно-медицински процедури

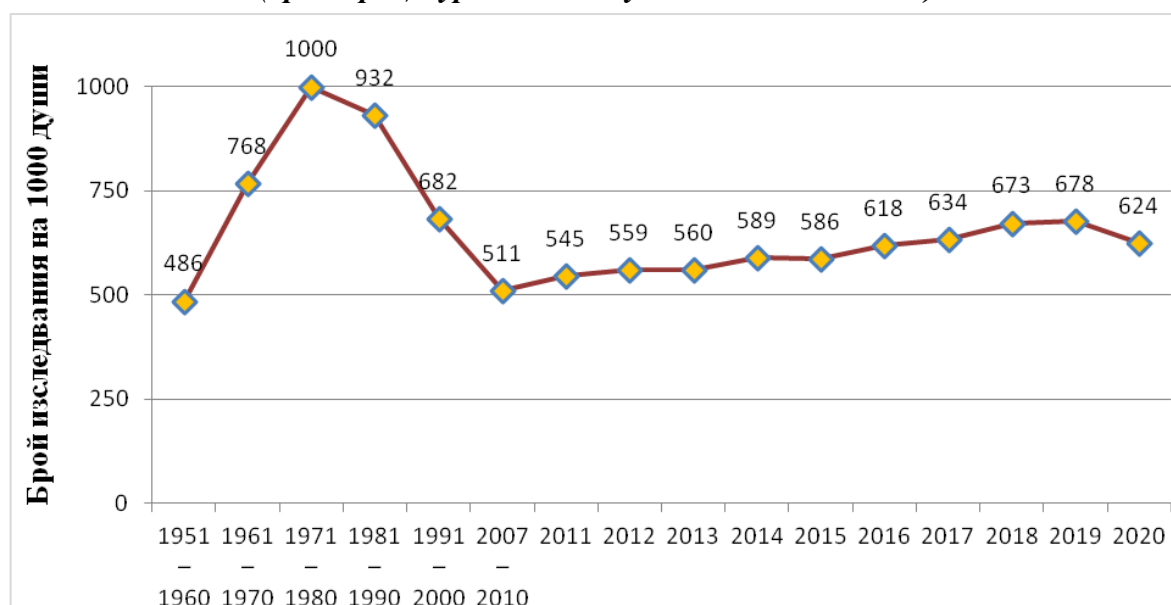
Рентгенологични процедури

Лечебните заведения отчитат ежегодно броя на проведените рентгенови изследвания. За целта се използва стандартизиран формуляр, разработен от НЦРРЗ. Информацията се изпраща от лечебните заведения в Националния център за обществено здраве и анализи (НЦОЗА),

а НЦРРЗ получава от НЦОЗА обобщена информация. Формулярът се актуализира периодично, като за 2020 г. той съдържа 69 позиции, включващи общо 65 рентгенологични изследвания и процедури.

Обобщените данни за 2020 г. показват, че общият годишен брой на рентгеновите изследвания е 4 326 766, или средно 624 изследвания на 1000 души от населението. На **Фигура 109** е показана динамиката в честотата на рентгеновите изследвания в България от 50-те години на XX век до днес. След пика в края на 80-те години на миналия век, когато на всеки човек от населението се е правело средно по едно изследване на година, се наблюдава рязък спад към края на века продължаващ до 2007 г., след което броят на изследванията бележи слаба тенденция към увеличаване, спрямо предходните няколко години, която тенденция е нарушена със спад от 10% през 2020 г. спрямо 2019 г. (**Фигура 109, 110** и **Таблица 51**). Причината за този спад най-вероятно се дължи на въвежданите през 2020 г. ограничения в извършването на част от медицинските дейности, осъществявани в лечебните заведения, които бяха въведени във връзка с управлението на кризата свързана с пандемията с COVID-19.

Фигура 109. Динамика в честотата на рентгенологичните процедури в България (брой процедури на 1000 души от населението)



Фигура 110. Динамика в честотата на рентгенологичните процедури в България (брой процедури на 1000 души от населението) – разбивка по модалности

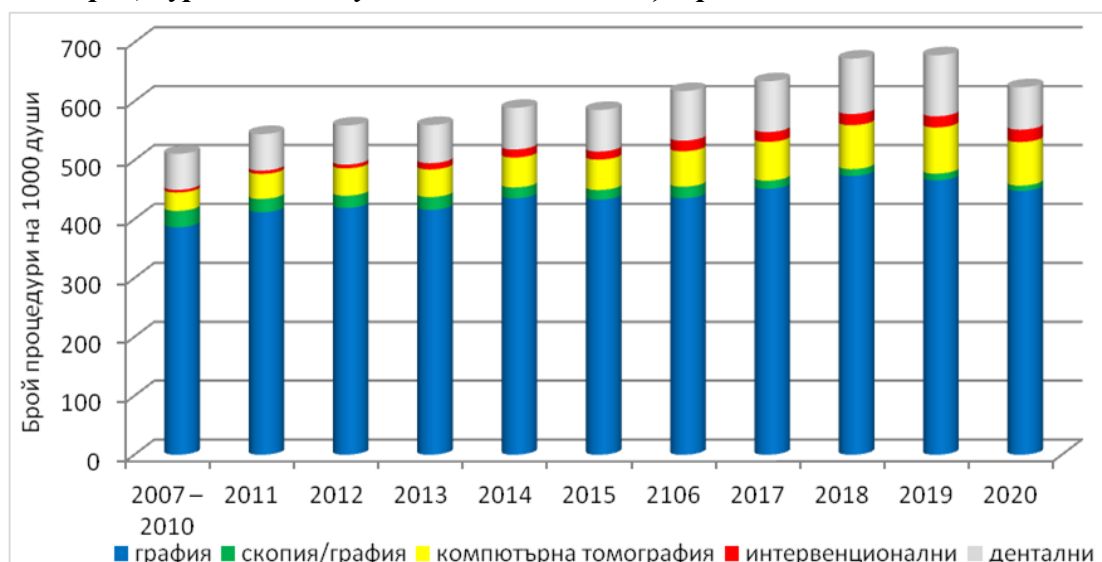


Таблица 51 към Фигура 110

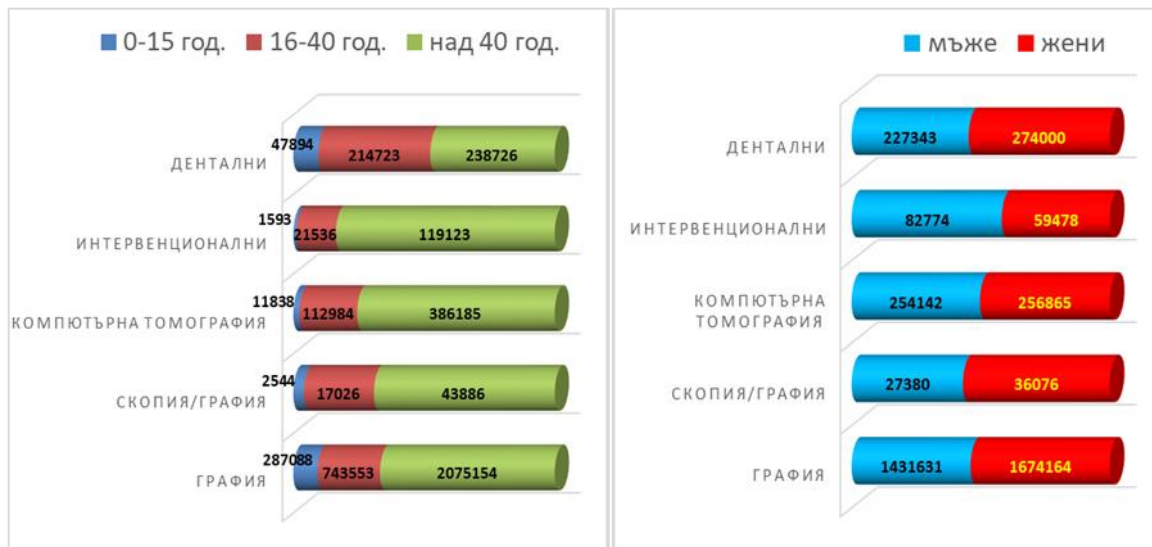
Година	2007 – 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
графия	386	412	419	416	435	433	436	452	473	466	448
скопия/графия	28	23	21	22	18	16	20	14	12	11	9
компютърна томография	31	42	46	47	51	52	60	66	75	78	74
интервенционални	5	6	6	11	14	14	18	17	19	19	21
дентални	61	62	66	65	71	71	84	86	94	104	72

На **Фигура 110** е представена честотата на петте основни групи рентгенови изследвания – рентгенография, рентгеноскопия, компютърна томография (КТ), интервенционална рентгенология (вкл. инвазивни диагностични процедури) и дентална рентгенология, за периода от 2007 до 2020 г. Наблюдават се следните тенденции:

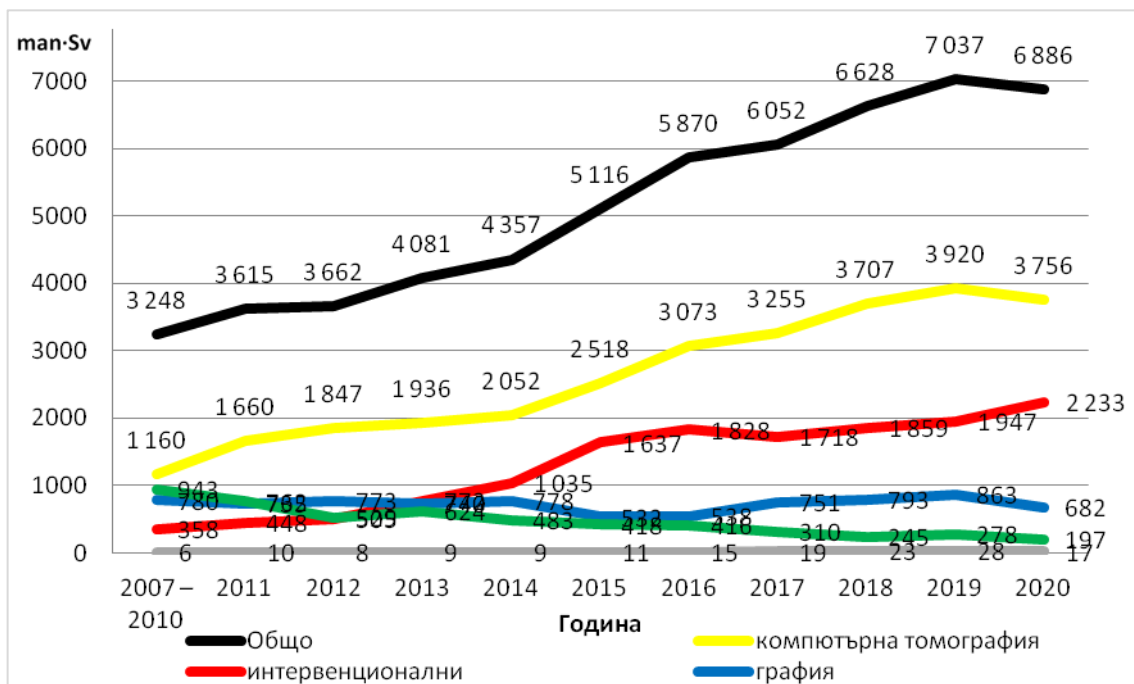
- рентгенография: С най-голям принос в общия брой са рентгенографиите. За 2020 г. те са 72% от общия брой, сред които основни са графите на гръдна клетка (204 на 1000) и на крайници (95 на 1000);
- рентгеноскопия: През 2007 г. броят на скопите е 33,2 на 1000 души (6,2% от общия брой изследвания), след което се наблюдава плавно намаляване до 9 на 1000 души през 2020 г. (1,4% от общия брой), като само за 2016 г. има изключение от тази тенденция с нарастване до 20 на 1000 души (3,2% от общия брой);
- флуорография: Положителна тенденция е също така намаляването на флуорографиите с повече от 28 пъти за осем години – от 8,6 през 2007 г. на 0,3 на 1000 души през 2016 г. През 2017 г. същите нарастват до 1,6 на 1000 поради активно провежданите скринингови програми. През 2019 г. броят на флуорографиите е 0,9 на 1000 души, а през 2020 г. достига до 0,06 на 1000 души.
- компютърна томография: За периода 2007 – 2020 г. броят на компютър-томографските изследвания е нараснал от 28 до 74 на 1000 души, като най-голям принос в общия брой са КТ изследванията на глава (22,3 на 1000), следвани от изследванията на гръдна клетка (17,4 на 1000), които са се увеличили с 30% спрямо 2019 г. Увеличената честота на изследванията на гръдна клетка се компенсира от намалените честоти на изследванията на глава (по-ниско с 19% от КТ изследвания), корем (по-ниско с 13% от КТ изследвания) и малък таз (по-ниско с 39% от КТ изследвания). По този начин тенденцията за плавно нарастване със средно по 0,5% на година се запазва и относителния принос на КТ изследвания към общия брой рентгенологични изследвания за 2020 г. е 11,9%.
- интервенционални процедури: Броят на ангиографските и интервенционалните процедури за периода от 2007 до 2020 г. е нараснал – от 3,9 на 21,0 на 1000 души, или от 0,7% на 3,4% от общия брой рентгенови изследвания. Наблюдава се леко увеличение на честотата спрямо последните четири години, когато тенденция за запазване на честотата около 18 на 1000;
- дентални: Броят на денталните рентгенови изследвания за 2020 г. е 72,3 на 1000 като прекъсва тенденцията на стъпаловидно увеличаване от 62 до 104 на 1000 души за периода 2007 – 2019 г.

На **Фигура 113** е представено разпределението на петте групи рентгенови изследвания по възрастови групи и по пол на пациентите по данни от 2020 г. Тези разпределения почти не се променят през последните десет години, като честотата на изследванията на пациенти над 40 г. се увеличава плавно. Не се променя много през годините и разпределението на изследванията по пол: рентгеновите изследвания са с малко по-голяма честота при жените, приблизително – 55%, срещу 45% при мъжете, като единствено при интервенционалните процедури съотношението е разменено, а при КТ изследвания е изравнено.

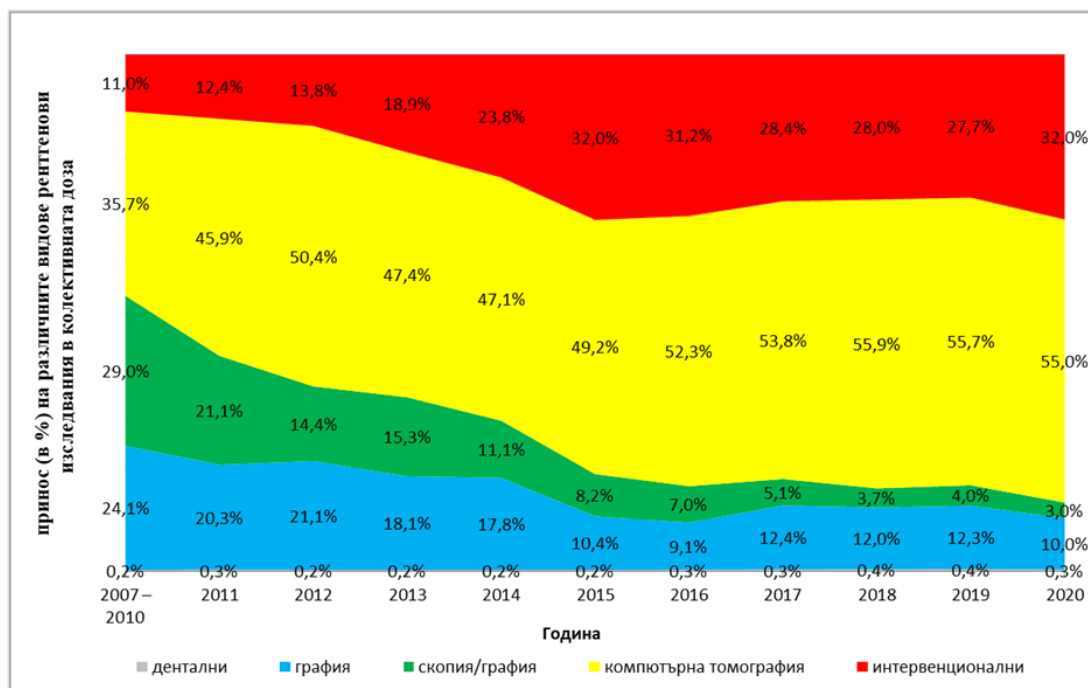
Фигура 111. Разпределение на рентгеновите изследвания по възрастови групи и по пол за 2019 г.



Фигура 112. Динамика на колективната ефективна доза от медицински рентгенови процедури



Фигура 113. Динамика в относителения принос (в%) на различните видове рентгенови изследвания към колективната ефективна доза на българското население от 2007 до 2020 г. включително



Рентгеновата графия, имаща най-голям дял в честотата (около 70%) заема трето място в приноса към колективната доза (10%).

Конвенционалната скопия, която е основен фактор в колективната доза през 2007 г. (34%), през 2020 г. има принос от едва 3%, което говори за ефективно прилагане на препоръките за ограничаване на тези изследвания за сметка на техни алтернативи.

Приносът на компютърната томография в колективната ефективна доза за периода 2007 – 2018 г. е нараснал от 30,0% през 2007 г. до 55,9% през 2018 г. За 2019 г. приносът е съответно 55,7%, а за 2020 г. – 55,0%. Практически стойностите са съизмерими, като разликите се обясняват с лекото намаляване на честотата на провеждането на тези изследвания спрямо предходните години. С най-голям принос към колективната доза са изследванията на корем и торакас съответно с 16,4% и 15,3% съответно.

Честотата на интервенционалните процедури през последните четири години се запазва постоянна, около 3%, както и относителният им принос в колективната доза – около 30%. С най-голям принос са Перкутанната коронарна интервенция и Кардиална ангиография съответно със 17,7% и 7,7% от колективната ефективна доза.

Въпреки относително голямата честота (11,6%), денталните рентгенови изследвания имат нищожен принос (0,3%) в колективната доза на населението през 2020 г.

За 2020 г. средната годишна индивидуална ефективна доза от рентгенологията у нас е 0,993 mSv, което е близо до средната за Европа, а общата колективна ефективна доза на населението е 6886 man.Sv.

Нуклеарно-медицински процедури

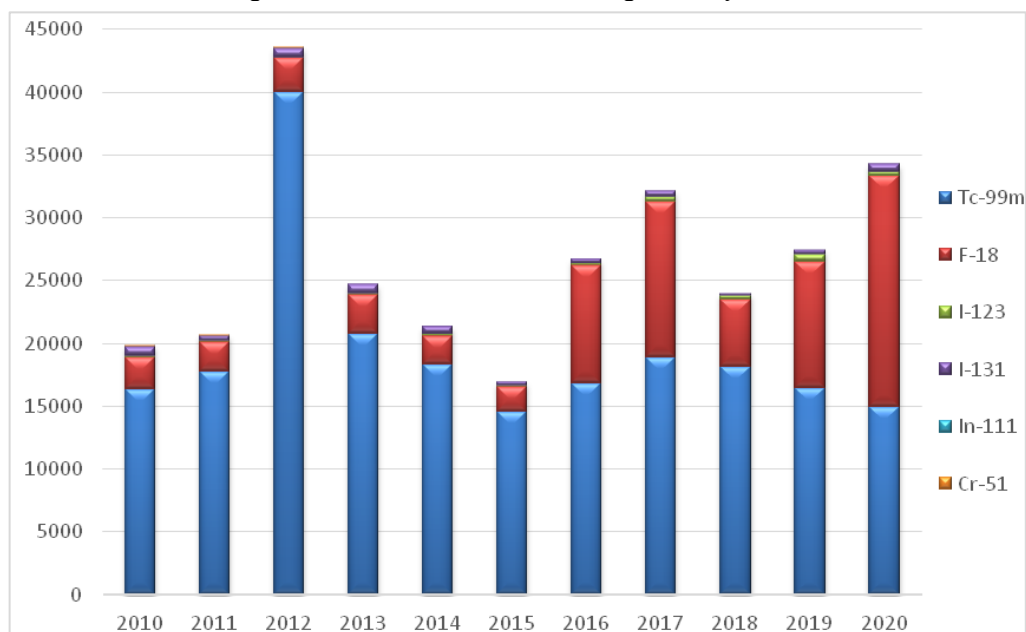
През 2020 г. нуклеарно медицинските (НМ) диагностични изследвания in vivo се провеждат в 20 отделения, с използване на общо 8 ПЕТ-КТ (в КОЦ-Бургас; УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна, МЦ „Света Марина“ – Плевен, УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД – Пловдив, УМБАЛ „Александровска“ – София, УМБАЛ Аджибадем Сити Клиник – София (2 бр.), УСБАЛО-ЕАД – София, МБАЛ "Уни Хоспитал"- Панагюрище и в СМДЛ „Полискан“ ООД) и 18 гама-камери – 2 планарни и 16 СПЕКТ, от които 8 са хибридни системи: СПЕКТ-КТ (в УМБАЛ „Александровска“ – София, УМБАЛ Аджибадем Сити Клиник – София 2 бр, СБАЛОЗ София – град, УМБАЛ

„Св. Иван Рилски“ – София, „УСБАЛО“ ЕАД– София, „КОЦ –Стара Загора“ ЕООД и „КОЦ-Шумен“ ЕООД).

Честотата на нуклеарно-медицинските изследвания (възрастни и деца) в България по налични данни през 2020 г. е 4,94%, като се е увеличила спрямо 2019 г., когато е била 3,96%.

На **Фигура 114** е представено разпределението на НМ изследвания по вид на използвания радионуклид. Преобладава използването на ¹⁸F под формата на FDG: 53,6%. през 2020 г., както и използването на ^{99m}Tc: 43,7%.

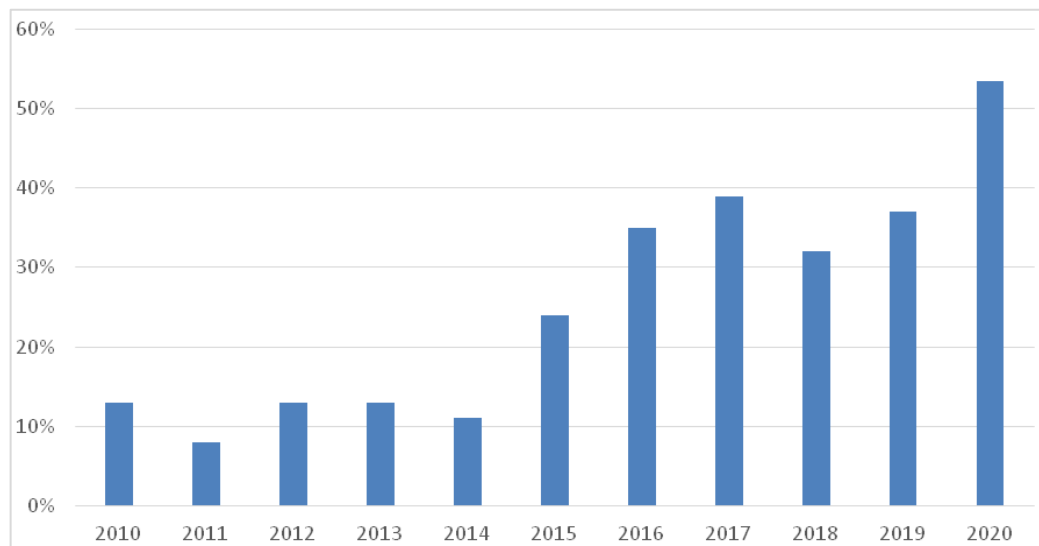
Фигура 114. Разпределение по години на проведените НМ изследвания (абсолютен брой) според вида на използваните радионуклиди



През 2020 г. ПЕТ на тумори с F-18 е най-често провежданото изследване на възрастни пациенти, с дял 53,6% от всички НМ изследвания.

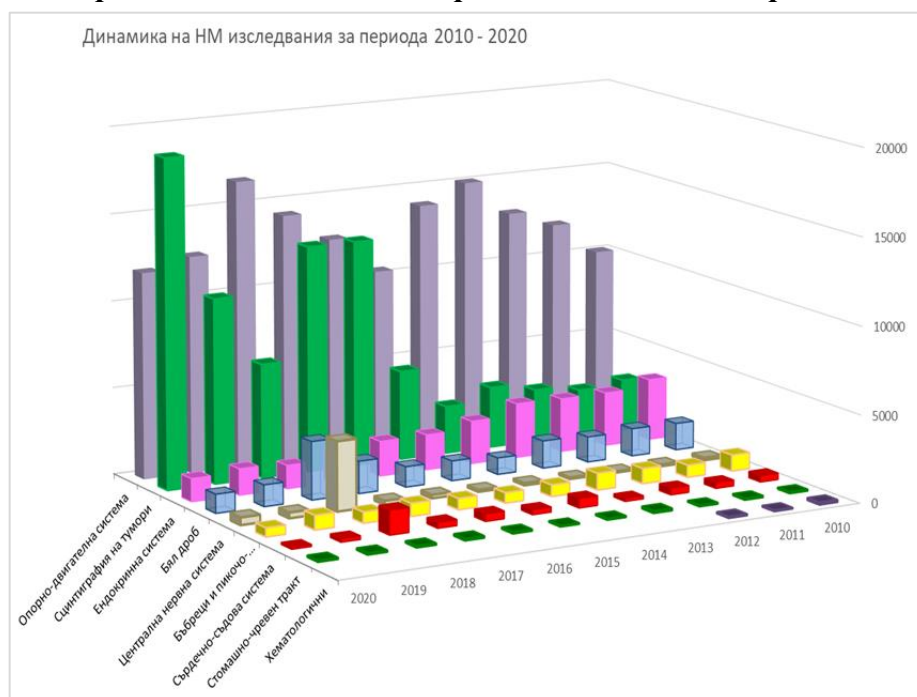
На **Фигура 115** е показана динамиката в честотата на извършените ПЕТ изследвания за периода 2010 – 2020 г. Вижда се, че приносът на тези изследвания в общия брой на НМ процедури нараства от 13,0% през 2010 г на 53,6% за 2020 г., с известно колебание в честотата през отделните години.

Фигура 115. Динамика на честотата на ПЕТ изследванията за периода 2010-2020, като процент от общия брой изследвания



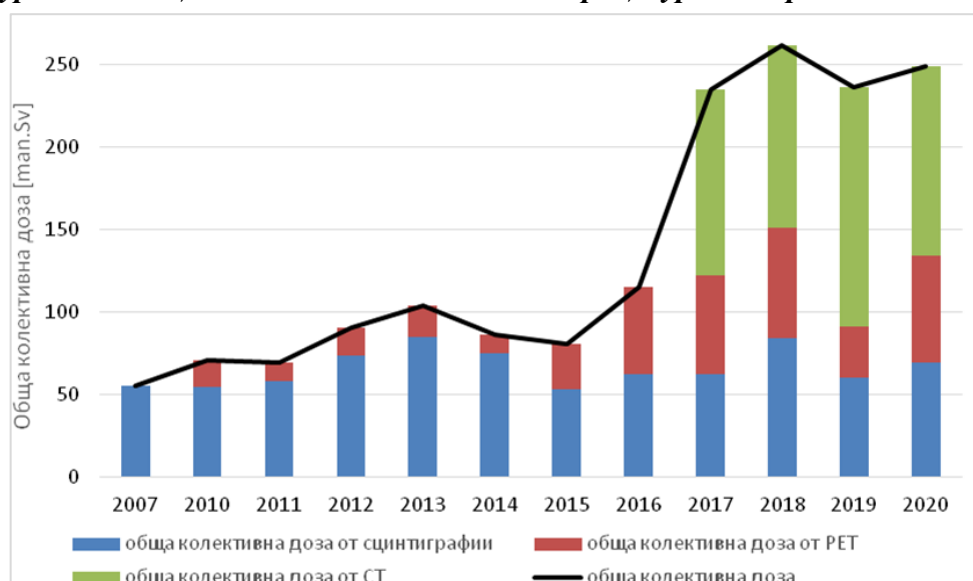
Най-често провежданите НМ изследвания на деца са динамичната бъбречна сцинтиграфия с ДТРА: в 62% от случаите; статична бъбречна сцинтиграфия с DMSA в 30% от случаите; сцинтиграфия на тестиси с ^{99m}Tc -пертехнетат: в 5% от случаите и меркелови дивертикули с 3% дял от изследванията.

Фигура 116. Брой НМ изследвания по органи и системи за периода 2010–2020 г.



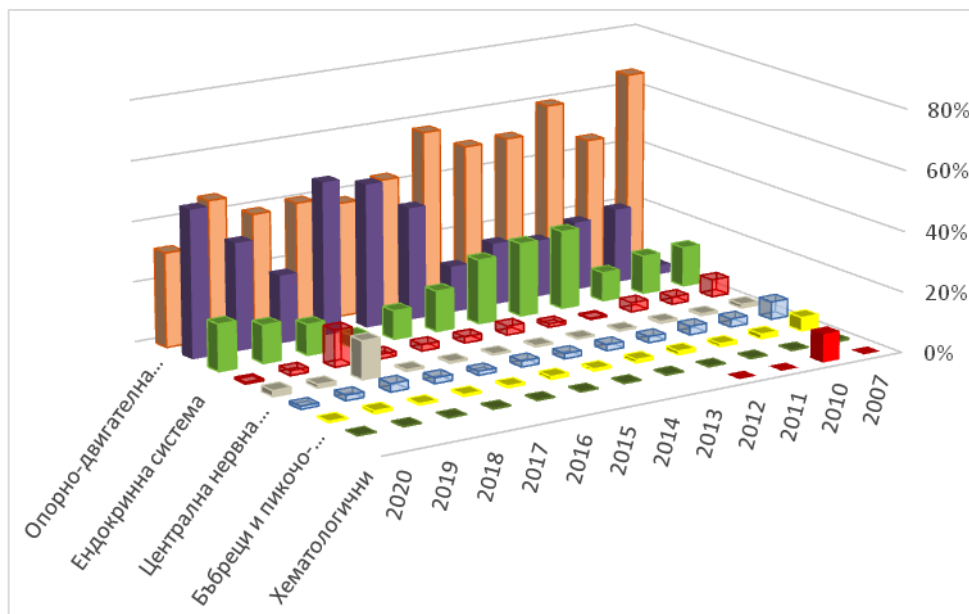
През 2017 г., към въпросника за определяне на лъчевото натоварване до центрите по НМ беше добавено специално приложение изискващо въвеждането на информация от компютър-томографската част при използването на хибридни НМ уредби (SPECT-CT и PET-CT). Това дава възможност за определяне на колективната ефективна доза от компютърната томография в НМ, която заедно с дозата от радионуклида при хибридните изследвания е общо 249,5 man.Sv за 2020 г., от които 115,2 man.Sv са от КТ, а 134,3 man.Sv – от аплицираната активност. Новият анализ на данните се отрази в рязкото нарастване на общата колективна ефективна доза от НМ за периода след 2017 г., в сравнение с предходните години, което е представено графично на **Фигура 117**.

Фигура 117. Обща колективна доза от НМ процедури за периода 2007–2020 г.



На **Фигура 118** е показан приносът на различните групи изследвания в колективната ефективна доза. Изследванията на опорно-двигателната система имат основен принос както в честотата, така и в колективната доза до 2015 г., както и за 2018 и 2019 г. През 2016 г., 2017 г. и 2020 г. превес вземат изследванията на тумори.

Фигура 118. Принос на различните изследвания в колективната доза за периода 2007–2020 г.



С най-голям принос в броя и в колективната ефективна доза за 2020 г. са PET изследванията на тумори 18 345 (53,6% от общия брой) и колективна доза 65,1 man Sv. Следващи по принос са изследванията на опорно-двигателната система: 11 859 броя, което е 34,6% от всички, а колективната ефективна доза от тях е 42,08 man.Sv.

Общата колективна ефективна доза от нуклеарно медицински изследвания през 2020 г. е 249,5 man.Sv, а съответната средна индивидуална ефективна доза е 0,036 mSv.

През 2020 г. медицинското облъчване от рентгенологията и нуклеарната медицина формира сумарна колективна ефективна доза 7136 man.Sv. Основен е приносът на рентгеновата диагностика, който е около 30 пъти по-голям от приноса на нуклеарно-медицинската диагностика. Средногодишната индивидуална ефективна доза на глава от българското население от медицинско облъчване е: 1,03 mSv.a-1.

Предвид получените резултати за големината на колективните и средните ефективни дози през последните години, е необходимо полагане на специални усилия от лечебните заведения за подобряване на дейностите по осигуряване на качеството и оптимизация на медицинските радиологични процедури в рентгенологията и нуклеарната медицина, което се препоръчва и от европейското и национално законодателство. Желателно е преразглеждане и оптимизиране според степента на риска на програмите за провеждане на инспекции от органите на ДЗРК в обектите използващи източници на йонизиращи лъчения за медицински цели.

Подобряването на оценките на облъчване на населението в резултат на медицински процедури, респективно предприемане на мерки за радиационна защита на пациентите, би могло да се постигне чрез установяването на информационна връзка между PACS системите на лечебните заведения и ИЦРРЗ. Това би позволило получаването на по-бърза и по-точна информация за броя и честотите на рентгенологичните и нуклеарномедицинските изследвания и процедури и по-точна оценка на дозите.

Индивидуален мониторинг на персонал, извършващ дейности с източници на йонизиращо лъчение

Главната цел на радиационната защита е опазването на човешкото здраве от вредното действие на йонизиращите лъчения. Тази цел се постига посредством управление и контрол на професионалното облъчване, така че детерминистичните ефекти да бъдат напълно изключени, а рискът от стохастични ефекти да бъде намален до разумно достижимо ниво.

Основни показатели за оценка на ефективността на радиационната защита са индивидуалната ефективна доза на персонала.

Индивидуалният дозиметричен контрол от външно облъчване в Република България се извършва от три акредитирани лаборатории:

Лаборатория „Индивидуален дозиметричен контрол“ – сектор 1 на Органа за контрол от вид А на НЦРРЗ;

Лаборатория „Протекта“ ООД – акредитиран орган за контрол от вид А ;

Контролен център „Персонална дозиметрия“ към дирекция „Безопасност и качество“ на АЕЦ – акредитиран орган за контрол от вид С.

Контролът на вътрешното облъчване на персонала, работещ с източници на йонизиращи лъчения се осъществява от НЦРРЗ – сектор 2 от Органа за контрол от вид А и Контролен център „Персонална дозиметрия“ на „АЕЦ Козлодуй“ – Орган за контрол от вид С.

Контрол на външното облъчване

Контролът на външното облъчване на професионално облъчваните лица се извършва чрез измерване на индивидуалната ефективна доза, за което се използват две дозиметрични системи – филмова и термолуминисцентна. Те включват дозиметър, регистриращ апарат и документация (калибриращи криви, процедури и инструкции).

НЦРРЗ контролира 835 обекта с радиационни съоръжения и лаборатории. Общият брой на контролираните лица е 3 880, категория А – 263, категория Б – 3 617. Използват се филмова и термолуминисцентна (комбинирани дозиметри) дозиметрични системи.

В Таблица 52 е даден обемът от индивидуалния дозиметричен контрол, разпределен в зависимост от областта на използване на йонизиращите лъчения и в зависимост от регистрираната индивидуална ефективна доза.

Таблица 52. Индивидуален дозиметричен контрол при външно облъчване (данни НЦРРЗ)

Област (ХЕИ)	Брой на контролираните лица		Брой лица в дозов интервал, mSv				
	кат. А	кат. Б	<MDL	[MDL;1]	(1;6)	[6;20]	≥20
Дейности с повишена концентрация на естествени РАИ (бани, подземни обекти)	-	-	-	-	-	-	-
<i>Медицина</i>							
конвенционална диагностика (предимно графия)	0	1948	1921	27	-	-	-
интервенционални процедури (предимно скопия)	212	65	230	41	5	1	0
нуклеарна медицина							
всички останали							
стоматология		406	394	12			
радиотерапия (телегаматерапия)							
радиотерапия (брахитерапия)							
други – сервиз мед. техника		93	93				
<i>Промисленост</i>							
Облъчватели		16	16				
Промислена радиография (стационарни уредби)		115	115				

Промислена радиография (подвижни уредби)	4	112	152	2	2		
Производство на радионуклиди							
Промислени анализи (РФА, РСА)	7	131	138	1	2		
Уреди за технологичен контрол – сигнал., нивом., неутрализ. и др.		107	107				
Ускорители							
Ветеринарна медицина		38	38				
Образование и изследвания		248	247	1			
Транспорт							
Полиция		294	294				
Други		44	44				
Общо	263	3617	3789	84	9	1	0

Колективната ефективна доза на контролираните от НЦРРЗ професионално облъчвани лица е 67,2 man.mSv, а средната годишна ефективна доза на лице е 0,017 mSv. Максималната регистрирана индивидуална ефективна доза на професионално облъчвано лице е 5 mSv.

Фирма „Лаборатории Протекта“ ООД използва термолуминисцентни дозиметри за контрол. През 2020 г. е контролирала 7 147 професионално облъчвани лица като 5 095 лица са на тримесечен контрол и 2 052 лица са на ежемесечен контрол. В Таблица 53 са дадени разпределението по области на приложение на дейността с източници на йонизиращи лъчения.

Таблица 53. Индивидуален дозиметричен контрол при външно облъчване (данни „Лаборатории Протекта“ ООД)

област	брой контролирани лица	колективна доза [man.mSv]	средна доза [mSv]
медицина общо	4 449	1 345.18	0.30
ортопедия	406	71.59	0.18
лъчетерапия	658	150.76	0.23
образна	1 031	270.77	0.26
кардиология	479	377.94	0.79
неврохирургия	222	34.61	0.16
нуклеарна	208	129.37	0.62
др. области в мед.	1 445	310.14	0.21
образование и наука	222	22.56	0.10
промишленост*	103	73.49	0.71
летища общо	690	279.8	0.41
София	529	236.6	0.45
Варна	68	9.7	0.14
Бургас	75	23.7	0.32
Пловдив	18	9.8	0.55
ДП РАО общо	81	12.3	0.15
Нови хан	81	12.3	0.15
други дейности**	853	159.5	0.19
малки клиенти***	749	202.1	0.27
Общо	7 147	2 094	0.27

Забележка: *промишленост – безразрушителен контрол, производство на радиофармацевтици и др.;

**други дейности – АЯР, Агенция митници, Гранична полиция, Екоинженеринг РМ, охранителни фирми и др.;

***малки клиенти – клиенти с брой контролирани лица от 1 до 4

Регистрираната през 2020 г. от „Лаборатории Протекта“ ООД колективна доза е 2094 man.mSv, а средната доза е 0,27 mSv.

В „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД за контрол на индивидуалната ефективна доза се използва термолуминисцентна дозиметрична система. Общият брой контролирани лица е 2 618, разпределени както следва: „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД – 1314 лица, персонал на външни организации – 1180 лица и участвали в транспорт на ядрено гориво – 152 лица. В Таблица 54 са дадени резултатите от дозиметричния контрол.

Таблица 54. Индивидуален дозиметричен контрол при външно облъчване (данни „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД)

№	Структурна единица Контролирана зона	Брой контролирани лица	Брой лица с доза от външно облъчване над 0,10 mSv	Колективна ефективна доза [man.mSv]	Средна индивидуална ефективна доза [mSv]	Максимална индивидуална ефективна доза [mSv]
1.	„АЕЦ Козлодуй“ ЕАД					
1.1	КЗ на цех ХОГ	144	6	0,82	0,01	0,20
1.2	КЗ на Електропроизводство 2	1 120	331	259,89	0,23	5,28
1.3	Надзиравана зона	97	1	0,18	0,00	0,18
2.	Външни организации					
2.1	КЗ на цех ХОГ	139	-	0,00	0,00	<0,10
2.2	КЗ на Електропроизводство 2	1 038	190	79,43	0,08	3,25
1.3	Надзиравана зона	137	-	0,00	0,00	<0,10
	Общо за „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД:	1 361	338	260,89	0,19	5,28
	Общо за персонал на ВО:	1 314	190	79,43	0,08	3,25
	Транспорт на СЯГ или ОЯГ	152	2	0,20	0,00	0,10
	Общо:	2 827	530	340,52	0,12	5,28

Броят на контролираните с термолуминисцентни дозиметри лица с доза над нивото на регистрация 0,10 mSv при извършване на дейности в контролираните зони на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД през 2020 г. е 530 лица – 18,7% от всички контролирани лица.

Най-голям дял в професионалното облъчване на персонала на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД имат тези лица, работили в КЗ на ЕП 2 – 331 лица с доза от външно облъчване над 0,10 mSv – 24,3% от всички (1361) контролирани лица.

От персоналят на външните организации, работил в контролираните зони на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД (1314 лица), с професионално облъчване са (14,4%) – 190 лица.

Колективната ефективна доза от външно облъчване на всички контролирани лица през 2020 г. е 340,52 man.mSv. Средната индивидуална ефективна доза от външно облъчване през 2020 г. е 0,12 mSv.

Максималната индивидуална ефективна доза от външно облъчване през 2020 г. е 5,28 mSv и е получена от специалист от „Оборудване I-ви контур“ на направление Ремонт на ЕП-2 на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД.

Контрол на вътрешно облъчване

Извършва се в НЦРРЗ и „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД.

Контролът на вътрешното облъчване в „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД включва:

- гама-спектрометрично измерване на инкорпориранията активност по метода “in vivo”;

- оценка на постъплението и дозата от вътрешно облъчване E(50) с помощта на специализиран верифициран софтуер DOSEART, в който се използват биокинетичните модели на Международната комисия по радиационна защита (МКРЗ) за поведението на радионуклидите, попаднали в организма чрез вдишване.

Съгласно тях, мониторинга на вътрешното облъчване на персонала с достъп до КЗ на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД се провежда:

- а) рутинен мониторинг с период 120 дни – на т.н. рисков контингент (Направление „Ремонт“ – „Оборудване 1 контур“) на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД;
- в) рутинен мониторинг с период 180 дни – на част от персонала на Направление „Експлоатация“ (Оперативен радиационен и дозиметричен контрол“ и „Реакторно оборудване“) и от Направление „Инженерно осигуряване“ („РФТ“ и „Радиохимия“).

През 2020 г. „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД провежда мониторинг на 583 лица от общите структури на АЕЦ, 1172 лица от цех. „Електропроизводство 2“ и на 1609 лица от външни организации.

На персонала на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД – Електропроизводство 2 са извършени 1704 измервания на целотелесни активности на 1172 контролирани лица. Активности над МДА са регистрирани при 13 лица. Броят на контролираните лица от Направление „Ремонт“ е 657 с 1034 измервания на целотелесна активност. Активности на техногенни радионуклиди над МДА са регистрирани при 12 лица от персонала на „Оборудване I-ви контур“ и при едно лице от персонала на сектор „Инженерна подготовка и контрол на качеството“. Няма оценена очаквана индивидуална ефективна доза над ниво за регистрация 1mSv.

През 2020 г. в НЦРРЗ е извършен мониторинг на 32 лица, персонал на ДП „РАО“ чрез измерване на инкорпорираната активност с целотелесен брояч с гама спектрометър и оценка на дозата от вътрешно облъчване. Не е установено наличието на техногенни радионуклиди.

Контролираните през 2020 г. професионално облъчвани лица са 13 854.

През 2020 г. няма оценена очаквана индивидуална ефективна доза от вътрешно облъчване над нивото за регистрация 1 mSv, съгласно изискванията на Наредба № 32 за условията и реда за извършване на ИДК на лицата, работещи с източници на йонизиращи лъчения.

Колективната ефективна доза на всички контролирани професионално облъчвани лица за 2020 г. е 2 501,72 man.mSv.

Средната индивидуална ефективна доза за професионално облъчваните лица през 2020 г. е 0,12 mSv.

Отчетливо и традиционно, по-високо лъчево натоварване се регистрира при работещите в областта на инвазивната кардиология, нуклеарната медицина и в промишлеността, като основният принос е на фирмите, извършващи безразрушителен контрол и произвеждащи радиофармацевтици;

В Република България през 2020 г. не е регистрирана индивидуална ефективна доза при професионално облъчване, която да надхвърля границата от 20 mSv, съгласно Наредбата за радиационна защита.

Дейности по национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон (2018-2022 г.)

В изпълнение на Националния план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2022 г. всяка година поетапно се изпълняват дейности, за които се изготвя отделен отчет, който се публикува на интернет страницата на стратегията www.radon.bg. През 2020 г. са заложили за вземане на проби 119 броя детектори, които ще бъдат обработени в НЦРРЗ през 2021 г. През изминалият отчетен период в лаборатория „Радон“ са обработени 4957 пасивни детектори за измерване на обемна активност на радон с 5528 чипа. През 2020 г. са изготвени подробни отчети за: национални проучвания на нивата на радон в жилищни сгради на териториите на области Благоевград и Сливен, проучване на обемна активност на радон (ОАР) в жилищни сгради с констатирани високи стойности на радон на територията на

България, пилотно проучване на обемна активност на радон на работни места в профилакториуми на „СБР-НК“ ЕАД.

Детайлното проучване в област Благоевград, проведено през 2017 г. в жилища е с цел изпитване на методиката за провеждане на измервания за изготвяне на радонова карта. Проучването е проведено с 1280 пасивни детектори за всички 14 общини от областта. Изгубените детектори са 8% от предоставените. Средно-аритметична стойност на радон в измерените жилища (1180 броя) за периода на измерване е 121 Вq/m³, а средно-геометричната стойност е 78 Вq/m³ (геометрично отклонение 2,29).

В изготвения през 2020 г. отчет са обобщени резултатите от всички проучвания за областта извършени по Националното проучване, проучването на сезонните вариации и горепосоченото, като общият брой оценени за ОАР жилища възлизат на 1283. Средно-аритметичната стойност на ОАР за областта е 106 Вq/m³, а средно-геометричната стойност 80 Вq/m³ (с геометрично отклонение 2.01). Резултатите са разпределени по селища и квадрати 5x5 км и са представени в табличен вид и на карти за всяка община. Определените райони с висока потенциална вероятност от проникване на радон в сградите са в общините Банско и Разлог. В общините Гоце Делчев, Кресна и Хаджидимово са установени райони с умерена потенциала вероятност. В тези райони следва да се провеждат по-подробни проучвания и предприемат мерки за превенция на проникване на радон при строителство на нови сгради.

При проучването на територията на област Сливен е установена средно-аритметична стойност на измерените жилища за периода на измерване е 149 Вq/m³, а средно-геометричната стойност е 104 Вq/m³ (геометрично отклонение 2.22). Предоставени са общо 1474 броя пасивни детектори, които са разпределени както следва: за 731 жилища по 2 детектора или 1462 броя, 10 броя дублиращи детектори и 2 броя нулеви детектори. Изгубените детектори са 8% от предоставените. Информацията и картата, изготвена въз основа на измерванията, може да служи при проектиране за предприемане на превантивни мерки.

Проучването в Специализирани болници за рехабилитация – Национален комплекс ЕАД (СБР-НК ЕАД) е проведено през периода от февруари до юни 2019 г. Посетени са 12 подразделения на болниците за рехабилитация. Поставени са общо 528 детектори за пасивно измерване на ОАР. Проведени са директни измервания на параметъра в 12 от подразделенията на „СБР-НК“ ЕАД. Извършено е пробовземане на 36 броя вода от сондажите, басейните или водните помещения на филиалите на „СБР-НК“ ЕАД, с цел оценка на допълнителния източник на радон от минералната вода в сградата. Общите загуби на детектори и резултати под минимално-измеряемата активност са 20%, но в три поделения на „СБР-НК“ ЕАД тези загуби са над 40%.

Установената средна аритметична стойност на ОАР е 102 Вq/m³ за филиалите на „СБР-НК“ ЕАД, с измерена минимална (18 Вq/m³) във филиал Поморие и максималната стойност (2550 Вq/m³) в процедурно помещение във филиал „Момин проход“. Проверена е хипотезата, че в сградите на „СБР-НК“ ЕАД източник на радон освен земната повърхност е и минералната вода, която се използва за лечение. Оценената средна аритметична стойност в процедурните помещения (АМ) е 186 Вq/m³ и надхвърля почти три пъти нивата на радон в помещенията без водни процедури (АМ= 77 Вq/m³). Взети са проби минерална вода от каптажите/сондажите и от ваните в процедурните помещения, които са анализирани за съдържание на радон. Корелационният анализ, приложен на данните за концентрацията на радон в минералната вода и във въздуха в процедурните помещения доказва, връзката на нивата на радон във въздуха с тези във водата. Този анализ потвърждава необходимостта от провеждане на контрол на работните места в СПА центрове, когато стойностите на концентрацията на радон във водата са по-високи. Оценена е ефективната доза за работещите във филиалите на „СБР-НК“ ЕАД. Персоналът на Момин проход е подложен на най-голямо облъчване, по тази причина вентилационната система в сградите на филиала следва да бъде поддържана и ползвана по време на работа.

В края на 2018 г. стартира проучването във всички 28 области на България по Процедура за национално проучване в жилища с констатирани високи стойности на средно годишна

обемна активност на радон. Измерванията са проведени в 16 жилища за всяка област, разпределени на територията на областта, като във всяко от избраните жилища се измерват две от най-често обитаваните помещения. Предоставени са общо 924 броя пасивни алфа-трак детектори на RADOSYS система. Периодът на провеждане на проучването беше от 20 септември 2018 г. до 20 септември 2019 г. От предоставените на РЗИ 924 броя детектори в лабораторията са върнати 884 броя. Средната стойност на ОАР в обследваните сгради е 188 Вq/m³, а средногеометричната стойност е 125 Вq/m³. Високите стойности са очаквани, тъй като проучването е насочено към сгради с констатирани нива над референтните стойности. Разгледано е влиянието на вида на населеното място и на типа конструкция на сградата и е установена статистически значима разлика между групите.

На базата на получените нови резултати са преоценени обобщените стойности за територията на България, които включват резултатите от Националното проучване през 2015-2016 г., измерванията на сезонните вариации през 2017-2018 г. и резултатите от проучването през 2018-2019 г. Преоценените стойности за ОАР за територията на България се различават несъществено от резултатите от Националното проучване. Средната стойност на обемната активност на радон за България е 117 Вq/m³, а средногеометричната стойност е 83 Вq/m³.

През 2020 г. са публикувани на сайта www.radon.bg отчети с обработените и анализирани резултати от тези четири проучвания.

Специализирано медицинско наблюдение и изследвания на лица работещи в среда на йонизиращи лъчения

Специализираното медицинско наблюдение включва: медицински прегледи, изследвания и издаване на експертни заключения относно медицинската годност за работа, както и посещения на обекти, в които се работи с източници на йонизиращи лъчения. През 2020 г. в НЦРРЗ са обслужени 4838 лица, работещи в 559 обекта, от които 733 лица са новопостъпили.

Във връзка с пандемията от COVID-19 бяха предприети мерки за издаване на експертни заключения за медицинска пригодност за работа в среда на йонизиращи лъчения по реда на чл.17 от Наредба №11 за здравни норми и изисквания при работа в среда на йонизиращи лъчения (ДВ. бр. 91/ 02.11.2018 г.). След анализ на медицинските документи на пациентите бяха издадени 1 209 експертни заключения.

Проведени са прегледи на място в Кюстендил, Благоевград, Дупница, Сандански, Петрич, Гоце Делчев, Разлог и Перник и са издадени 333 експертни заключения за медицинска пригодност на работещи в среда на йонизиращи лъчения. Общият брой на прегледите е 19 628, от които 19 481 са редовни профилактични прегледи, а вторичните прегледи са 147. Проведени са 67 756 лабораторни изследвания на персонал работещ с ИЙЛ.

Издадени са 13 863 експертни заключения за медицинска годност за работа в среда на йонизиращи лъчения. Непригодни за работа в среда на йонизиращи лъчения за 2020 г. са 7 лица

На Таблица 55 са представени издадените експертни заключения за цялата страна, съобразно териториалното разпределение на РЗИ с отдели „РК“.

Таблица 55. Издадени експертни заключения за медицинската годност за работа в среда на йонизиращи лъчения

Персонал	Брой експертни заключения
на територията на НЦРРЗ	6 380
на територията на РЗИ Враца	760
на територията на РЗИ Русе	859
на територията на РЗИ Бургас	693
на територията на РЗИ Пловдив	1 695
на територията на РЗИ Варна	1 514
персонал на АЕЦ	1 284
външни фирми работещи в АЕЦ	678

Наблюдава се намаляване на броя новопостъпили в структурите, в които се използват ИЙЛ. Независимо от пандемията от COVID-19, всички лица подлежащи на медицинско наблюдение са обхванати. От всички издадени експертни заключения, общо 13 863 броя, непригодни за работа в среда на йонизиращи лъчения са 7 лица.

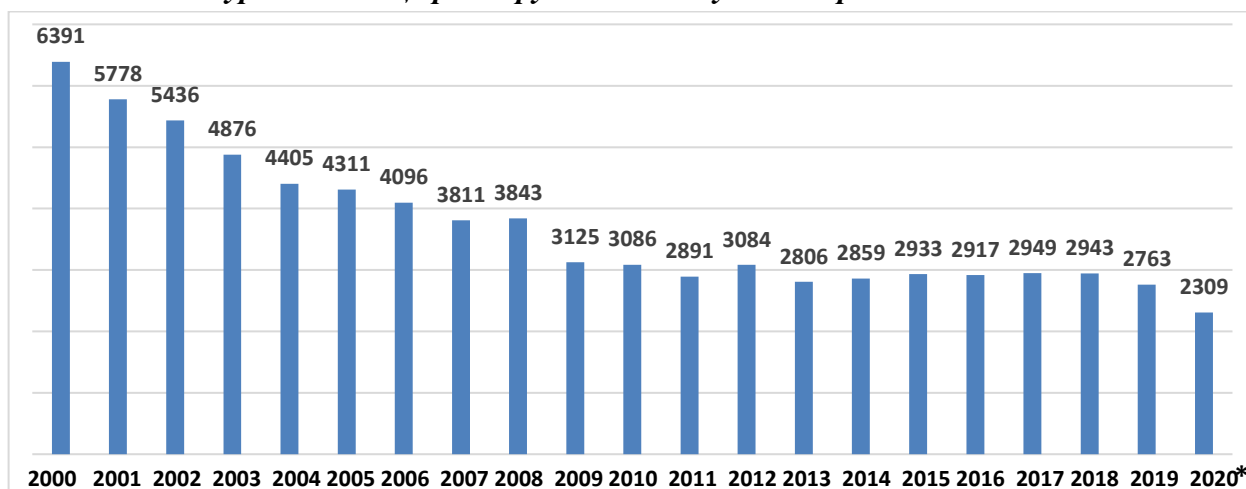
■ Рискowi фактори, свързани с трудовата среда

У нас заетостта на работещите в традиционно рисков 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.). Застаряването на работната сила, както и по-ниската информираност на част от работещите за рисковете за здравето и безопасността при работа, са предизвикателства при осигуряване на здравословни условия и организация на труд и на трудово-медицинско обслужване.

През 2020 г. пандемията от COVID-19 постави множество предизвикателства при осигуряване на здраве и безопасност на работното място. За ограничаване разпространението на заболяването бяха въведени промени в организацията на работните места и процеси чрез технически средства, промени в организацията на труда като дистанционна работа, сменни режими на работа, изисквания за спазване на дистанция, ограничения към броя лица в едно помещение, използване на лични предпазни средства и др. Конкретни мерки са въведени при лица с професии, които ги поставят във физически контакт с хора и са изложени на висок риск от заразяване с COVID-19. Такива са работещите в здравеопазването, социалните услуги за резидентна грижа, както и лица работещи в снабдяването с храни и търговия на дребно, публичните институции, комуналните услуги, обществения транспорт и др. Прилаганите у нас мерки са в съответствие с по-късно публикуваните насоки на ЕС „COVID-19: Завръщане на работното място – Адаптиране на работните места и защита на работещите“.

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 2020 г. общият брой на злополуките по оперативна информация на НОИ е 2309, значително по-нисък в сравнение с 2019 г., когато регистрираните ТЗ са 2763¹² (Фигура 119). Загубените календарни дни от ТЗ са по-малко спрямо 2019 г. (162 480 при 229 801 за 2019 г.). Смъртните ТЗ са по-малко – 89 бр. при 102 за 2019 г. (Фигура 120), инвалидизиращите злополуки на работното място са 5 (оперативна информация). През разглеждания период, от 2000 г. досега, отчетените общ брой ТЗ и смъртни ТЗ са най-ниските за страната.

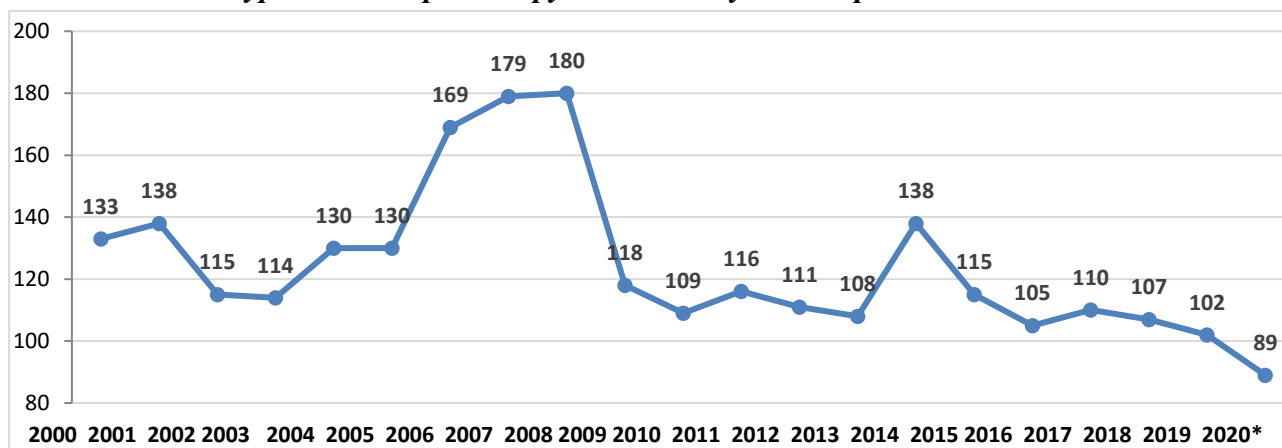
Фигура 119. Общ брой трудови злополуки за периода 2000-2020 г.



*Информацията за 2020 г. е оперативна към 29.07.2021 г.

¹² Статистика трудови злополуки, Национален осигурителен институт: www.noi.bg

Фигура 120. Смъртни трудови злополуки за периода 2000-2020 г.



*Информацията за 2020 г. е оперативна към 29.07.2021 г.

Икономическите сектори с най-висок брой ТЗ за 2020 г. по оперативни данни са сухопътен транспорт (187 бр.), търговия на дребно без търговия на автомобили (167), държавно управление (158 бр.), хуманно здравеопазване (106), производство на метални изделия, без машини (81), търговия на едро без търговия на автомобили (80), строителство на сгради (79). Икономическите сектори с най-висок брой смъртни трудови злополуки са сухопътен транспорт (11), строителство на съоръжения (6) и специализирани строителни дейности (6), строителство на сгради (5), растениевъдство, животновъдство, лов (4) и производство на изделия от други неметални суровини (4).

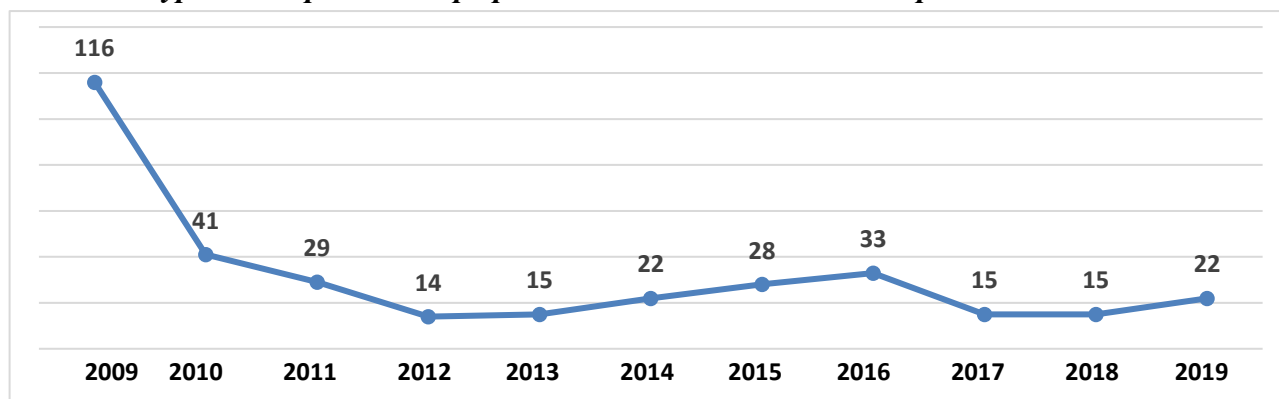
През 2020 г. в териториалните поделения на НОИ са получени общо 52 бързи известия за съмнение за професионална болест. Открити са 37 досиета за професионални болести, а при 15 случая производството е прекратено поради неспазване на условията за съобщаване. Продължава тенденцията от предходните години на нисък брой разкрити досиета на случаи със съмнение за професионална болест, като през 2020 г. са открити по-малък брой досиета в сравнение с 2019 г. (43 досиета).

Структурата на професионалната патология през 2020 г. показва, че най-много бързи известия са изпратени за:

- респираторни заболявания – 12 случая, от тях 3 случая на силикоза, 2 случая на талкоза, 2 случая на сидероза; 1 случай на азбестоза, 1 случай на астма и 3 случая на смесена пневмокониоза;
- неврологични и мускулно-скелетни заболявания – 7 случая, като тези от физическо натоварване са 6, а тези, свързани с въздействие на вибрации – 1;
- заболявания на сензорните органи – 9 случая на загуба на слуха от шумово въздействие;
- злокачествени заболявания – 1 случай на рак на дебелото черво, свързан с въздействие на йонизиращи лъчения;
- инфекциозни заболявания – 8 случая на COVID-19.

На **Фигура 121** е представена регистрираната професионална заболяемост в страната. Броят на признатите професионални заболявания (ПЗ) остава малък при най-ниски нива за 2012, 2013, 2017 и 2018 г. За 2019 г. общият брой признати ПЗ е по-висок – 22, водещи са респираторните заболявания (11), мускулно-скелетните (5) и неврологичните заболявания (3). В структурата на респираторната професионална заболяемост с водеща позиция е силикозата (7). Признатите професионални заболявания на мускулно-скелетната система касаят увреждания на междупрешлените дискове. За 2018 и 2019 г. няма регистрирани професионални онкологични заболявания. През 2019 г. 4 професионални заболявания са довели до степен на трайно намалена работоспособност $\geq 50\%$ и 2 до смърт. Професионалните заболявания, довели до летален изход, са свързани с експозиция на свободен кристален силициев диоксид и азбест.

Фигура 121. Признати професионални заболявания за периода 2009 – 2019 г.



Източник: Статистика професионални заболявания, Национален осигурителен институт: www.noi.bg

Водещите причинни фактори за развитие на професионалните заболявания са индустриални фактори, материали и продукти, биомеханични и физични (съответно 11, 5 и 4 случая). Професионалните заболявания, причинени от индустриални фактори и материали, са основно вследствие експозиция на прах с кристален силициев диоксид – 7 случая. Повечето професионални заболявания са свързани с продължителна експозиция – 9 случая при 10 до 20 г. и 8 случая при 20-30 г.

Най-висок брой са признатите професионални заболявания в преработващата промишленост – 12, следва добивна промишленост (6).

Нивото на разкрита професионална заболяемост и болестност в България е значително по-ниско от това в страните от ЕС¹³. 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 в Гърция, Кипър, Исландия и Ирландия. Като пример за ниска разкриваемост може да послужи фактът, че съгласно данните на НОИ през последните години (2009-2019) в България няма регистрирани случаи на професионална заболяемост от мезотелиом, докато по данни на Националния раков регистър за периода 2007-2017 се установяват ежегодно от 42 до 65 (2017 г.) нови случаи на мезотелиоми¹⁴. Въпреки че не е проследен професионалният им характер, съгласно критериите на СЗО за 90% от плевралните мезотелиоми се приема, че имат професионална етиология. Горезложено предполога, че са налице недостатъци във функционирането на системата за медицинско наблюдение на работещите и ранно активно откриване на професионалните и свързаните с труда заболявания, както и в регистрацията им.

Като цяло трудово-медицинските услуги нямат нужното качество, често са формални, като се изработват типизирани оценки на риска и препоръки без практически принос за опазване и подобряване здравето на работещите. Общо е мнението, че нивото на трудово-медицинската услуга е далеч от желаното, че тя често е формална, свързана с генериране на типизирани оценки на риска и препоръки. Висока е смъртността на населението в трудоспособна възраст (под 65 г.) – 20,5% от общата смъртност през 2020 г.¹⁵ и тя остава непроменена спрямо 2019. Съществени са разликите при мъжете и жените (жени 13,7%, мъже 26,6%). Последни налични данни показват много по-висока стойност на този показател в сравнение с ЕС като цяло (567,47 умирация/100000 при 273,06 за ЕС)¹⁶. Това, както и застаряването на работната

¹³ 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

¹⁴ Български национален раков регистър <http://www.sbaloncology.bg/bg/bulgarian-cancer-registry.html>

¹⁵ НСИ https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/Population2020_IVGTQG5.pdf

¹⁶ https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_1-premature-mortality/visualizations/#id=17070&tab=table

сила налага предприемане на спешни мерки за подобряване качеството на трудово-медицинското обслужване, особено по отношение на превенция риска и промоция на здравето на работното място.

В заключение може да се отбележи, че трудовият травматизъм намалява, но се запазва на нива близки на тези от предходните години. Смъртните ТЗ намаляват, но също запазват близки стойности. Не се наблюдава подобряване на разкриваемостта и регистрацията на професионалните заболявания, която остава в пъти по-ниска в сравнение с повечето страни в ЕС. Липсва информация на национално ниво относно свързаните с труда заболявания, и то при много висока преждевременна смъртност на населението. Очевидно е наличието на проблеми в трудово-медицинското обслужване, за преодоляването на които са необходими законодателни промени, регламентиращи по-добре условията на функциониране на СТМ и качеството на извършваните дейности, подобряване обезпечеността с кадри и подготовката им, осигуряване на контрол върху дейността.

През 2020 г. общият брой трудови злополуки по оперативна информация е по-нисък спрямо 2019 г., намалява и броят на тези с летален изход и инвалидизиращите злополуки на работното място, като регистрираните нива са най-ниските за периода 2000-2020 г. Разкриваемостта и регистрацията на професионалните заболявания остава в пъти по-ниска в сравнение с повечето страни в ЕС. Превантивните мерки за ограничаване на пандемията от COVID-19 на работното място са в съответствие с прилаганите в ЕС.

3.1.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот

■ Тютюнопушене

Тютюнопушенето е основен поведенчески фактор на здравния риск и една от водещите предотвратими причини за възникването на хронични незаразни болести, смърт и инвалидност. По данни на СЗО от заболявания, свързани с тютюнопушенето, ежегодно умират повече от 8 милиона души. Повече от 7 милиона от смъртните случаи настъпват сред настоящите и бивши пушачи, а над 1,2 милиона – сред непушачи, изложени на пасивно тютюнопушене. От 1.3 милиарда пушачи в света 80% са граждани на страни с ниски и средни доходи¹⁷.

По данни на НСИ, през периода 2011-2020 г., в страната ни се наблюдава нарастване на потреблението на цигари средно на лице от домакинство, като през последната година показателят се снижава. (Таблица 56).

Таблица 56. Потребление на цигари средно на лице от домакинство

Продукти	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Цигари бр.	547	601	596	603	647	639	656	674	733	727

Източник: НСИ

Увеличават се значително и паричните разходи за алкохолни напитки и тютюневи изделия (като абсолютни стойности), като те не променят своето значение в структурата на разходите за разглеждания период. През 2020 г. средният разход на българското домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия възлиза на 568 лв. на година (2019 г. – 565 лв.) и на 264 лв. на лице от домакинството (2019 г. – 260 лв.).

Данните от Националното проучване на факторите на риска за здравето, проведено през 2020 г.¹⁸ показват, че 39.4% от възрастното население в страната употребява никотинови изделия, като делът на мъжете е по-висок от този на жените, съответно 40.5% и 38.7%. Всеки 3-ти от анкетираните е ежедневен пушач, като най-висок е делът на ежедневните пушачи – мъже във възрастова група 45-54 г. (49.0%) и жени – във възрастта 35-44 г. (40.6%) (Таблица 57).

¹⁷ WHO, 2020, <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

²⁰ Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г. МЗ, НЦОЗА, 2020.

Таблица 57. Разпространение на тютюнопушенето по пол и възрастови групи (%)

Употреба на цигари	Мъже							Жени							Всичко
	Възрастови групи						Общо	Възрастови групи						Общо	
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		
Ежедневно	29.4	39.3	39.5	49.0	32.8	20.4	36.1	28.4	38.2	40.6	39.7	32.2	15.8	33.4	34.5
Понякога	3.5	4.5	4.1	5.7	6.0	1.5	4.4	6.9	9.3	7.4	5.1	3.1	1.0	5.3	4.9
Не	67.1	56.3	56.4	45.3	61.1	78.2	59.5	64.7	52.5	52.0	55.2	64.7	83.2	61.3	60.6

Почти половината от пушачите (47.5%) изпушват до 10 цигари дневно, по 10-20 цигари пушат малко по-малко – 44.7%, а над 20 цигари – 7.8% (14.2% при мъжете и 3.0% при жените).

Употребата на тютюн за дъвчене е рядко явление в България (2.8%), по-често срещано при мъжете. Тютюнът за смъркане има сходна картина на употреба. Пушат наргиле ежедневно или понякога 11.0% от анкетираните пушачи, практически поравно жени и мъже, предимно младите хора до 34 години. Почти всеки пети анкетиран е опитвал или е пушил електронни цигари (18.4%). Половината от опиталите са продължили да ги използват постоянно – 9.6% от мъжете и 11.1% от жените, предимно във възрастта 25-34 г.

Над половината респонденти са изложени на пасивно тютюнопушене в дома си (53.7%), малко повече мъжете (54.6%). Около половината анкетираните съобщават, че практически никога не се намират на място, където някой пуши (46.2%). Една четвърт от отговорилите прекарват на такова място не повече от час, а под една пета (16.8%) са изложени на вторичен тютюнев дим от един до пет часа. Над пет часа прекарват в задимена среда 11.5% от лицата.

Един от критериите за определяне на степента на никотиновата зависимост е времето между събуждането и запалването на първата цигара. До 5 минути след ставане от сън запалва първата си цигара всеки 5-и пушач от мъжете (19.2%) и всяка 8-ма (11.7%) от жените; от 6-30 минути след ставане – повече от една трета от лицата (42.1%), с превес на жените (43.5%) над мъжете (40.2%).

Проблемът с тютюнопушенето сред подрастващите продължава да е актуален. Резултатите от изследването показват, че 26.3% от анкетираните са правили опити да пушат цигари, с незначителен превес на момичетата (26.8%) над момчетата (25.6%). Почти всяко пето дете е настоящ пушач¹⁹, като относителният дял на момичетата е малко по-висок (17.3% срещу 16.4%) (Таблица 58). Разпределението по възрастови групи показва, че тютюнопушенето е много по-разпространено сред 15-19-годишните (31.4%), отколкото сред тези на 10-14 години (4.0%). Сред пушачите и в двете възрастови групи преобладават момичетата, макар и незначително.

Таблица 58. Разпространение на тютюнопушенето сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)

Тютюнопушене сред учениците	Момчета			Момичета			Общо		
	Възрастови групи			Възрастови групи			Възрастови групи		
	10-14 г.	15-19 г.	Общо	10-14 г.	15-19 г.	Общо	10-14 г.	15-19 г.	Общо
Непушачи	96.5	69.0	83.6	95.7	68.3	82.8	96.0	68.6	83.1
Пушачи	3.5	31.0	16.4	4.3	31.7	17.3	4.0	31.4	16.9

На 14-15 години са запалили първата си цигара 11.2% от децата, като разликата е съществена по пол – 13.3% от момичетата срещу 8.6% от момчетата. На 12-13 години – 8.8% от тях, над 16 години – 5.7%, като при момчетата този процент е почти два пъти по-висок. Под 10-годишна възраст са експериментирали с цигара по-малко от 2.0% от децата.

През последните 30 дни преди анкетирането 10-14-годишните пушачи са изпушвали предимно от 2-5 цигари дневно (50.0%), два пъти по-малко е делът на 15-19-годишните (24.3%). До 5 цигари дневно са пушили по-често момичетата (съответно 31.3% срещу 22.9%).

¹⁹ Настоящи пушачи – пушили един и повече дни през последния месец

Интензивни пушачи²⁰ са 57.5% от пушещите ученици (55.6% от момчетата и 60.0% от момчетата). Сред тях от 6-10 цигари дневно изпушват 22.9% от момчетата и 26.7% от момчетата, 11 до 20 цигари – съответно 25.7% и 15.6% от тях, над 20 цигари – 11.4% и 13.3%.

Почти всеки четвърти от анкетираните посочва, че през изминалата седмица е бил изложен на пасивно тютюнопушене в дома си всеки ден (22.0%), като делът на момчетата е по-висок от този на момчетата (26.9% срещу 16.9%). И при двата пола делът на 15-19-годишните е почти двойно по-голям – 29.8% срещу 15.1%.

Независимо от редицата благоприятни законодателни промени, получените данни са неоспоримо доказателство за това, че детското пушене продължава да бъде сериозен и приоритетен проблем на общественото здравеопазване. Резултатите подчертават необходимостта от разработване и внедряване на профилактични програми още в началната училищна възраст и адаптиране на интервенционните програми във възрастов план към особеностите на тютюнопушенето при момчета и момичета.

■ **Употреба на алкохол**

Консумацията на алкохол е актуален проблем на общественото здраве и основен рисков фактор за хроничните незаразни болести, нараняванията и преждевременната смъртност. В световен план, алкохолът причинява над 3 милиона смъртни случая годишно (или 5.3% от всички смъртни случаи) и е отговорен за 5.1% от глобалното бреме на болестите²¹. Значителна част от смъртните случаи, които се дължат на консумацията на алкохол, са свързани с хроничните незаразни болести – 78.5%. Статистиката показва, че алкохолът е отговорен за 2545 смъртни случая всеки ден в европейския регион на СЗО.²²

Над 15-годишна възраст консумира алкохол 60% от населението на Европа, а средната годишна алкохолна консумация се равнява на 9.8 литра чист алкохол или 21.3 гр./ден²³. България заема осмо място сред държавите от европейския регион на СЗО със средни годишни стойности от 11.4 л.²⁴

По данни на НСИ, България отбелязва значителен ръст на потреблението на алкохолни напитки през последните години, като се наблюдава увеличение от 8.1 л. за периода 2010-2020 г.. (Таблица 59) За същият период, средните разходи на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия в България се увеличават от 372 лв. на 568 лв.

Таблица 59. Потребление на алкохолни напитки средно на лице от домакинство

Година	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Алкохолни напитки-л	23.6	23.2	26.3	27.1	28.4	29.2	27.3	28.9	31.0	32.6	31.7
Бира	15.8	15.6	18.1	18.9	19.9	21.7	20.3	22.1	23.6	25.0	24.1
Вина	5.5	5.2	5.5	5.5	5.5	4.6	4.4	4.3	4.6	4.7	4.6
Ракии	2.0	1.9	2.1	2.1	2.4	2.2	1.9	1.9	2.0	2.1	2.1
Други спиртни напитки	0.4	0.5	0.5	0.5	0.6	0.7	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8

Източник: https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/query.jsf?x_2=633

Потреблението представлява количествата консумирани хранителни продукти и напитки при домашни условия и не включва консумацията в заведения за обществено хранене.

Проведеното Национално проучване на факторите на риска за здравето в България 2020 г. показва, че 65.5% от анкетираните лица над 20-годишна възраст консумират алкохолни напитки, най-често това са възрастните между 45 и 54 г. Почти три пъти повече са мъжете

²⁰ Интензивни пушачи – пушили 6 и повече цигари дневно през последния месец

²¹ WHO (2018), Global Status Report on Alcohol and Health 2018, World Health Organization, Geneva

²² Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies across the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020

²³ WHO (2018), Global Status Report on Alcohol and Health 2018, World Health Organization, Geneva

²⁴ WHO (2018), Global Status Report on Alcohol and Health 2018, World Health Organization, Geneva

(40.8%) спрямо жените (14.7%), които редовно консумират алкохол, докато мъжете-въздържатели са два пъти по-малко от жените, съответно 21.8% и 43.5%.

Над половината от мъжете (56%) и 1/3 от жените (33.1%) употребяват концентрати на седмична база (веднъж, 2-3 седмично или ежедневно); около 1/3 от представителите и на двата пола консумират вино всяка седмица; а същата честота на консумацията на бира е два пъти по-характерна при мъжете (51%), отколкото при жените (21.7%).

Данните от проучването показват, че средното седмично количество абсолютен алкохол при мъжете е 164.2 мл., като най-високи стойности се отчитат във възрастта 35-44 г. (187.9 мл.); при жените – 57.9 мл., с най-високи стойности в същата възрастова категория – 35-44 г. (65 мл.). Въпреки, че по-голямата част от изследваните лица съобщават за умерена седмична консумация, високорискова употреба на алкохол е регистрирана при 11.2% от мъжете и 3.9% от жените.

Консумацията на алкохол като част от ежедневното меню, с ясно изградени навици, е отчетена при всеки пети мъж, а сами, без компания, са консумирали алкохол 49.2% от мъжете и почти два пъти по-малко от жените. Необходимост да пият сутрин са изпитвали 2.7% от изследваните, като по-висок е дялът при мъжете (4.6%). Същевременно почти половината от анкетираните лица (45.9%) са отбелязали, че не са загрижени относно вредите върху здравето, като дялът на жените (53.1%) е по-висок от този на мъжете (38.6%).

Националното проучване показва, че половината от учениците на възраст 10-19 години (49.2%) са опитвали алкохол (бира, вино, концентрат и др.), а средната възраст, на която за първи път са опитали алкохолни напитки е 14 години. Към момента на изследването, ежедневна употреба е регистрирана при 0.9% от децата, понякога са посочили, че го консумират 27.1%, предимно във възрастта 15-19 г., а 72% не консумират алкохол (Таблица 60).

Таблица 60. Консумация на алкохол сред деца на 10-19 г. по пол и възрастови групи (%)

Пол/възраст Честота	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14 г.	15-19 г.	Общо	10-14 г.	15-19 г.	Общо	10-14 г.	15-19 г.	Общо
Всеки ден	0.9	2.0	1.4	0.0	0.8	0.4	0.4	1.4	0.9
Понякога	4.6	48.0	25.5	7.8	50.8	28.5	6.4	49.5	27.1
Не	94.4	50.0	73.1	92.2	48.3	71.1	93.2	49.1	72.0

Повече от 10 пъти през годината са се напивали 8.3% от учениците във възрастта 15-19 години, без различия между двата пола. Между 4-10 пъти са злоупотребили с алкохола 5.3% от анкетираните лица (Таблица 61).

Таблица 61. Злоупотреба с алкохол сред деца на 10-19 г. по пол и възрастови групи (%)

Пол/възраст Честота	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Никога	97.8	50.7	69.3	90.5	49.4	66.7	93.5	50.0	67.8
1 път	0.0	13.0	7.9	6.3	13.8	10.7	3.7	13.5	9.5
2-3 пъти	2.2	15.9	10.5	3.2	21.8	14.0	2.8	19.2	12.5
4-10 пъти	0.0	11.6	7.0	0.0	6.9	4.0	0.0	9.0	5.3
>10 пъти	0.0	8.7	5.3	0.0	8.0	4.7	0.0	8.3	4.9

СЗО отдава особено значение на разработването, тестването и оценката на икономически ефективни интервенции, както и създаване, разработване и разпространяване на научна информация относно злоупотребата с алкохол и свързаните с това здравни и социални последици.

■ Физическа активност

Ниската физическа активност е един от основните фактори на риска за възникване на хронични незаразни болести и в съчетание с други фактори на риска, води до по-висока заболеваемост и смъртност от исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест, диабет, хипертонична болест, злокачествени новообразувания и др. Тя е четвъртият рисков фактор за глобалната смъртност (6% от смъртните случаи в света). Всеки четвърти възрастен и 80% от младите хора имат недостатъчна физическа активност.²⁵

По данни на Националното изследване на факторите на риска за здравето, проведено през 2020 г.²⁶, ежедневно и до 4-6 пъти седмично практикуват физическа активност 18.6% от анкетираните, по-често мъжете, от 2-3 пъти седмично са физически активни 1/5 от тях (Таблица 62). Веднъж седмично и по-рядко практикуват физически упражнения и спорт близо половината от изследваните (55.3%), като този показател при жените е по-висок (59.1% срещу 49.8%). Не практикуват физически упражнения и спорт поради болест и инвалидност – 6.0% от лицата. Или малко над 60% от анкетираните (61.3%) са с недостатъчна физическа активност през свободното време, включително и тези, които не я извършват поради болест или инвалидност.

Таблица 62. Честота на практикуване на физически упражнения и спорт през свободното време сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)

Честота	Мъже							Жени							Всичко
	Възрастови групи						Общо	Възрастови групи						Общо	
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		
Ежедневно	8.1	10.6	8.7	13.4	14.5	13.8	12.0	5.8	9.1	11.8	9.8	12.3	12.9	10.9	11.3
4-6 пъти седмично	14.0	12.4	14.5	8.7	4.7	4.1	9.2	10.7	6.8	5.1	7.1	6.4	2.6	5.9	7.3
2-3 пъти седмично	33.7	28.3	24.4	20.6	18.4	14.7	22.1	26.2	23.7	18.7	16.7	18.9	12.9	18.6	20.1
Веднъж седмично	8.1	11.1	16.5	14.6	12.9	5.1	12.0	18.4	19.5	17.4	21.0	18.7	7.7	17.1	15.0
2-3 пъти месечно	12.8	15.9	11.6	9.5	12.9	9.2	11.9	10.7	14.9	14.7	9.6	9.2	5.5	10.8	11.3
По рядко/никога	23.3	19.9	22.3	30.0	27.0	30.9	25.9	27.2	24.7	30.2	33.3	30.4	38.4	31.2	29.0
Не, поради болест/ инвалидност	0.0	1.8	2.0	3.2	9.5	22.2	7.0	1.0	1.3	2.1	2.4	4.2	30.0	5.4	6.0

При 72.1% от анкетираните физическата натовареност на работното място е “много лека” или “лека”, като делът на жените е приблизително 1.4 пъти по-голям от този на мъжете – съответно 80.9% и 59.8%. И при двата пола с най-висок дял са 20-24-годишните (съответно 71.0% и 85.2%). Тежък физически труд упражняват 8.0% от мъжете и 1.2% от жените, предимно във възрастта 45-54 г. (10.6%) и 35-44 г. (1.6%).

Средното време на ден, прекарано в седнало положение, също характеризира степента на физическа активност. Изследването показва, че от 60-120 минути дневно прекарват времето си в седнало положение 15.9% от анкетираните, по-често мъжете. Между 1 и 2 часа на ден седят предимно мъжете и жените във възрастта 45-54 години, а малко под 40% от лицата този интервал от време е от 121-300 минути. При близо 45% от лицата във всички възрастови групи среднодневната продължителност от време, прекарано в седнало положение е повече от 300 минути, по-често при жените. Отчита се подмладяване на показателя, защото лицата, прекарващи над 5 часа в седнало положение са най-много във възрастта 20-24 години и при двата пола.

Сериозен е проблемът с ниската физическа активност и при децата на възраст 10-19 години. Резултатите от изследването показват, че над половината от анкетираните деца упражняват спорт или друг вид физическа активност извън часовете по физическо възпитание (57.7%), с лек превес на по-малките, един път и половина повече при момчетата. Почти всеки

²⁵ Physical-activity, WHO 2018, www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/

²⁶ Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г. МЗ, НЦОЗА, 2020.

ден са физически активни 30.7% от тях, като делът на момчетата е над два пъти по-висок от този на момичетата. И при двата пола по-активни физически са децата на 15-19 години. От 2-3 пъти в седмицата спортуват почти 40% от тях. Всеки пети спортува веднъж седмично или по-рядко, като преобладават момичетата и по-големите ученици (Таблица 63).

Таблица 63. Честота на практикуване на физически упражнения и спорт през свободното време сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)

Честота	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Почти всеки ден	38.9	47.7	42.9	20.4	20.6	20.5	28.8	33.0	30.7
2-3 пъти седмично	46.8	28.0	38.2	41.4	33.3	37.8	43.9	30.9	38.0
1 път седмично	10.3	9.3	9.9	19.1	12.7	16.2	15.1	11.2	13.3
2-3 пъти месечно и по-рядко	1.6	12.1	6.4	6.6	14.3	10.1	4.3	13.3	8.4
Никога	2.4	2.8	2.6	12.5	19.0	15.5	7.9	11.6	9.6

Средната продължителност на едно физическо занимание при всеки трети анкетиран е около 1 час (37.3%). При всеки четвърти тя е недостатъчна (23.7%) – около 30 минути, което не отговаря на препоръките на СЗО за физическа активност в детска възраст, по-често при момчетата и почти еднакво в двете възрастови групи.

Децата не спортуват основно поради липса на желание (46.2%). Всеки пети посочва като причина липсата на близко и подходящо място за това (20.4%), всеки четвърти – защото няма с кого (24.9%). Поради финансови причини не практикуват физически упражнения и спорт 3.3% от момчетата и 2.3% от момичетата, поради здравословни причини – 5.8% от тях.

Близко 30% от анкетираните спортуват в спортни/фитнес зали. Всеки пети на стадион/спортна площадка (21.1%), всеки четвърти – вкъщи (23.4%). По-нисък е делът на децата, които спортуват в двора на училището (10%), в парка или пред дома (съответно 9.2% и 7.5%). Всички деца, независимо от възрастта предпочитат да спортуват в спортните/фитнес зали, на стадионите и площадките, като по-големите проявяват предпочитание и към заниманията вкъщи.

Всеки трети от анкетираните смятат, че часовете по физическо възпитание в училище не са достатъчни (35.4%), което налага предприемането на съответни мерки за промяна в учебните програми или създаване на допълнителни условия за практикуване на физически упражнения и спорт.

Получените резултати показват, че населението в страната е с недостатъчна физическа активност, което налага разработването и реализирането на национална политика в тази област с участието на всички обществени структури, ангажирани с този проблем.

■ **Международен сравнителен изследователски проект ESPAD**

Изследванията за поведението на младите хора, свързани със здравето, се провеждат през определени периоди от време. Употребата на алкохол, цигари и наркотици сред 16-годишните ученици в Европа се проследява от 1995 г. на всеки четири години от Международния сравнителен изследователски проект ESPAD. Според последните данни от ESPAD 2019 за употреба на алкохол, цигари и наркотици (1), представени през септември 2020 г. „Пушенето и пиенето сред 15-16-годишните ученици показва тенденция към намаляване, но има загриженост за потенциално рисковата употреба на канабис и за предизвикателствата, които поставят новите поведения на зависимост.“. Следващото проучване ще се осъществи през 2023 г. и следващите сравнителни данни ще бъдат публикувани отново в сътрудничество с Агенцията на ЕС за наркотиците – Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (ЕЦМНН) през 2024 г. Европейското сравнително проучване през 2019 г. е проведено в 35 европейски страни, една от които е България.

Това е седмата вълна на събиране на данни, осъществена по проект ESPAD от 1995 г. насам (на всеки четири години), представянето на която съвпадна с неговата 25-годишнина. Общо 99 647 ученици в Европа са взели участие в проучването през 2019 г., отговаряйки на анонимна анкета в училище. България се включва в изследването на втората вълна през 1999 г. и това позволява да се проследят тенденциите в нашата страна за 20 годишен период. Двете национални институции, които си партнираха в провеждането на проучването у нас, са Националният център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА) и Националният център по наркомании (чрез Националния фокусен център), вече част от НЦОЗА.

Международният доклад на ESPAD'19 съдържа информация за опита и възприятията на учениците за различни вещества, включително: тютюн, алкохол, незаконни наркотици, инхаланти, психоактивни лекарства и нови психоактивни вещества. Обхванати са също използването на социалните медии, игрите и хазарта.

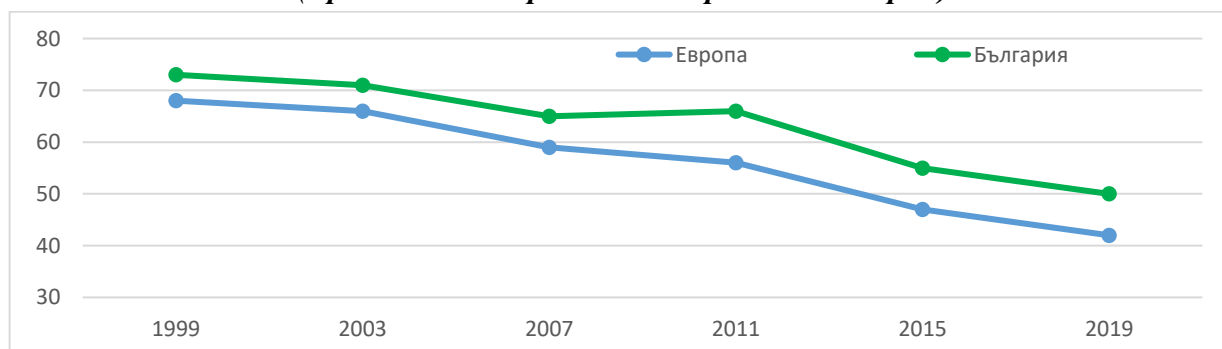
За да оценява нововъзникващите рискови поведения сред младите хора в Европа, въпросникът на ESPAD постоянно се адаптира и включва нови теми, като същевременно поддържа и набор от основни въпроси за проследяване на дългосрочните тенденции.

За да се опишат по-добре съвременните модели на употреба на никотин, обхватът на проучването през 2019 г. беше разширен и за първи път включи пушенето на електронни цигари във всички участващи страни. Приложени са и скринингови инструменти за оценка на рисковото поведение, включително проблемни хазартни игри, високорискова употреба на ка-набис и самооценено като проблемно използване на социалните медии и игрите (2).

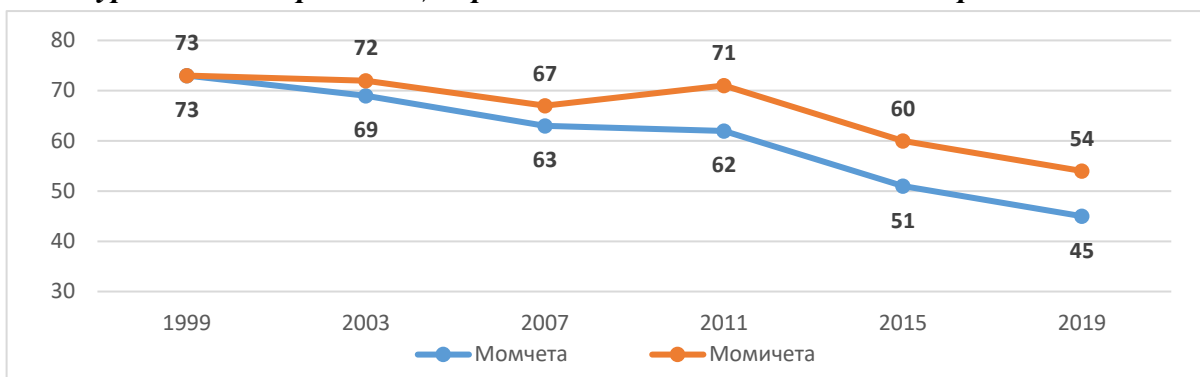
Тютюнопушене

По отношение на пушенето на тийнейджърите се наблюдават положителни тенденции на фона на политическите мерки относно употребата на тютюневи изделия, въведени през последните две десетилетия. Между 1999 г. и 2019 г. средните стойности на ESPAD за употреба на цигари намаляват по отделните показатели: през целия живот (от 68% за ESPAD и 73% за България на 42% ESPAD и 50% за България); настояща употреба (от 38% ESPAD и 50% за България на 20% ESPAD и 32% за България) и ежедневна употреба (от 24% за ESPAD и 39% за България на 10% за ESPAD и 22% за България). Въпреки, че нашата страна също следва тенденциите за намаляване на тютюнопушенето сред учениците, България е на второ място след Словакия по ранно започване на ежедневната употреба на цигари и на първо място по ежедневна употреба сред 16-годишните, като това са 54% от момчетата и 45% от момчетата.

**Фигура 122. Употреба на цигари поне веднъж в живота
(Средно за 35 Европейски страни и България)**

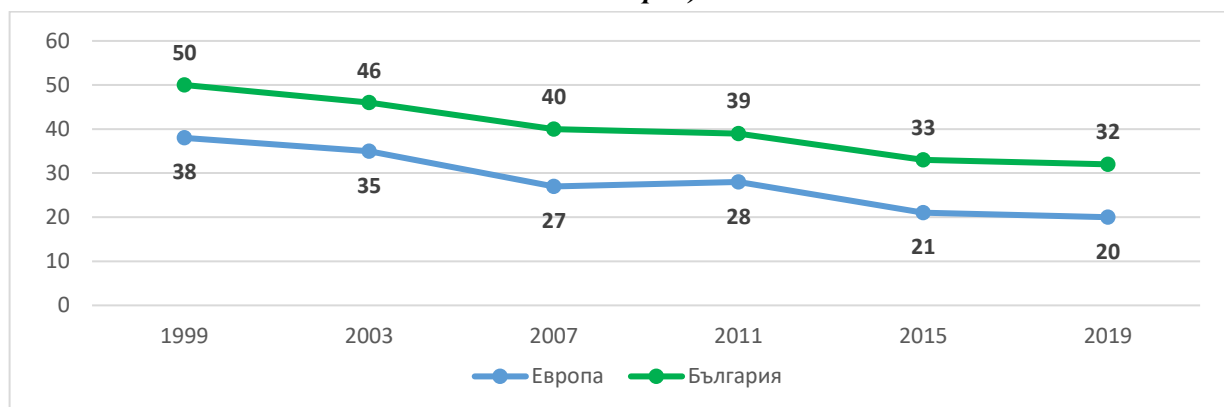


Фигура 123. Употреба на цигари поне веднъж в живота в България 1999 – 2019

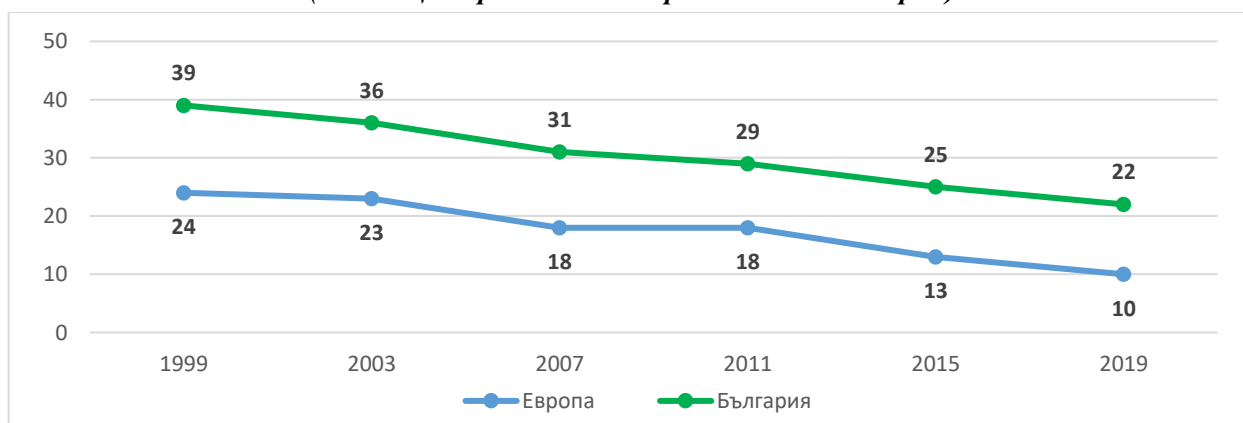


Поне веднъж през последните 30 дни са пушили 32% от българските ученици (36% от момичетата и 27% от момчетата), а ежедневните пушачи (поне по 1 цигара на ден) са почти два пъти повече от средния дял за страните, участвали в изследването (22% български ученици срещу 10% ученици средно за всички европейските страни, участвали в изследването).

Фигура 124. Употреба на цигари поне веднъж през последните 30 дни (Средно за 35 страни в ЕС и България)



Фигура 125. Ежедневно пушене поне по една цигара на ден (Тенденции средно за 35 страни в ЕС и България)



Делът на учениците, които са започнали ежедневно пушене в ранна възраст (преди 13 г.) е намалял през тези 20 години средно от 10% до 3% в Европа, като в нашата страна е намалял от 9% до 5,8%. Ежедневното пушене, включително ранното начало на тази практика, продължава да бъде по-разпространено сред момчетата, но разликата между половете като цяло е намаляла през 25 годишния период. България е сред малкото страни, в които момичетата пушат повече от момчетата.

Въпреки строгите правила, свързани с тютюневите изделия в повечето страни в Европа, около 60% от подрастващите продължават да посочват сравнително лесен достъп до тях.

Новите данни разкриват високо разпространение на пушенето на електронни цигари – 40% за употреба през целия живот и 14% за употребата през последния месец, като тези, които никога не са пушили цигари, отчитат по-високи нива на това поведение от „случайните пушачи“ и „редовните пушачи“. В България електронните цигари също са добили популярност и данните показват, че българските ученици са на шесто място по ранно начало на употребата им. Въпреки че проучването не изследва съдържанието на електронните цигари, вероятно е голяма част от тези устройства да включват никотин и общата употреба на никотин в юношеска възраст може да се увеличава отново. Този въпрос изисква по-нататъшно изследване предвид потенциалните последствия по отношение на общественото здраве.

Независимо от благоприятните промени в политиката за тютюна през последните две десетилетия, резултатите от ESPAD неоспоримо доказват, че тютюнопушенето сред младите хора остава все така сериозен и приоритетен проблем на общественото здраве в България. Те очертават острата необходимост от разработване и прилагане на качествено нови подходи и програми за превенция още в най-ранна училищна възраст, целящи предотвратяване на „началната“ употреба на цигари или максимално отлагане на пропушването и осигуряване на подкрепа за желаещите да се откажат.

Интервенциите за ограничаване на тютюнопушенето в тази възраст трябва да се осъществяват съгласувано с други признати за ефективни методи за контрол на тютюна (цени на тютюневите изделия, регулаторни подходи, спазване на забраните за тютюнопушене, задължително здравно образование). Насърчаването на младите пушачи да се откажат, заедно с предотвратяване на пропушването при мнозинството особено уязвими непушачи, могат да станат важна стъпка в тази посока.

Необходимо е въвеждането на ефективни интервенции на семейно ниво, целящи да подготвят родителите за поддържане на дома, свободен от тютюнев дим, отрано да заложат очаквания за непропушване и да изграждат умения за устояване срещу влиянието и натиска на връстниците. Родителите трябва да ограничават контактите на подрастващите с медии за възрастни и да използват съвместното гледане на телевизия за обсъждане на това, как екранният образ на пушенето влияе върху поведението на подрастващите.

Необходима е съвместна работа с Министерството на образованието за широко включване, във всички класове на основното и средно училище, на ефективно здравно образование, основано на предварителна и системна оценка на потребностите, нови, партиципативни обучителни методи и подход „връстници за връстници“, едновременно с изграждане на подкрепяща среда и постоянна обратна връзка за ефективността на програмата.

Наложително е разработването и прилагането на комбинирана стратегия за стриктно прилагане на забраната за продажба на тютюневи изделия на непълнолетни чрез повишаване на осведомеността за нормативната уредба и основанията за нея, лобиране за това обществеността и съответните агенции да подкрепят принципите ѝ и да започнат да преследват нарушителите на закона.

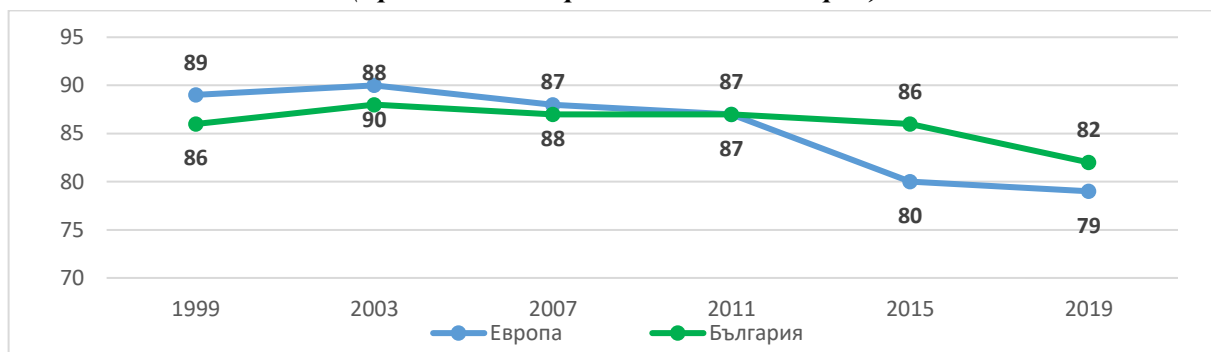
Употреба на алкохол

Консумацията на алкохол и по-специално злоупотребата с него е една от проявите на нездравословен начин на живот и е проблем за повечето страни в света, включително и за България. Освен, че предизвиква зависимост, употребата на алкохол причинява различни психични, неврологични, соматични заболявания и е рисков фактор за редица социално значими заболявания.

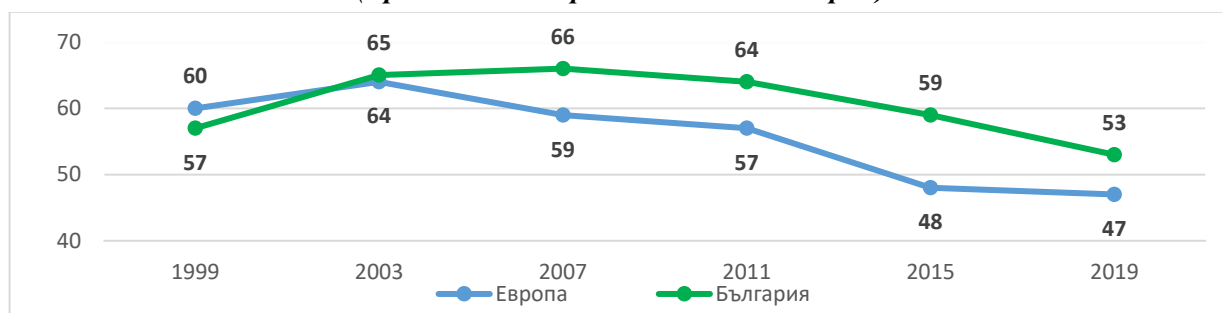
Според последните данни на Международния сравнителен изследователски проект ESPAD 2019 за употреба на алкохол, цигари и наркотици сред 16 годишни ученици в България 82% от шестнадесетгодишните български ученици (процентът е еднакъв за момчетата и за момичетата) са опитали някакъв алкохол поне веднъж в живота. Употребата на алкохол остава висока и сред подрастващите в Европа, като средно над три четвърти (79%) от европейските

ученици са употребявали алкохол през живота си и почти половината (47%) – през последния месец („настояща употреба“). В европейските страни тенденциите от 1995 г. насам показват известно положително развитие. Употребата на алкохол поне веднъж в живота е намаляла от 89% на 79% между 1995 г. и 2019 г., както и употребата на алкохол поне веднъж през последните 30-дни (от 60% до 47%), като се наблюдава подчертано намаляване след пика през 2003 (90% и 63%)– съответно (88% и 65% за България).

**Фигура 126. Употреба на алкохол поне веднъж в живота
(Средно за 35 страни от ЕС и България)**



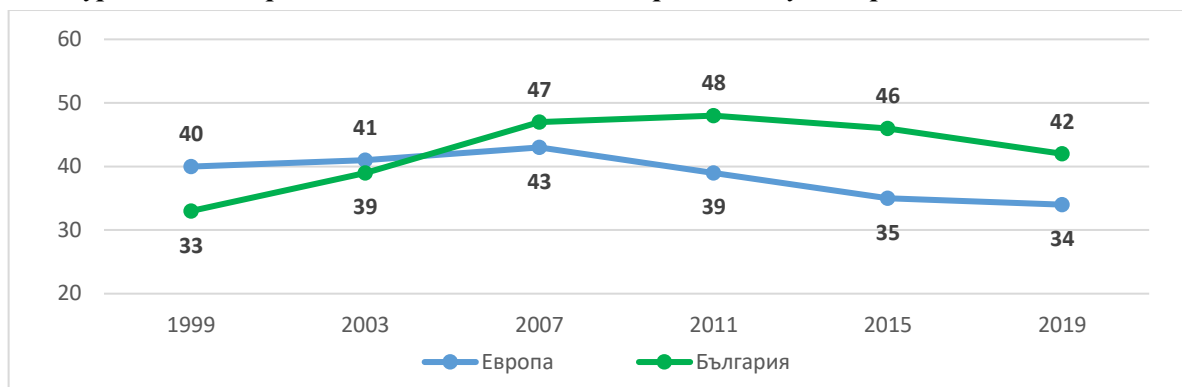
**Фигура 127. Употреба на някакъв алкохол поне веднъж през последните 30 дни
(Средно за 35 страни от ЕС и България)**



През последните 30 дни поне веднъж са пили алкохол 53% от българските ученици (57% от момчетата и 50% от момичетата), като всеки от употребяващите е пил поне по едно питие средно 6,4 пъти през последния месец, при 5,6 среден брой пъти за Европа. Най-често са пили алкохол 16 годишните от Германия (8 пъти) и Кипър (7,5 пъти), а най-рядко 16 годишните от Швеция, Финландия, Литва, Исландия и Естония (3,1 – 3,6 пъти).

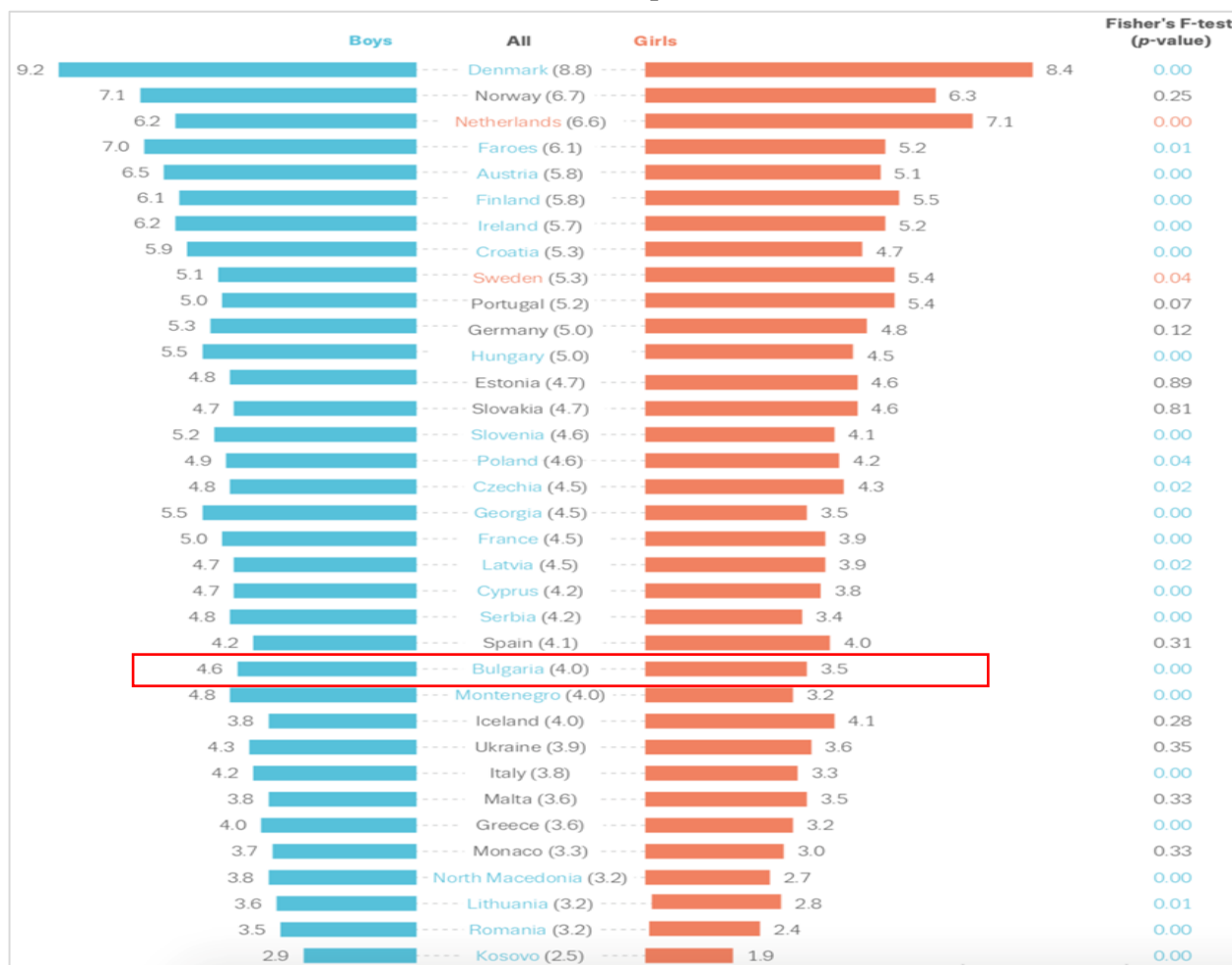
Разпространението на „тежкото епизодично пиене“ (5) достигна най-ниското си ниво в проучването през 2019 г. (34% за страните от ESPAD, 42% за България) след пик през 2007 г. (43% за ESPAD и 47% за България) (Таблица 14). Данните показват, че разликата между половете в разпространението на този модел на употреба на алкохол се е стеснила с времето – момчета 36% за ESPAD, 44% България; момичета 34% за ESPAD, 39% за България). Промените в регулациите за употребата на алкохол на национално ниво може да са допринесли за намаляването ѝ сред младите хора.

Фигура 128. Употреба на 5 и повече пийвета при един случай през последните 30 дни



Важно е да се подчертае, че България не е сред страните с най-голямо средно количество чист алкохол, изпит в последния ден на употреба. При средна употреба 4,6 сантимиляра чист алкохол за всички страни, участвали в изследването, българските младежи са пили средно по 4 сантимиляра, като разликата между момчетата и момичетата все още е значима (4,6 сантимиляра за момчетата и 3,5 сантимиляра за момичетата, но постепенно намалява във времето). Най-голямо количество алкохол в последния ден на употреба е изпит в Дания (8,8 сантимиляра), Норвегия (6,7 сантимиляра), Нидерландия (6,6) Фарьорски острови (6,1), Австрия и Финландия (по 5,8 сантимиляра), а най-малко в Литва, Румъния (по 3,2 сантимиляра) и Косово (2,5 сантимиляра).

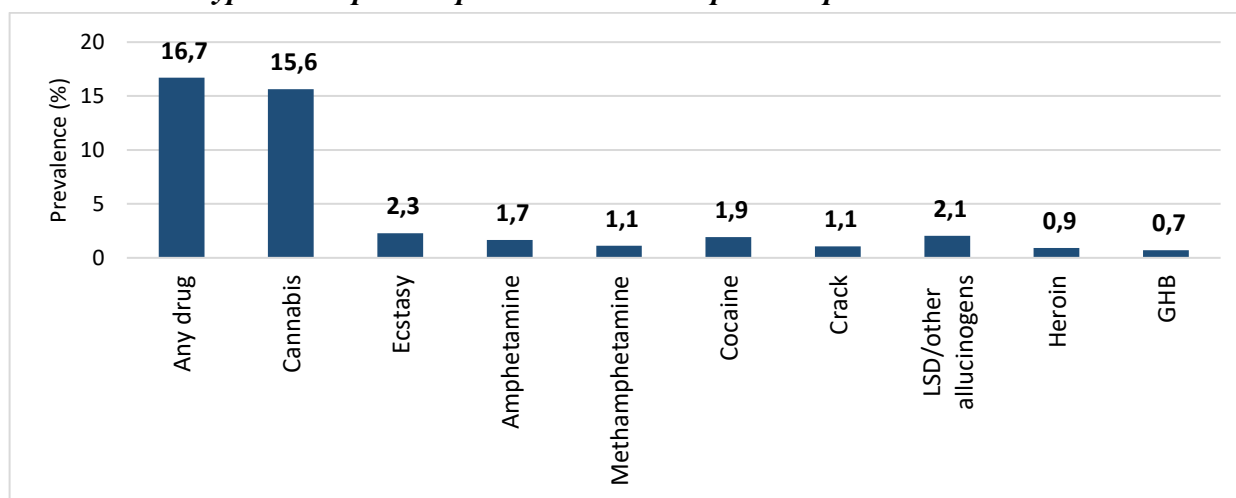
Фигура 129. Средна употреба на алкохол през последния ден на употреба в сантимиляри 100% алкохол в Европа



Употреба на наркотици

Употребата на наркотици остава стабилна, но продължава да поддържа високи нива. По данни на ESPAD, 2019 г., средно 17% от учениците в Европа съобщават, че са използвали наркотици поне веднъж в живота си, като нивата варират значително в различните страни, участващи в проекта (диапазонът е от 4,2% до 29%). Следвайки общата тенденция на нарастване разпространението на употребата на наркотици в повечето страни в периода между 1995 и 2003 г., употребата до голяма степен остава стабилна от 2003 г. насам. Въпреки това, употребата на наркотици остава на високи нива, като 13 страни, отчитат нива по-високи от 20%. Важно е да се отбележи, че България не е сред тези държави. Употребата на наркотици поне веднъж в живота сред българските ученици е 19%, като процентът е еднакъв за момичета и момчета.

Фигура 130. Среден прием на алкохол сред потребителите по пол



Най-разпространеният наркотик във всички страни, участващи в ESPAD е канабис. Средно, 16% от учениците в Европа съобщават за употреба на канабис поне веднъж в живота си (диапазон: 2,9% – 28%), като употреба поне веднъж в живота е посочена от 17% от българските ученици (17% от момчетата и 17% от момичетата).

■ 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. През последните години се наблюдава постоянно намаляване потреблението общо на хляб и тестени изделия, като от 2011 г. до 2020 г. употребата на тези основни за българския модел на хранене продукти е намаляла с 24,6%. Подобна е и тенденцията при консумирането на картофи в същия период, като се наблюдава 13,6% спад към 2018 година, а към 2020 г. се отчита леко увеличение в потреблението от 1,8%. Потреблението на пресни и замразени плодове има обща тенденция за нарастване с 13,7% спрямо 2011 г., като се наблюдават нива на спад през няколко години. Потреблението на пресни и замразени зеленчуци има тенденция за леко нарастване (2,8%) от 2011 г. до 2020 г., като също се наблюдават спадания през определени години. Най-ниска стойност на потреблението на пресни и замразени зеленчуци се наблюдава през 2017 г. (68 кг средно на лице от населението). Въпреки динамиката, средно дневното потребление общо на плодове и зеленчуци през 2020 г. е 420 грама на лице, което е над препоръчителните нива за дневен прием от 400 грама. През периода 2011–2017 г. се наблюдава относително запазване на нивото на потребление на месо, а след 2017 г. се наблюдава покачване на консумацията. През 2020 г. среднодневната консумация на месо на лице е 100 грама, което е с 12,5% по-високо в

сравнение с 2011 год. През 2020 г. се отчита най-високо ниво на консумиране на свинско месо в сравнение с 2011 г. или нарастване с 49%, а консумацията на други видове меса – от едър рогат добитък, агнешко, ярешко и домашни птици се запазва в близки граници. Нивото на потребление на обработено месо и трайни и малотрайни колбаси е относително стабилно в периода 2011-2020 г., като през 2020 г. потреблението на месни произведения е 13,4 кг средно годишно на лице от домакинство или 40 грама на ден, което значително надвишава препоръчваните нива от 15 г на ден. В потреблението на риба и рибни продукти се наблюдава най-ниско ниво на консумация през 2017 г. – 4,9 кг годишно на лице. През 2020 г. има леко покачване на потреблението – 5,6 кг годишно или 20 грама риба на ден на лице от домакинството, но препоръчваните нива за дневна консумация от 30 грама не се достигат. За периода 2011-2019 г. се наблюдава постепенен спад на потреблението на прясно мляко, като през 2020 г. се наблюдава рязко увеличение (18 л) спрямо 2019 г. – 16,8 л годишно на лице от домакинство. Консумацията на кисело мляко показва постепенен спад към 2015 година с последващо постепенно увеличение до 2020 г., когато консумацията достига 29,6 л годишно на лице от домакинство. Общо средната консумация на мляко на лице от домакинството към 2020 г. е 130 грама на ден, което е под препоръчваните нива за всички възрастови групи. Консумацията на бобови храни показва, че потреблението на леща остава относително без промени в периода 2011-2020 г., докато употребата на зрял фасул намалява постепенно от 4,9 кг до 4 кг годишно на лице през 2018 г., с последващо леко увеличение към 2020 г. – 4,3 кг годишно на лице от домакинството. Общо консумацията на бобови храни за 2020 г. е 20 грама на ден.

В периода от 2011 г. до 2018 г. се наблюдава тенденция за понижаване употребата на добавени мазнини. През 2020 г. потреблението на олио е с 16,1% по-ниско в сравнение с 2011 г., когато е отчетена най-висока стойност. След 2011 г. не се употребява свинска мас в ежедневието. Потреблението на маргарин отбелязва постепенен спад през периода 2011-2020 г., като през 2020 г. е установена най-ниската консумация – 0,8 кг годишно на домакинство, което е над 2 пъти по-малко от потреблението през 2011 г.

През периода 2011-2020 г. се наблюдава обща тенденция за намаление на употребата на захар средно дневно на лице от домакинство, съответно от 8,1 кг годишно до 6,6 кг год., с изключение на 2016 г., когато се наблюдава незначително увеличение на консумацията спрямо 2015 г. През 2020 г. консумацията на захар е намалена спрямо 2011 г. с 18,5%. Запазва се тенденцията за увеличение потреблението на захарни и шоколадови изделия и за посочения период нарастването е съответно с 43% и 36%.

Употребата на безалкохолни и алкохолни напитки се увеличава през периода от 2011 г. до 2020 г., като през 2020 г. се наблюдава потребление на безалкохолни напитки с 45,6% по-високо спрямо 2011 г. Потреблението на алкохолни напитки показва тенденция за увеличаване, като това е за сметка предимно на потреблението на бира, което се е увеличило с 1,5 пъти през 2020 г. спрямо 2011 г.

Потреблението на готварска сол към 2020 г. е 10 грама на лице на ден от населението и макар, че е намаляло незначително спрямо 2011 година се запазва трайно над препоръчваните нива.

През 2020 г. се наблюдава положителна тенденция в модела на потребление на някои храни – намаляване консумацията на хляб и тестени изделия, картофи и добавени мазнини. Средно дневното потребление общо на плодове и зеленчуци е над препоръчителните нива за дневен прием от 400 грама. Консумацията общо на бобови храни е 20 грама на ден, което също съответства на препоръките. Наблюдава се леко увеличение в консумацията на риба за 2020 г., но все още не се достигат препоръчваните нива от 30 грама на лице от населението дневно. Отчита се намаляване в потреблението на захар.

Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на месо, за сметка на свинското, остава високо потреблението на обработено месо, трайни и малотрайни колбаси, на готварска сол, на захарни и шоколадови изделия, на безалкохолни и алкохолни напитки (бира). Наблюдава се много ниско потребление на прясно и кисело мляко.

Националното проучване на факторите на риска за здравето сред населението на Р. България, проведено през 2020 г. в рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014-2020 г.) даде възможност да се очертаят някои тенденции при сравнение с данните от предходното проучване през 2014 год. При оценка на обичайната честота на хранителна консумация се установиха някои промени в модела на хранене. Наблюдават се положителни тенденции, свързани с увеличаване на ежедневна консумация на пълнозърнест хляб и други пълнозърнести продукти при населението над 19-годишна възраст; леко повишаване на консумацията на пресни плодове при децата; повишаване на ежедневната консумация на мляко при децата от всички възрастови групи, увеличаване на честотата на прием на нискомаслени млека и млечни продукти при населението над 19-годишна възраст; на консумация на риба при всички възрастови групи; намалява честотата на консумация на: тестени изделия при децата и възрастното население до 59 год.; на плодови консерви/компоти и туршии при децата; на шоколадови изделия при децата на 14-18 години; намалява ежедневната консумация на масло, растителни масла и маргарини при всички възрастови групи. Установиха се и някои неблагоприятни тенденции: ниска честота на консумация на пълнозърнест хляб и други пълнозърнести продукти при децата на възраст от 1 до 18 год.; запазва се сезонната разлика в приема на пресни плодове и зеленчуци при всички възрастови групи; намалява честотата на консумация на млечни продукти при децата; на бобови храни при децата и на ядки във всички възрастови групи; увеличава се ежедневната консумация на месо и колбаси при всички възрастови групи; повишава се ежедневния прием на шоколадови изделия при малките деца до 6-годишна възраст; на пържени и екструдирани храни и снаксове при децата на 14-18 години; на безалкохолни напитки със захар при децата от 10 год. до 18 год.; увеличава се почти двойно ежедневната употреба на енергийни напитки.

Оценката на хранителния статус на населението на възраст от 1 до 75+ години и сравнителният анализ на резултатите спрямо тези от аналогичното проучване, проведено през 2014 г., очерта някои проблеми и тенденции. При децата от 1 до 5-годишна възраст – висок относителен дял на деца с възможен риск от свръхтегло – 14,9% и деца с наднормено тегло (свръхтегло и затлъстяване) – 12,0%. Значим проблем е поднорменото тегло при момчетата на възраст 3 до 5 години – 8,0%. Отчита се благоприятна тенденция за намаляване относителния дял на деца с поднормено тегло и затлъстяване в тази възрастова група. Сериозни проблеми в хранителния статус при децата от 5 до 19-годишна възраст са високият относителен дял на наднормено тегло – 32,0%, в т.ч. затлъстяване – 12,3%. С най-висок дял на затлъстяване са момчетата от 5 до 9 години – 18,6% и момчетата на 10-13 години – 16,1%. Отчита се неблагоприятна тенденция за леко повишаване на относителния дял на деца със затлъстяване. Сериозни проблеми в хранителния статус на лицата от 19 до 75+-годишна възраст са високият относителен дял на наднормено тегло – 54,7%, (свръхтегло – 33,3% и затлъстяване – 21,4%). Затлъстяването при мъжете е 23,2%, а при жените – 20,0%, като преобладава най-леката първа степен. То показва тенденция за нарастване с увеличаване на възрастта, като достига най-високи стойности и при двата пола между 60 и 74 години. Младите жени (19-29 години) са рискова група с висока честота на поднормено тегло – 13,1%. Отчита се благоприятна тенденция за леко намаляване на относителния дял на затлъстяване при лица от 19 до 75+-годишна възраст.

■ Употреба на наркотични вещества сред населението в страната

По данни от „Национално представително проучване относно нагласи и употреба на психоактивни вещества сред общото население в България (на възраст 15-64 години)“²⁷, проведено през 2020 г., общо 9,5% (между 378 000 – 461 000 лица) от възрастното население са употребили поне веднъж в живота си някакво наркотично вещество. В сравнителен план делът

²⁷ Проучването е реализирано октомври-декември 2020 г. по поръчка и с методологическата подкрепа на Национален фокусен център за наркотици и наркомании към НЦОЗА от „Глобал метрикс“ ЕООД сред 3838 лица на възраст 15-64 г.

на тези хора е по-висок от всички други предходни години, когато са правени подобни изследвания (2005 г. – 5,2%; 2007 г. – 6,4%; 2008 г. – 8,6%; 2012 г. – 8,3%, 2016 г. – 9,2%).

Употребата на каквото и да е наркотично вещество през последната година (3,1%), във възрастовата група 15-64 г. е доста по-ниска в сравнение с 2016 г. (5,7%), вероятно и в следствие на наложените ограничения във връзка с пандемията от COVID-19. Подобна тенденция е регистрирана и по отношение на употребата на наркотични вещества през последния месец. 1,4% от населението на възраст 15-64 години са имали поне една употреба на някакво наркотично вещество през последните 30 дни преди провеждане на изследването, което е на нивото от преди 10-15 години (2005 г. – 0,8%; 2007 г. – 1,4%; 2008 г. – 1,8%; 2012 г. – 2,1%, 2016 г. – 2,6%).

Резултатите показват, че най-масово употребяваното наркотично вещество в България продължава да е канабис – 8,7% (около 342 000 – 422 000 лица) от отговорилите са го опитали поне веднъж в живота си. Хероинът все още е най-силно свързаният с проблемна употреба наркотик, но с тенденция към спадане на неговата употреба. На второ място по разпространение на употребата сред общото население са веществата от групата на стимулантите: амфетамини – 2,2% (приблизително 74 000 – 115 000 души), кокаин – 2,0% (приблизително 68 000 – 108 000 души) и екстази – 1,3% (приблизително 40 000 – 74 000 души).

Употреба на нови психоактивни вещества

Според „Национално представително проучване относно нагласи и употреба на психоактивни вещества сред общото население в България (на възраст 15-64 години)“ в България само 0,6% от изследваните лица посочват употреба на нови (т.нар. от медиите „дизайнерски“) наркотици или продукти, различни от вече познатите и разпространявани поне веднъж някога в живота.

Според проведените от Национален фокусен център за наркотици и наркомании към НЦОЗА през 2020 г. представителни проучвания сред учениците (VIII-XII клас) в някои градове на България (София, Пловдив, Кърджали и Шумен) най-висок дял на употреба на нови психоактивни вещества се наблюдава сред учениците от град Кърджали – 6,1% от тях посочват, че някога в живота си са употребявали такива вещества, а 3,4% – през последните 30 дни. С ежедневна или почти ежедневна употреба на нови наркотици са 1,1% от тях.

По отношение на учениците (VIII-XII клас) в останалите градове, в които бяха реализирани проучвания през 2020 г. за София разпределението е следното: 1,5% посочват, че някога в живота си са употребявали нови психоактивни вещества, а 0,7% – през последните 30 дни. В Пловдив 1,9% от учениците посочват, че някога в живота си са употребявали нови психоактивни вещества (0,9% – последните 30 дни), а в Шумен – 1,6% отбелязват такава употреба (0,8% – последните 30 дни).

Според данните от Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD 2019 г.)²⁸, 3,2% от 15-16 годишните ученици в България са употребявали нови психоактивни вещества поне веднъж някога в живота, което е по-висок дял от този на употребата на повечето незаконни наркотици, различни от канабис. По този показател нашата страна е под средното европейско ниво (3,4%), но е над средното по отношение на употребата на синтетични канабиноиди (4,3%) и синтетични катиони (1,8%).

Като цяло употребата на нови психоактивни вещества в България предимно е свързана с употреба на синтетични канабиноиди под формата на растителна смес за пушене или на прах, като най-често тези вещества се набавят от дилър или от приятел/познат/съученик или чрез онлайн поръчка.

Високорискова употреба на наркотици

Високорисковата употреба на наркотици се свързва с висока интензивност и рисков модел на употреба на опиоиди, стимуланти и канабис през последните 12 месеца. Според

²⁸ ESPAD е реализиран в България с подкрепата на Национален център по общественото здраве и анализи.

данни от „Национално представително проучване относно нагласи и употреба на психоактивни вещества сред общото население в България (на възраст 15-64 години)“ се формира оценка за 31 634 лица с високорискова употреба на наркотични вещества в България. Прилагайки интервал на доверителност 95% може да бъде очертан по-широк диапазон на оценката – между 19 744 и 43 523 лица. Оценката за относителния дял на лицата с високорискова употреба на наркотични вещества в страната към населението на възраст 15-64 години е 7,17 на 1000 лица, при широк диапазон между 4,5 и 9,9 на 1000 лица от населението.

Данните показват, че се наблюдава намаляване на броя на високорисково употребяващите опиоиди (хероин, метадон, морфин) и увеличаване на употребяващите стимуланти и канабис. 0,32% от населението на възраст 15-64 г. са употребявали 10 или повече дни марихуана през последния месец.

Съгласно актуалната оценка на проблемно употребяващите (с редовна и и/или инжекционна употреба на опиоиди, амфетаминов тип стимуланти и кокаин в България) от 17700 лица и нивото на актуална инжекционна употреба сред проблемно употребяващите потърсили лечение през 2020 г. от 56%, може да се направи оценка, че броя на инжекционно употребяващите наркотици е около 10 000 лица (9841, при гаранционна вероятност 95% и интервал на доверителност 9184 – 10 499).

Най-често инжекционно се употребява хероин, като в последните години се наблюдава ръст в инжекционната употреба на метадон. В малка степен инжекционно се употребяват и амфетамини, метамфетамини и кокаин.

Здравни последици от употребата на наркотици

През 2020 г. са открити 199 нови случая на заразени с ХИВ-инфекция при изследвани над 270 000 лица в общата популация. Това е сред най-ниските нива на регистрирани брой случаи за едногодишен период през последните години. С тях официално регистрираните лица с положителен ХИВ статус в края на 2020 г. са 3483.

9% от новорегистрираните с ХИВ са инфектирани при инжекционна употреба на наркотици (17 мъже и 1 жена), като този дял през последните години беше в рамките на 11-14%.

Според Национален статистически институт общият брой на умрелите от причини, свързани с употребата на наркотични вещества през 2020 г. е 24 или 0,35 на 100 000 души от населението (при 11 отчетени през 2019 г. и 24 през 2018 г.).

При анализ на данните за периода от 2010 до 2020 г. се наблюдава значителна разликата в умираанията по пол. През годините броят на мъжете, починали поради употреба на наркотици, значително надвишава броя на жените, умрели от същите причини. През 2020 г. починалите мъже вследствие на употреба на наркотици са 21 или 87,5% от всички умираания от тези причини. Коефициентите на смъртност по пол са съответно 0,63 на 100 000 мъже и 0,08 на 100 000 жени. Най-голям е броят на умираанията, свързани с употребата на наркотици във възрастовата група 35-39 години – 12 души. Преобладаващата част от всички починали (83%) са в младите възрасти до 39 години.

В сравнение с предходната година средната възраст на умрелите от причини, свързани с употребата на наркотици се увеличава и през 2020 г. е 33,9 години (30,4 през 2019 г.). Анализирайки данните обаче трябва да се има предвид малкия брой²⁹.

3.2. Държавен здравен контрол

През 2020 г. бяха положени огромни усилия, за да бъдат изпълнени заложените в годишния план оперативни цели за провеждане на официалния контрол на обекти с обществено предназначение и продукти и стоки със значение за здравето на човека, както следва:

²⁹ За повече информация: Годишен доклад по проблемите, свързани с наркотиците и наркоманиите 2020 г., НФЦ, НЦОЗА, С

- провеждане на ефективен държавен здравен контрол върху продуктите и стоките със значение за здравето на човека и обектите с обществено предназначение с цел защита здравето на населението и интересите на потребителите;
- провеждане на контрола в обектите за обществено предназначение за спазване на нормативните изисквания, посочени в европейското и националното законодателство;
- прилагане на подхода за оценка на риска при провеждане на здравния контрол върху продуктите и стоките със значение за здравето на човека, и обектите с обществено предназначение – насоченост на контрола към високорисковите обекти и производства на продукти и стоки;
- извършване на оценка на ефективността при прилагането на системите за управление безопасността на храните в обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води и обектите за търговия с тях, както и на системите за проследимост – провеждане на пълни и частични одити;
- осигуряване на независима и прозрачна контролна дейност, подобряване на формите и начините за предоставяне на информация на обществеността за резултатите от провеждания държавен здравен контрол чрез провеждане на системна медийна политика;
- осигуряване на ефективен държавен здравен контрол при внос на продукти и стоки със значение за здравето на човека от трети страни, за които има въведени ограничения и/или забрани за пускането им на пазара;
- извършване на контрол за изпълнение на нормативните изисквания по отношение критериите за химична и микробиологична безопасност на продуктите и стоките, и на критериите за техния състав и етикетирание;
- провеждане на мониторинг върху безопасността на продуктите, стоките и факторите на жизнената среда съгласно действащото законодателство и указанията на МЗ;
- поддържане на системите за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара (Safety Gate RAPEX), за бързо съобщаване за наличие на опасни храни и фуражи (RASFF) и Информационна и комуникационна система за надзор на пазара (ICSMS), и предприемане на незабавни мерки за ограничаване на вредата за човешкото здраве;
- недопускане разпространението на хранителни заболявания, включително своевременно проучване на възникналите взривове;
- повишаване знанията и компетентността на държавните здравни инспектори, респективно качеството и ефективността на контрола, чрез провеждане на обучения за усвояване изискванията на Европейското и националното законодателство.

Недостигът на квалифицирани кадри и ниското възнаграждение на държавните служители, работещи в системата на регионалните здравни инспекции (РЗИ), както и възлагането на допълнителни задачи, оказва неблагоприятно въздействие върху ефективността на провеждания държавен здравен контрол.

Основните показатели за изпълнение са:

- обем – брой извършени проверки;
- тематична насоченост на контрола;
- лабораторен анализ на проби, взети в хода на контрола и мониторинговите програми.

Проведени са извънпланови тематични проверки, възложени от МЗ, извършени са съвместни проверки с представители на Общините и други компетентни органи, проверки по жалби и сигнали на граждани, проверки свързани с получени нотификации по системите за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара (Safety Gate RAPEX), за бързо съобщаване за наличие на опасни храни и фуражи (RASFF) и Информационна и комуникационна

система за надзор на пазара (ICSMS), проверки за осъществяване на последващ контрол за изпълнение на предписаните мероприятия при установяване на несъответствия с нормативните изисквания.

Постигната е и оперативната цел за провеждане на официален контрол и 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 и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск. Протиепидемичните дейности са били фокусирани върху:

- имунизационния обхват със задължителни и целеви имунизации, и предприемане на мерки за неговото повишаване;
- организиране и провеждане на незабавни профилактични и протиепидемични мерки при възникване на епидемична ситуация;
- недопускане внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск, както и от възникване и разпространение на взривове и епидемии от други заразни болести, в това число и провеждане на граничен здравен контрол;
- своевременно съобщаване, регистриране и проучване на възникнали случаи заразни заболявания;
- изпълнение на профилактични програми и проекти, насочени към посрещане на грипна пандемия и минимализиране загубите от нея, сертифициране на България като свободна от морбили и вродена рубеола, профилактика и контрол на вътреболничните инфекции; първична профилактика на рак на маточната шийка, контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в детска възраст.

Контрол на обекти с обществено предназначение

През 2020 г. общият брой на извършени проверки в обекти с обществено предназначение от органите на държавния здравен контрол в страната е 170 484.

Извършени са 259 проверки на обекти за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, 3519 проверки на обекти за търговия с бутилирани натурални минерални изворни и трапезни води.

Извършени са 52 596 проверки на лечебни, детски и учебни заведения по профилактика и надзор на заразните и паразитните болести. С цел информиране на населението за актуалната епидемиологична обстановка в страната са изготвени 3 537 седмични справки и бюлетини по проблемите на заразните болести, които своевременно са публикувани на официалните интернет страници на МЗ, РЗИ и Националният център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ).

Анализа на данните показва, че е прилаган подходът за извършване на оценка на риска в началото на отчетния период, която е била последвана от правилно планиране на броя на проверките и впоследствие държавния здравен контрол е проведен с най- висока кратност в тези обекти, които са най-рискови и крият опасност за общественото здраве.

Проверки на продукти и стоки със значение за здравето на човека

През 2020 г. общият брой на извършените проверки на продукти и стоки със значение за здравето на човека от органите на държавния здравен контрол в страната 9 403 броя, включително за наличие на опасни стоки на пазара.

През 2020 г. са проведени 32 заседания на Експертния съвет по биоциди (ЕСБ), на които са докладвани извършените оценки на над 700 биоцида.

Предвид пандемията от COVID-19 и необходимостта от осигуряване на достатъчни количества дезинфектанти за масова и професионална употреба, е създадена необходимата организация за съкращаване на нормативно определените срокове за разглеждане и оценка на постъпили досиета от членовете на Експертния съвет по биоциди към министъра на здравеопазването, за издаване на нови разрешения или промени.

Издадени са 371 нови разрешения за биоциди. На база на предоставена допълнителна информация и резултати от изпитвания за ефективност е извършена промяна на издадени разрешения на над 300 биоцида.

Разработена беше процедура и стартира издаването на временни разрешения по реда на чл. 55, § 1 от Регламент (ЕС) № 528/2012 на Европейския парламент и на Съвета от 22 май 2012 година относно предоставянето на пазара и употребата на биоциди със срок на валидност 180 дни, като информацията на български и английски език своевременно беше публикувана на интернет страницата на МЗ.

По повод препоръките на СЗО във връзка с разпространението на COVID-19, да се използват дезинфектанти (биоциди) с доказано вирусоцидно или частично/ограничено вирусоцидно действие, и с цел повишаване информираността и защита интереса на потребителите, бяха изготвени и публикувани на официалната интернет страницата на Министерство на здравеопазването препоръки и указания при покупка на продукти за лична хигиена, в. т.ч. и дезинфекция, независимо от предоставената информация чрез различни форми на реклама или указания на мястото на предлагане.

Във връзка със зачестилите сигнали за предлагане на пазара на продукти, не отговарящи на изискванията на действащото законодателство, беше направен скрининг на нотифицираните след 01.01.2020 г. козметични продукти в Портала за нотифициране на козметичните продукти на Европейската комисия (CPNP), при което се установиха над 147 новорегистрирани козметични продукти, съдържащи претенции като: „с антибактериални свойства“, „с антибактериален комплекс“, „sanitizer“, „съдържа 70% етилов спирт“, „70% етанол“, „защита на чистотата на ръцете 99,9%“, „с бактерицидно и фунгицидно действие“, „ефективно почиства, дезинфектира и предпазва от болестотворни микроорганизми, вируси и бактерии“, „антибактериален и антивирусен сапун“ и др.). Подобни несъответствия бяха установени и при различни химични вещества и смеси, и детергенти.

Министерство на здравеопазването предприе действия насочени към над 100 икономически оператори/отговорни лица и към 15 интернет магазина, предлагащи такива продукти и проследи своевременното изпълнение на действията по отстраняване на установените несъответствия (преустановяване пускането на пазара, рекламата на продукти, преетикетиране, подаване на документи за издаване на разрешение за биоцид).

В периода 1 юни 2020 до 30 септември 2020 г. стартира засилен контрол на козметични продукти и биоциди от главна група 1 „Дезинфектанти“ с произход трети страни, декларирани за внос в Република България.

Целта на засиления контрол е недопускане на територията на Република България, респ. на територията на Европейския съюз, на продукти, които не отговарят на изискванията на Регламент (ЕО) № 1223/2009 на Европейския парламент и на Съвета относно козметичните продукти, респ. Закона за здравето и установяване съответствието им с нормативните изисквания, както и на биоциди от главна група 1 „Дезинфектанти“ неотговарящи на изискванията на действащото законодателство – Регламент (ЕС) № 528/2012 на Европейския парламент и на Съвета от 22 май 2012 година относно предоставянето на пазара и употребата на биоциди и Закона за защита от вредното въздействие на химичните вещества и смеси.

Извършени лабораторни анализи

През 2020 г. общият брой на извършените лабораторни анализи от органите на държавния здравен контрол на питейни води е 276 971, на води за къпане – 1 936, на минерални води – 7503, на води в плувни басейни – 36 155, както и измервания на шум и вибрации 5 349, на електромагнитни полета – 12 937 и на осветеност, микроклимат, прах и др. – 11 681.

Извършени са общо 6 079 лабораторни анализа на козметични продукти, 14 732 анализа на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води и 2 221 анализа на химични вещества и смеси, включително и приготвени разтвори за дезинфекция.

Извършени са изследвания на слънцезащитни продукти (кремове, лосиони, олио за тяло) с цел проверка на декларирания слънцезащитен фактор от производителя. Резултатите

от направените в НЦОЗА изследвания показват адекватна защита на слънцезащитните продукти. Само в единични случаи е препоръчвана корекция на рецептурата преди пускането на продуктите на пазара.

И през 2020 г. продължава извършването на засилен държавен здравен контрол на обектите с обществено предназначение в населените места в пограничните райони на областите Хасково, Ямбол, Бургас във връзка с увеличения миграционен натиск в Република България. От обявяването на извънредно положение в Република България и последвалите заповеди на министъра на здравеопазването здравните инспектори осъществяваха граничния здравен контрол, включващ 24-часови дежурства на ГКПП, където е осъществяван контрол на пристигащи лица от рискови държави и своевременно са поставяни под карантина. За периода, съвместно с органите на МВР са извършени и проверки на лицата, поставени под карантина. Служителите са били ангажирани и с изпълнение на дейности по вземане на проби за PCR-тестове на контактни лица на болни от COVID-19.

Във връзка с усложнената епидемична обстановка поради COVID-19 през отчетния период органите на държавния здравен контрол работиха при пълна натовареност и ангажираност на наличния персонал относно изпълнението на задълженията си по осъществяването на контрола на въведените противоепидемични мерки от министъра на здравеопазването.

3.3. Програми, проекти и планове в областта на общественото здраве

- **Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца (НППОЗД) от 0-18 г. (2015-2020 г.), приета с Решение № 559 на МС от 31.07.2014 г.**

Със Заповед № РД-02-40/16.02.2015 г. на министъра на здравеопазването е създаден Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания и правила за работа на Съвета. През 2020 г. във всеки регион в страната са проведени срещи-беседи между лекари по дентална медицина и родители и деца. На срещите са разяснени процедурата по силанизиране, нейното значение за профилактиката на зъбния кариес, както и правилното поддържане на устната хигиена на децата с цел профилактика.

Във всички региони на страната бяха проведени срещи, семинари и обучения на специалисти от детските заведения и училищата относно повишаване информираността на определени целеви групи от населението за профилактика на оралните заболявания.

През 2020 г. продължи дейността по силанизиране на първите постоянни молари на деца от 5 до 8 годишна възраст.

- **Единен многогодишен национален контролен план за храни, фуражи, здравеопазване на животните, хуманно отношение към тях и защита на растенията на Република България**

Дейността на Министерство на здравеопазването, чрез 28-те регионални здравни инспекции (РЗИ), е свързана с изпълнение на разписаните в законодателството дейности, с методическо ръководство, организация и координация при осъществяването на ефективен контрол на храните и в съответствие с Указание за планиране на дейността на РЗИ в областта на официалния контрол на обекти за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води.

Официалният контрол върху обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води е провеждан с цел да се провери степента на съответствие с нормативните изисквания, относно въвеждането на системи за вътрешен контрол на извършваните дейности с храни и относно правилата за добрите хигиенни и производствени практики, с насоченост към безопасността на храните. При проверките е отчитан начинът на прилагане, поддържане и актуализация от производителите на установената от тях система за управление на безопасността на храните или система за анализ на опасностите и критичните

контролни точки. Контролът върху тези обекти включва и проверка за изпълнение на изискванията за въвеждане на системи и процедури за осигуряване на данни за проследимостта на храните, в съответствие с действащото законодателство.

Честотата на инспекциите в обектите за производство на бутилирани води, планирана на база оценката на риска на обектите е не по-малко от 4 пъти годишно и съобразно поставените приоритети в ЕМНКП.

Най-честите несъответствия в обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води могат да бъдат класифицирани в следните групи, съобразно обобщените резултати от извършения официален контрол:

- нарушение на законодателството по отношение етикетването и представянето на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води;
- неспазване на принципите на добрите производствени и хигиенни практики;
- установени отклонения по микробиологични показатели;
- установени отклонения по физико-химични показатели.

Установените несъответствия са предимно в обекти за производство на бутилирани натурални минерални води, чийто дял спрямо другите обекти за производство на бутилирани изворни и трапезни води е значително по-голям. Повечето установени несъответствия са незначителни и случайни, като не се установяват тенденции относно тяхната системност на възникване.

Общата констатация е, че установените несъответствия в обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, както и в предлаганите в търговската мрежа бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води не са създали непосредствен и сериозен риск за здравето на потребителите. В резултат на предприетите адекватни мерки за отстраняване на констатираните отклонения, рискът е сведен до минимум.

- **Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021 г. – 2024 г. (РМШ), приета от Министерски съвет с Решение № 183 от 05.03.2021 г.:**

Изготвено е съвместно с НЗОК указание за предписване, отпускане, получаване и отчитане на ваксините срещу човешки папиломен вирус, осигуряващи изпълнението на Програмата през 2020 г.лв.

- **Национален план на Република България за готовност за грипна пандемия, безрочен, приет с ПМС № 5 от 13.01.2006 г.**

Обезпечена е дейността на НЦЗПБ за извършване на дейности по лабораторна диагностика – идентификация на новоизолираните щамове на грипни вируси от Националната референтна лаборатория „Грип и остри респираторни заболявания“.

- **Национална програма за подобряване на ваксинапрофилактиката на сезонния грип 2019-2022 г., приета с Решение № 6/10.01.2019 г. на МС**

РЗИ организираха провеждането на семинари за обучение на медицински специалисти – изпълнители на програмата и бяха разработени, издадени и разпространени информационни и учебни материали за грипа и методите на профилактика чрез ваксиниране.

- **Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в България 2017-2021 г., приета с Решение № 8 от 6 януари 2017 г. на Министерски съвет**

Обезпечена е дейността на Националния център по заразни и паразитни болести за провеждане на изследвания за ротавируси на хоспитализирани деца до 5 годишна възраст с остър гастроентерит и за провеждане на молекулярно-епидемиологични проучвания на циркулиращите ротавирусни щамове.

По данни на НЦОЗА през 2020 г. със завършена двудозова схема на приложение на ваксината срещу ротавирусни гастроентерити са 21 912 деца от целевата група по програмата.

- **Национална програма за елиминация на морбили и рубеола 2019-2022 г., приета с Решение № 741/17.10.2018 г. на МС**

Обезпечена е дейността на Националния център по заразни и паразитни болести за провеждане на лабораторна диагностика на морбили, рубеола и вроден рубеолен синдром на национално ниво. РЗИ организираха и проведеха семинари за медицински специалисти и здравни медиатори – изпълнители по програмата.

- **Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции 2017-2020**

В изпълнение на дейностите по програмата се регистрира: задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ в страната – под 1% през 2020 г.; задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ сред младите хора на възраст 15-24 г. – под 1%.

На територията на страната функционират 13 кабинета за анонимно, безплатно доброволно консултиране и изследване за ХИВ (КАБКИС) в градовете Благоевград, Бургас, Варна, Велико Търново, Видин, Враца, Добрич, Плевен, Пловдив, Русе, София, Стара Загора, Хасково. В КАБКИС са получили безплатно консултиране и изследване за ХИВ и узнали резултата си 2 780 лица, за сравнение през 2019 г. общо 9 754 лица са получили изследване за ХИВ.

Броят на лицата от общото население, изследвани в здравни и лечебни заведения за ХИВ – инфекция, през 2020 г. са 273 903 лица, а през 2019 г. са 350 558.

Осигурява се адекватна и качествена диагностика на ХИВ и сексуално предавани инфекции всяка година. Диагностиката е безплатна за всеки, независимо от здравноосигурителния статус. Лечението е осигурено със средства от бюджета на Министерство на здравеопазването като лечението е безплатно независимо от здравноосигурителния статус на пациентите.

Осигурява се и безплатна постекспозиционна профилактика (ПЕП) за медицински персонал претърпял рискова експозиция при изпълнение на служебните си задължения.

На територията на страната функционират 5 клиники/отделения за лечение на пациенти с ХИВ – инфекция, разкрити към следните лечебни заведения: СБАЛИПБ „Проф. д-р Иван Киров“, гр. София, УМБАЛ „Свети Георги“, гр. Пловдив, УМБАЛ „Проф. д-р Георги Странски“, гр. Плевен, УМБАЛ „Света Марина“, гр. Варна, УМБАЛ „Проф. д-р Ст. Киркович“, гр. Стара Загора.

Броят на пациентите на съвременна антиретровирусна терапия (АРТ) към 31.12.2020 г. е 1 778, за 2019 г. техният брой е 1 649. Общо 1 808 лица с ХИВ серопозитивни лица са регистрирани за проследяване и лечение през 2020 г.

През 2020 г. 4 неправителствени организации предоставят услуги по превенция и контрол на ХИВ и СПИ сред рисковите групи, като за периода януари – юли са достигнати 1 996 индивидуални клиенти с нископрагови услуги и са направени 3 300 изследвания за ХИВ от представители на рисковите групи.

- **Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата 2017-2020 г.**

Изпълняват се показателите за намаляване на заболяемостта от туберкулоза през 2020 г. на 13 на 100 000 население и задържане на относителния дял на успешно лекуваните новооткрити случаи с белодробна туберкулоза с микроскопско и/или културелно изследване над 85%. За 2018 г. успешно завършили лечение за туберкулоза са 84.8% от пациентите.

Функционират 29 регионални лечебни заведения, които отговарят за превенция, диагностика, лечение и контрол на туберкулозата. Функционира един сектор за лечение на пациентите с мултирезистентна туберкулоза.

Министерство на здравеопазването осигурява диагностикуми и консумативи за диагностика на туберкулоза за 33 микробиологични лаборатории в страната. В България са въведени и бързи тестове за диагностика на туберкулоза и рифампицин – резистентна туберкулоза (Real Time PCR тестове за бързо откриване на МТВ комплекс и резистентност към Рифампицин-GenExpert), което допринася за своевременно започване на лечението и ограничаване на

разпространение на това заболяване. От групите във висок риск са достигнати с услуги, предоставяни от неправителствени организации, изпълнители по договори, сключени с МЗ, включително образователни дейности и индивидуално консултиране, общо 1983 клиенти.

Броят на обхванати контактни лица с химиопрофилактика през 2020 г. е 1 304 лица.

През 2020 г. 7 (5 от тях са стартирали работа през м. септември 2020 г.) неправителствени организации предоставят услуги по превенция и контрол на туберкулозата сред групите в риск в райони от страната с по-висока от средната заболеваемост.

- Брой индивидуални клиенти, достигнати по време на работа на терен с анкетно скриниране – 1 983;

- Брой индивидуални клиенти, достигнати по време на работа на терен със скринингово изследване с проба на Манту – 863, от които са открити 5 лица с активна туберкулоза и 19 лица са с латентна туберкулозна инфекция;

- Брой придружени лица, съмнителни за туберкулоза, до лечебно заведение за диагностика и лечение на туберкулоза – 41.

- **Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите 2012-2020 г., приоритет „Здравеопазване“**

В изпълнение на заложените в Стратегията цели за осигуряване на равен достъп до здравни услуги по оперативна цел „Осигуряване на равенство в достъпа до качествени здравни услуги и превантивни програми“ през 2020 г., са реализирани общо 12 690 прегледа, с 21 броя мобилни медицински кабинети. С мобилните кабинети се провеждат профилактични прегледи на здравно неосигурени лица от ромски произход и на такива със затруднен достъп до лечебни заведения с 2 флуорографа, 4 кабинета за гинекологични прегледи, 2 кабинета за педиатрични прегледи, 4 кабинета за общи профилактични прегледи, 2 мамографа, 3 кабинета за ехографски прегледи, 3 мобилни клинични лаборатории:

- С мобилните флуорографски кабинети са извършени общо 1468 прегледа на територията на област Стара Загора и Сливен. Открити са отклонения в белодробния статус на 146 лица, изискващи допълнително уточняване;

- С мобилните гинекологични кабинети са извършени общо 2 145 прегледа, на територията на област Враца, Пазарджик, Стара Загора и Сливен. Средната възраст на изследваните лица е 40-50 години. Направените са акушеро-гинекологични прегледи и изследвания (цитонамазка, биопсия, хистология). За последващо лечение са насочени 648 жени, при които са констатирани заболявания (хроничен аднексит, хроничен параметрит, овариални кисти, колпитис сенилис, дисменорея, дезцендус на влагалището и други);

- С педиатрични мобилни кабинети са извършени общо 1 637 прегледи, на територията на област Сливен, Перник и Монтана. При 150 деца са диагностицирани следните заболявания: остри инфекции на горните дихателни пътища, синусити, фарингити, тонзилити, бронхити, бронхиална астма; сърдечни заболявания, чревна инфекция; епилепсия; захарен диабет; инфекция на пикочните пътища; синдром на Даун; аутизъм; увреждане на лицеви нерв и др. Установени са също така проблеми с наднормено тегло, отклонения в очния статус, налагащи консултация със специалисти и неблагоприятия в стоматологичния статус;

- С кабинетите обща практика са прегледани 750 деца, от тях 541 имунизирани/реимунизирани деца на територията на област Варна, Софийска област, Сливен и Плевен;

- С мобилните мамографски кабинети са извършени общо 500 мамографски прегледи, на територията на област Силистра и Бургас. При 90 лица са диагностицирани заболявания с фиброкистозна мастопатия, микрокалцификати, патологични състояния, които са извикани с писма за допълнителни изследвания и консултации;

- С мобилните ехографски кабинети са извършени общо 1 557 ехографски прегледи на територията на област Добрич, Монтана и Шумен. Основно са диагностицирани бъбречни заболявания (нефролитиаза, хроничен пиелонефрит, цистит), заболявания на храносмилателния тракт (гастродуоденит, хроничен холецистит, чернодробна стеатоза), заболявания на пикочо – половата система (кисти на яйчниците, аденом на простата). При 660 лица са открити

отклонения от нормата и са насочени към личен лекар, за консултация със специалист или извършване на периодичен ултразвуков контрол;

- С мобилните клинични лаборатории са извършени общо 6 270 лабораторни изследвания, проведени на територията на област Добрич, Разград и Стара Загора. Клиничното изследване на едно лице включва пакет от следните показатели: кръвна картина с поне 8 (осем) показателя: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC; кръвна захар, холестерол. Основно е диагностицирано: понижени нива на хемоглобина, повишени нива на кръвна захар, повишена стойност на триглицеридите и холестерол при 975 лица

Здравните медиатори се финансират със средства от държавния бюджет, като делегирана от държавата дейност. За 2020 г. са осигурени финансови средства за 260 щата здравни медиатори, спрямо 245 щата за 2019 г. Съгласно утвърдения в чл. 9, ал 1 от Наредба № 1 от 19 август 2020 г. за изискванията за дейността на здравния медиатор формуляр за отчет са обобщени дейности в шест основни направления:

Съдействие на общопрактикуващи лекари:

- Планови имунизационни кампании сред деца – 9 157 и сред възрастни – 1 595 лица;

- Профилактични прегледи сред деца – 5 760 и сред възрастни – 3 211 лица;

Съдействие на РЗИ: планови имунизации и имунизационни кампании сред деца – 1268 и сред възрастни – 149 лица;

Съдействие на лекари по дентална медицина:

- Профилактични и/или лечебни дейности – общо 465 бр.;

- Профилактични програми – общо 3 825 бр.

Подпомагане достъпа до медицинска помощ:

- Консултация – 51 815 бр.;

- Попълване на документи – 7 698 бр.;

- Следване на процедури – 4 010 бр.

- Съпровождане до здравни институции - 5 751 бр.;

- Възстановяване на здравноосигурителни права – 1 119 бр.;

- Патронаж – 12 156 бр.

Дейности по промоция на здраве: здравно – информационни кампании:

- Превенция на инфекциозни заболявания хигиена – 8 371 бр.;

- Семейно планиране, сексуално и репродуктивно здраве – 2 962 бр.;

- Брой разпространение на здравно-образователни материали – 72 890 бр.;

- Съвместна работа с РЗИ и др. институции, участие в обучения, семинари – 7 943 бр.

Дейности по решаване на комплексни казуси:

- Консултации – 38 995 бр.;

- Попълване на документи - 31 876 бр.;

- Следване на процедури – 3 873 бр.;

- Съпровождане до социални институции – 5 047 бр.;

- Патронаж – 8 852 бр.

Горепосочените резултати са обобщени съгласно постъпилите в Министерство на здравеопазването отчети от 100 общински администрации (от общо 137 целеви общини за 2020 г.) по Наредба № 1 от 19.08.2020 г.

- **Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ)**

Във връзка с управлението и координирането на дейностите по програмата, през 2020 г. са проведени:

- Национална работна среща с координаторите по Програмата, във връзка с изпълнението на дейностите ѝ през отчетния период. На срещата е представен отчет на извършените през годината дейности, включително и за ранна диагностика на водещите ХНБ; проблеми, свързани с развитието на програмата и възможностите за тяхното преодоляване. Проведено е обучение на екипите от РЗИ във връзка с организацията и провеждането на Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България през 2020 г.

- Работен семинар с органите на здравния контрол (РЗИ) за обсъждане прилагането на актуализираното законодателство за здравословно хранене в организирани детски и ученически колективи. Представени са новите елементи в актуализираната Наредба за физиологични норми за хранене на населението в България, 2018 г., принципите за актуализиране на Наредба №6 за здравословно хранене на деца от 3-7 години, 2019 г., както и актуализирания „Сборник Рецепти и Ръководство за здравословно хранене на деца от 3- до 7-годишна възраст“, 2020 г. Обсъдени са възможностите за подобряване на здравния контрол, чрез включване на представители от РЗИ при провеждане на процедурите по обществени поръчки за избор на фирми, осигуряващи хранене на децата в организирани колективи. Отново е поставен въпроса за необходимостта от разработване на съвременен софтуер с база данни за състав на храните, който да се използва от РЗИ при извършване на здравен контрол на изискванията за здравословно хранене.

- Три работни срещи с представители на Министерство на здравеопазването (МЗ) и Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), свързани с планираните дейности по програмата; организацията и провеждането на ученическия конкурс „Посланици на здравето“ и конкурса за плакат: „Да говорим открито за последствията от тютюна!“.

С оглед на усложнената епидемиологична обстановка в страната, свързана с разпространението на Covid-19, реализирането на дейностите по Програмата бяха ограничени и съобразени със ситуацията.

Извършена дейност сред децата до 19 г. по четирите фактора на риска, през годината: Организирани и проведени са 61 кампании, отбелязани с 49 масови мероприятия и 106 събития са световни, международни и тематични дни, празници. Излъчени са: 65 ТВ предавания, 61 радиопредавания, 1742 аудио- и видеоклипа, видеопокази, 14 други медийни изяви; публикувани са 137 материала в местни и централни ежедневници, 180 – в интернет;; изнесени са 1448 лекции и беседи (с 33453 участници); 158 дискусии (с 1848 участници); 67 семинара (с 1564 участници); 182 тренинга (с 1107 участници); 183 индивидуални обучения и консултации. Разработени и отпечатани са 6 здравно-образователни материали, с тираж 17300 бр. Разпространени са 20598 бр. материали (методични помагала, дигитални, плакати, стикери, календари и др.)

Извършена дейност за население над 20 г. по четирите фактора на риска през годината: Организирани и проведени са общо 108 кампании, посветени на контрола на хроничните незаразни болести и факторите на риска за тях, свързани с начина на живот на населението, отбелязани са със 78 масови прояви и със 198 събития тематични, световни и международни дни, празници. Излъчени са: 134 ТВ предавания, 126 радиопредавания, 1820 видео- и аудиоклипове и видеопокази; публикувани са 241 материала в местни и централни ежедневници, в интернет – 382; организирани са 3 пресконференции с журналисти; изнесени са 1792 лекции и беседи (с 41509 участници); проведени са 121 семинари (с 2595 участници), 300 дискусии (с 4432 участници), 183 тренинга (с 1132 участници); извършени са 776 индивидуални обучения и консултации. Разработени и отпечатани са 7 здравно-образователни материала, с тираж 17500 бр. Разпространени са общо 30 234 бр. материали.

В резултат на епидемичната обстановка в страната, свързана с Covid-19, се отчита намаляване на здравно-образователната дейност на високорисково ниво, която е насочена към лицата, носители на фактори на риска за ХНБ – нездравословно хранене, ниска физическа активност, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, както и към тези, прекарвали мозъчен инсулт, страдащи от диабет, сърдечносъдови, белодробни, онкологични и други заболявания.

Продължава, макар и ограничено, работата на разкритите в някои общини кабинети за измерване на артериално налягане, тегло и ръст и Консултативните кабинети за отказване от тютюнопушенето (ККОТ).

Дейностите, свързани с изграждането на капацитет и умения за консултиране и подкрепа у медицинските специалисти в болничната и извънболничната помощ, се развиват постоянно в рамките на програмата, но липсата на средства и извънредната обстановка се отразиха на броя на мероприятията. Въпреки всичко, през годината са проведени 2 курса с 16 участника и 38 индивидуални обучения и консултации за разпространението на хроничните болести, факторите на риска за тях, развиването на умения за прилагане на добра профилактична и терапевтична практика. Повишаването на капацитета на специалистите от РЗИ е насочено в областта на поведенческите фактори на риска и методите за оценката на резултатите от дейностите по програмата. През годината са проведени 14 индивидуални обучения и консултации, 4 семинара с 46 специалисти. През 2020 г. е проведен и двудневен семинар за консултантите от ККОТ при РЗИ на тема „Новите рискове от тютюнопушенето, с оглед пандемията от SARS-CoV-2 и изискванията към консултациите за отказване, които те поставят“. За повишаване на знанията на немедицинските специалисти и партньори по програмата са проведени 14 обучителни курса и семинара със 111 участници и 212 индивидуални обучения и консултации.

От значение за развитието на програмата е доброто сътрудничество и подкрепа на местната законодателна и изпълнителна власт (Общински съвет и Община), които в повечето области активно участват в дейностите по програмата, касаещи общността като цяло и отделни проблеми, и множеството партньори на програмата: дружества, читалища, клубове, младежки домове, полиция, търговци, производители и др. Добра практика е проведената Национална среща – семинар с академични среди и браншови организации за отчитане напредъка по реформулиране на храните с цел намаляване количеството на добавената захар, сол и наситени мазнини. На срещата присъстваха специалисти от МЗ, НЦОЗА, УХТ и бизнес оператори на храни.

Тази година сложната епидемиологична обстановка в страната измести фокуса на дейност на структурите на здравната система (МБАЛ, МЦ, ДКЦ, ПИМП, СИМП и др.). Дейностите за повишаване на знанията и изграждане на поведение за здравословен начин на живот на населението и насочени към профилактиката и лечението на сърдечносъдовите и онкологичните заболявания, хроничната обструктивна белодробна болест, диабета, популяризирането на здравословното хранене бяха ограничени.

Във връзка с публикуваното изменение и допълнение на НАРЕДБА на МЗ № 6 от 10.08.2011 г. за здравословно хранене на децата на възраст от 3 до 7 години в детски заведения (изм. и доп., ДВ бр. 87 от 05.11.2019 г.) е публикуван „Сборник Рецепти и Ръководство за здравословно хранене на деца от 3- до 7-годишна възраст“ (второ преработено и допълнено издание), който е утвърден от МЗ за внедряване на съвременните здравословни принципи в организираното хранене на децата в тази възраст.

В рамките на Националната програма за превенция на ХНБ стартира Национално изследване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България, с оглед да се събере надеждна информация за разпространението на основните рискови фактори (тютюнопушене, употреба и злоупотреба с алкохол, ниска физическа активност, нездравословно хранене), които са причина за развитието на хронични незаразни болести и да се извърши оценка на промените, настъпили в поведението на населението в резултат от проведените интервенционни дейности по програмата през периода 2014-2020 г.

През годината са извършени редица други проучвания и анализи на здравно-демографското състояние на населението по области. В рамките на кампании и инициативи по места са извършени анализи на факторите на риска за възникване на хронични незаразни болести (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене и ниска физическа активност), а също и анализи от проведени измервания на кръвно налягане; функционални измервания на

дишането (спирометрии), включително и на количеството на въглероден окис в издишан въздух; тегло; ръст; кръвна захар; костна плътност, изследвания за рак на гърдата и други. Общо през годината са проведени 26 проучвания с 3770 обхванати лица.

През отчетната година, въз основа на подадените от медицинските специалисти от здравните кабинети обобщени данни от профилактичните прегледи (извършени от ОПЛ), са изготвени и анализи за здравословното състояние на децата и учениците през учебната 2020/2021 г. Същите са предоставени на МЗ и областните администрации за информирание и предприемане на съответни мерки.

- **Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014-2020)**

И през 2020 г. продължи изпълнението на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020. В изпълнение на програмата са разкрити 31 Здравно-консултативни центъра за майчино и детско здраве (ЗКЦ) във всички областни градове. В тях лекари, психолози и социални работници осигуряват консултативни и логистични дейности, свързани с организиране на комплексното медицинско наблюдение на деца с увреждания и хронични заболявания, бременни с повишен медицински риск, с патология на бременността или наличие на хронични заболявания и увреждания. От началото на програмата през м. септември 2015 г. до края на 2020 г. са извършени 44 535 медицински консултации и домашни посещения.

Към ЗКЦ, разкрити в университетски и специализирани болници, са създадени комисии за изготвяне на индивидуални планове за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа на деца с определени хронични заболявания (диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени хематологични заболявания, детска церебрална парализа, вродени неврологични заболявания, недоносени деца). От началото на програмата до края на 2020 г. са изготвени 9 725 медико-социални планове на деца.

По програмата се финансират изследвания и консултации в рамките на биохимичен скрининг за бременни за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена. От началото на програмата до края на 2020 г. са извършени 117 651 изследвания на бременни.

В рамките на програмата е въведен масов неонатален слухов скрининг с цел ранно откриване и навременна интервенция при увреждане на слуха при новородени. В периода м. септември 2015 – м. декември 2020 г. са изследвани 273 250 новородени.

Ползите от провежданите политики в областта на майчиното и детско здраве намират отражение в данните за здравно-демографските показатели на детски и юношеските възрастови групи, представени в информацията за изпълнението на заложените в стратегията национални здравни цели за населението от 0 до 19 години. Това налага политиките за подобряване майчино и детско здраве да останат във фокуса на стратегическите и програмни документи за периода 2021-2030 г., във връзка с което беше изготвена Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030 и План за действие към нея за периода 2021-2023 г. Програмните документи са приети с Решение № 333 от 09 април 2021 г. на МС.

- **Национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2022 г.)**

С Решение на Министерски съвет № 55 от 1 февруари 2018 г. е приета Стратегия за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2027 г. и Национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2022 г. Стратегията има за цел да очертае съгласувана рамка за определяне на приоритети за действие за намаляване на риска от облъчване от радон. Съгласно българското законодателство при ситуации на съществуващо облъчване от радон в закрити помещения референтните нива за лица от населението и за работници се определят като средногодишна обемна активност на радон във въздуха. За ограничаване на облъчването от радон се въвежда референтно ниво от 300 Bq/m³ за средногодишната

обемна активност на радон за жилищни, обществени сгради и работни места, регламентирано в Наредбата за радиационна защита (ДВ, бр. 16 от 2018 г.). При идентифициране на райони с жилищни и обществени сгради, където стойностите на обемната активност на радон (ОАР) са над референтното ниво, се предприемат мерки за намаляване на нивата на радон, в съответствие с принципа за оптимизация.

В изпълнение на Националния план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2022 г. всяка година поетапно се изпълняват дейности, за които се изготвя отделен отчет, който се публикува на интернет страницата на стратегията www.radon.bg.

През 2020 г. са публикувани на сайта www.radon.bg отчети с обработените и анализирани резултати от три проучвания: пилотно проучване на ОАР на работни места в подразделенията на специализирани болници по рехабилитация, национален комплекс ЕАД (СБР-НК), детайлно проучване на ОАР в жилищни сгради на територията на област Сливен, с цел изготвяне на радонова карта и проучване в жилищни сгради с констатирани високи стойности на радон на територията на България.

3.4. Изпълнение на имунизационния календар

Дейностите по снабдяването с ваксини, тяхното правилно съхранение, прилагане и отчитане се извършва в съответствие с Наредба № 15 от 12 май 2005 г. за имунизациите в Република България, както и според текущи разпоредби на министерството на здравеопазването, издадени в съответствие с промени в епидемичната ситуация или доставката на ваксини. В Наредба № 15 през последните две календарни години са внесени някои изменения и допълнения (изм. и доп. ДВ. бр.78 от 4 Октомври 2019 г., доп. ДВ. бр.108 от 22 Декември 2020 г.) отнасящи се до: промени в Имунизационния календар и въвеждане нови биопродукти, въвеждане на нови препоръчителни имунизации (напр. срещу COVID-19; както и някои промени в организацията на дейностите по имунопрофилактика (напр. вписване на препоръчителните имунизации и реимунизации срещу COVID-19 в имунизационен регистър и др.)

Имунизационният обхват със задължителните ваксини в детска възраст през 2020 г. е между 88 и 97%. В Таблица 64 са представени данните за брой имунизирани деца и имунизационен обхват при задължителните имунизации за 7-годишен период (2014 -2020 г.).

Таблица 64. Брой имунизирани и имунизационен обхват (%) на децата със завършена първична имунизация през 2014-2020 г. в България

Имунизация срещу	Брой имунизирани и имунизационен обхват (%) през периода 2014-2020 г.						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Туберкулоза (новородени)	62 844 (96,7)	59 970 (95,8)	60 279 (96,2)	58 593 (96,2)	55 749 (95,5)	54 151 (95,5)	51 588 (97,0)
Вирусен хепатит тип Б	57 159 (95,0)	49 756 (91,6)	60 307 (91,1)	57 801 (91,9)	45037 (85,1)	61748 (93,3)	50 632 (91,5)
Дифтерия, тетанус, коклюш	51 727 (87,6)	58 029 (90,7)	59 271 (92,1)	58 779 (92,3)	55 282 (91,5)	56 785 (92,8)	50 600 (91,2)
Полиомиелит	51 727	58 029	59 271	58 779	55 282	56 785	50 600
Хемофилус инфлуенце тип б	48 845 (82,7)	55 711 (87,1)	58 824 (92,1)	58 677 (92,3)	55 165 (91,5)	55 450 (92,7)	50 325 (91,4)
Пневмококови инфекции	53 875 (91,7)	55 004 (90,4)	54 423 (90,3)	54 760 (91,3)	51 134 (89,6)	51 177 (89,6)	28 887 (90,3)
МПР (на 13 месеца)	57 167 (93,2)	56 806 (91,5)	56 935 (92,1)	59 377 (93,8)	55 521 (92,9)	57 884 (95,1)	49 418 (88,3)
(на 12 години)	54 889 (88,6)	56 932 (86,9)	57 572 (88,3)	61 739 (91,6)	58 673 (87,4)	64 448 (92,9)	54 257 (84,5)

Източник: НЦЗПБ, Анализ на изпълнението на дейностите по имунопрофилактиката в България през 2020 г.

Имунизационният обхват на новородените с БЦЖ ваксина (97,0%) през 2020 г. е повишен спрямо предходната година.

Задължителна имунизация (три приема ваксина) срещу дифтерия, тетанус и коклюш при деца до 1-годишна възраст: 55 600 деца са подлежали на имунизация с трети прием, а 50 460 деца са имунизирани. Имунизационният обхват с трети прием ваксини срещу дифтерия, тетанус и коклюш е 91,2% (2019 г. – 92,8%).

През годината имунизацията срещу полиомиелит е извършвана с комбинирани ваксини, съдържащи инактивирана полиомиелитна ваксина. Обхватът с три дози полиомиелитна ваксина е 91,2% и е понижен в сравнение с 2019 г.

Имунизация срещу хепатит Б: 91,5% от подлежащите на имунизация срещу хепатит Б деца през 2020 г. са със завършена имунизационна схема като третият прием е изпълнен или с моноваксина срещу хепатит Б, или с шесткомпонентна ваксина (ДТКаХепБПиХИБ). Показателят обаче отразява регистрирано намаление в сравнение с предходната 2019 г. (93,3%).

Имунизация срещу морбили, паротит и рубеола: имунизационният обхват – 88,3% за първи прием (МПР1) не е достигнал изискванията за ваксинално покритие, което би гарантирало прекъсване на разпространението на дивите вируси на морбили и рубеола в обществото. С втори прием (МПР2) ваксина морбили-паротит-рубеола (МПР) имунизационният обхват е 84,5%.

Задължителната имунизация срещу Хемофилус инфлуенце тип б (ХИБ) през 2020 г. се извършва с пет- и шесткомпонентни ваксини (ДТКаПиХИБ и ДТКаПиХИБХепБ). Имунизационният обхват с три дози ХИБ ваксина е 91,4%. Обхванати са 50 081 от 55 325 подлежащи на имунизация деца.

През 2020 г. се изпълнява въведената в края на 2019 г. промяна в имунизационната схема на ваксинацията с пневмококова конюгирана ваксина - ваксинация с два приема на родените след 31.12.2019 г. Имунизационният обхват през 2020 г. с три дози пневмококова конюгирана ваксина (при децата родени преди 01.01.2020 г.) – 90,3% и реимунизацията (обобщени данни за реимунизирани с 3-ти прием деца родени след 31.12.2019 г. и с 4-ти прием деца, родени преди 01.01.2020 г.) – 85,5%.

При реимунизациите се отчита снижение спрямо предходните години (87,7% -2019 г., 88,5% – 2018 г., 91,8% – 2017 г. и 89,1 – 2016 г.).

От подлежащите на имунизация в детска възраст през 2020 г. до 12% се отчитат като неимунизирани в резултат на причини от медицински и немедицински характер. Отлагането на имунизация по медицински причини е свързано със заболявания у подлежащите на имунизация, установени и доказани за периода на цялата 2020 г. (трайни и временни медицински противопоказания). Неимунизирани поради съществуващи медицински противопоказания заемат по-малък дял спрямо неимунизирани по причини различни от медицинските.

През 2020 г. и на регионално, и на национално ниво се отчита снижение на показателите за имунизационен обхват при имунизации и реимунизации със задължителни ваксини, спрямо предходната година. Причините, които допринасят за по-нисък имунизационен обхват, са свързани основно с епидемията от COVID- 19, която силно повлия върху нормалното провеждане на имунизациите в страната, но и с определяне на действителния подлежащ на имунизации контингент, с осигуряването на ваксини за изпълнението на имунизационния календар, с миграция на население, с отказ от имунизации. Изложените от РЗИ причини в анализите на имунизациите в България през 2019 г. и 2020 г. очертават задържащите се от предходните години проблеми, свързани с по-ниския имунизационен обхват при задължителните имунизации. Макар и предимно от немедицински характер (административни и поведенчески) всяка една от тях допринася за намаляването на колективния имунитет срещу конкретни ваксинопродотвратими инфекции.

През 2020 г. бяха въведени „грипни ваканции“ от 6 до 11 март 2020 г. в отделни области в зависимост от епидемичното разпространение на заболявания от грип и ОРЗ. С разрастването на епидемията от COVID-19 и обявяването на извънредна епидемична обстановка една от противоепидемичните мерки бе спиране на профилактичните прегледи и имунизации, и възстановяването им при определени условия. От друга страна епидемията от COVID- 19,

внесе допълнителни условия за нарушаване на обичайния ред при провеждането на ваксинапрофилактика, поддържан в години на епидемично благополучие.

Обобщение на имунизационен обхват със задължителните имунизации през 2020 г. е посочен в Таблица 65.

Таблица 65. Постигнат имунизационен обхват

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ИМУНИЗАЦИИ	Обхват (%)
Срещу ТУБЕРКУЛОЗА имунизирани новородени % на обхванатите	97,0
Срещу ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС И КОКЛЮШ получили трети прием % на обхванатите	91,2
Срещу ПОЛИОМИЕЛИТ получили трети прием % на обхванатите	91,2
Срещу ХЕМОФИЛУС ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б получили трети прием % на обхванатите	91,4
Срещу ХЕПАТИТ Б имунизирани новородени, получили трети прием % на обхванатите	91,5
Срещу МОРБИЛИ, ПАРОТИТ И РУБЕОЛА имунизирани на 13 месеца % на обхванатите	88,3
Срещу ПНЕВМОКОКОВИ ИНФЕКЦИИ с конюгирана ваксина, получили трети прием % на обхванатите	90,3

4. ВЛИЯНИЕ НА ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19 ВЪРХУ ЗДРАВЕТО И ЗДРАВНОТО ОБСЛУЖВАНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО

4.1. Анализ на смъртността

В началото на 2020 г. светът беше сполетян от неочаквано и неуправляемо бедствие, което преобърна редица представи за сигурността на здравните системи в света и чувството за безопасност и защитеност на всеки един индивид.

В България пандемията от COVID-19 беше обявена на 13 март 2020 г. заедно с първите случаи на заразени. Със заповед на министъра на здравеопазването беше обявено извънредно положение и редица съпътстващи мерки за борба с инфекцията. Създаден беше Национален оперативен щаб (НОЩ), който пое предизвикателството да координира и управлява кризата, предизвикана от пандемията.

За този период България понесе съществени загуби, изразени основно в човешки жертви и икономически последици.

Смъртност

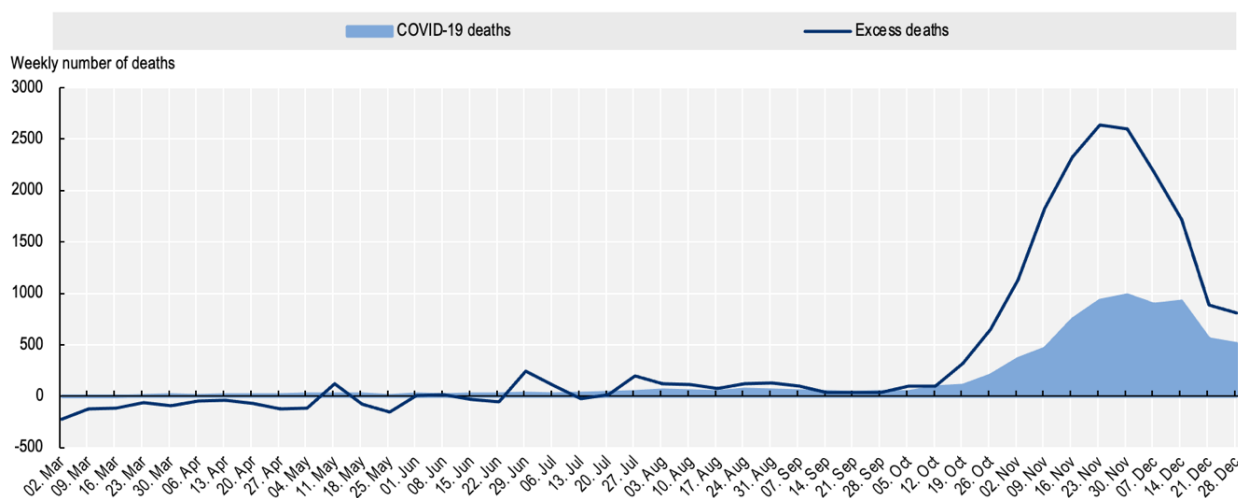
За характеристика на процеса са използвани данните за умираанията по седмици за 2019 г. и 2020 г. През 2019 година са починали общо 107 815 души, от които 33% на възраст от 80 до 89 години, 27% на възраст от 70 до 79 години и 18% на възраст от 60 до 69 години, или общо 78% от всички умрели през годината са във възрастовия интервал 60–89 години.

Данните за 2020 г. показват нарастване на броя на умрелите на 126 569 души, което е с 18 754 или със 17% повече в сравнение с 2019 г., като се запазва същото структурно разпределение – 31% са на възраст от 80 до 89 години, 28% на възраст 70–79 години и 18% на възраст 60–69 години, или общо 77% от всички умираания през годината са били лица на възраст 60–89 години.

За да се проследи интензитетът на умираанията през наблюдавания период, са използвани интензивните показатели – седмични коефициенти за смъртност. Седмичен коефициент на обща смъртност (‰) се изчислява в промили като отношение на броя на лицата, умрели през съответната седмица, към средногодишното население, умножен по 365 и разделен на 7.

Първият времеви интервал, свързан със значително нарастване на интензитета на умираания, обхваща 10 последователни седмици – от 44-та до 53-та седмица на 2020 г., когато са достигнати и максималните стойности на показателя за смъртност – 36‰ през 48-ма и 49-та седмици.

Фигура 131.



През периода от 44-ата до 53-ата седмица на 2020 г. са починали общо 38 330 лица, което е увеличение с 19 545, или със 104% в сравнение със същия период на предходната 2019 година.

Разпределението на умираанията в териториален аспект по области показва, че водещи са най-големите области в страната – София (столица), Пловдив, Варна, Бургас, Стара Загора, Плевен, София-област, Благоевград, Пазарджик, Велико Търново. В тези 10 области са регистрирани 58% от умираанията през разглеждания период.

Данните за 2020 г. показват увеличение на броя на умираанията в сравнение с предходната година както общо за страната, така и за всички области.

През от 44-ата до 53-ата седмица през 2020 г. с най-голямо увеличение на броя умираания, спрямо същия период на 2019 г. е област Разград – със 134%, следвана от област Силистра – със 133%, област Благоевград – със 124%, област Русе – със 122%.

Смъртност от SARS-CoV-2 в България

Данните за умираанията по причини през 2020 г. показват, че осезаемото повишаване на смъртните случаи от SARS-CoV-2 започва от 45-ата седмица на 2020 г. (втората седмица на м. ноември), когато са починали 353 лица, и достига максимални стойности през 48-ата и 49-ата и 51-ата седмици, когато стойностите се покачват почти 3 пъти. Починалите лица през 48-ата седмица са 929, през 49-ата седмица – 980, а през 51-ата седмица – 925 души. През периода от 44-ата до 53-ата седмица през 2020 г. са починали 38 330 лица, което е увеличение с 19 545, или със 104% в сравнение със същия период на предходната 2019 година. От тези 19 545 умрели, 6560 или 34% са по причина на SARS-CoV-2.

Разпределението на данните по седмици през 2020 г. показва, че относителният дял на умрелите от SARS-CoV-2 от общия брой умрели от всички причини в началото на периода е в порядъка около 2% като през ноември и декември, този показател достига стойности около 10 пъти по-високи – 20-23%.

По годишните данни за умираанията по причини през 2020 г. на Националния статистически институт, броят на умрелите от SARS-CoV-2 е 8 554, или 7% от общия брой умрели.

В сравнение с 2019 г. абсолютният брой на умрелите е нараснал с 16 652, от които 8 554 са по причина на COVID-19, а останалото увеличение е най-силно изразено в класовете Болести на органите на кръвообращението – с 5 954 и Болести на дихателната система – с 1 813.

Структурата на причините за смърт по класове болести показва, че през 2020 г. в сравнение с предходната година относителният дял на умрелите от болести на органите на кръвообращението намалява от 64.4% на 60.6%, на умрелите от новообразувания – от 16.9% на 14.9%. Относителният дял на умрелите от COVID-19 е 6.9% , с което се подреждат на трето място в структурата на умираанията по класове болести, като изместват болестите на дихателната система на четвърто място. При останалите класове болести не се наблюдават чувствителни разлики в показателите през 2020 г. спрямо предходната 2019 г.

Коефициентите за смъртност показват, че през 2020 г. в сравнение с предходната е нараснала смъртността от болести на органите на кръвообращението от 998.2‰ на 1090.1‰, от болести на дихателната система – от 60.1‰ на 86.6‰. Смъртността от COVID-19 е 123.4‰, а при останалите класове болести не се наблюдават съществени разлики.

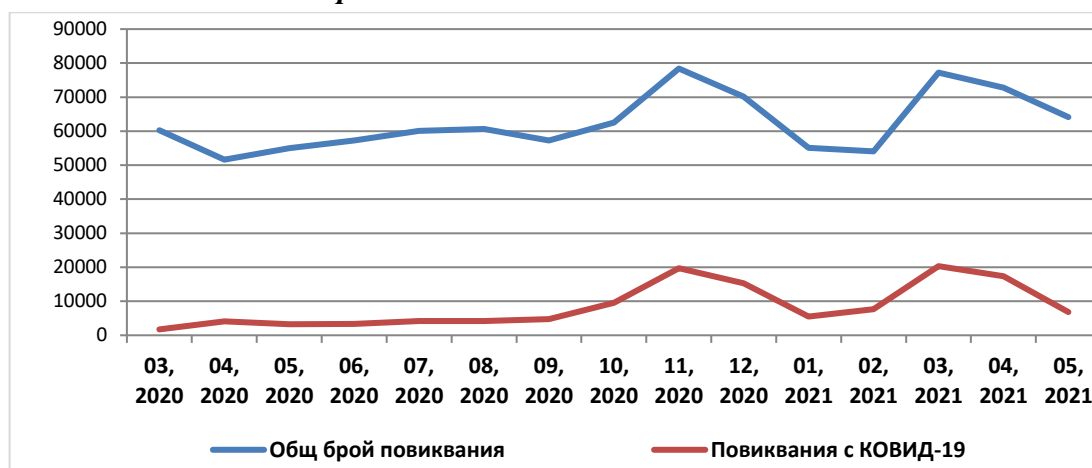
Причините за достигнатите нива на заболяемост и смъртност от COVID-19 през 2020 г. имат комплексен характер като основните са неблагоприятната възрастова структура на населението, сериозни съпътстващи хронични болести на възрастното население, множество социално-икономически причини, поведенчески фактори и др. Безспорна е и връзката със състоянието и функционирането на здравната система, с нейния ресурс и адекватно управление в процеса на възникване и развитие на инфекцията SARS-CoV-2. Особено тревожен е фактът, че в България заболелите от инфекцията са сравними с данните на средноевропейско ниво, докато смъртността е на водещи позиции.

4.2. Анализ на дейността на центрoвете за спешна медицинска помощ (ЦСМП)

Предизвикателството COVID-19 постави на изпитание през 2020-2021 г. цялата здравна система на страната и най-вече спешната и болничната медицинска помощ. Пандемичната обстановка беше извънредна, много динамична, изискваща бързи и адекватни действия. Пандемията от COVID-19 повлия съществено върху натовареността на спешните екипи, а големият брой заразени медицински специалисти се превърна в сериозно предизвикателство по отношение осигуряването на достатъчно екипи.

Общият брой на постъпилите повиквания във всички ЦСМП в страната за периода 01.03.2020 – 31.05.2021 г. е 936 517. От тях 127 478 са повиквания, свързани със заболяването COVID 19, което представлява 13.61% или всяко седмо повикване е свързано с COVID 19. Проследено по месеци общият брой постъпили повиквания и на тези с COVID 19 съответства на пиковете в общия брой заразени в страната по месеци, т.е. на първата вълна на пандемията (ноември-декември 2020 г.) и втората вълна (март-април 2021 г.).

Фигура 132. Общ брой постъпили повиквания и такива с COVID-19 по месеци за страната от 01.03-2020 – 31.05.2021 г.



Източник МЗ

Общият брой на изпълнените повиквания е 891 789. От тях 127 405 са изпълнени повиквания, свързани със заболяването COVID-19 (14.29%). Динамиката по месеци на общия брой изпълнени повиквания и на тези за COVID-19 повтаря тази на постъпилите повиквания общо и за COVID-19. Делът на изпълнените повиквания спрямо всички постъпили повиквания е 95.22%, а на изпълнените повиквания за COVID-19 спрямо постъпилите – 99.95%. Делът на изпълнените повиквания за COVID-19 е съществено по-висок от този на общо изпълнените повиквания спрямо постъпилите – почти 100%.

Общият брой на хоспитализирани лица от ЦСМП в страната е 243 885. От тях хоспитализираните с COVID-19 са 69 119 (28.34%), т.е. почти всеки 3-ти хоспитализиран е по повод на COVID-19. Броят на хоспитализираните лица зависи не само от броя, вида и тежестта на заболяването, но и от осигуреността с болнични легла и тяхната заетост³⁰.

Общият брой отказани за хоспитализации е 20 576, а за лица с COVID-19 – 1347, при липсваща информация за 16 ЦСМП.

Осигуреност с медицински персонал в ЦСМП – към 31.05.2021 г. работят 6511 служители, от които 1129 лекари и 5382 друг персонал. Наблюдават се съществени различия между

³⁰ По данни на служители на ЦСМП се установява, че информацията за хоспитализираните лица е непълна, поради липсваща обратна връзка между ЦСМП и приемащото за хоспитализация лечебно заведение. Индикаторите са изчислени без данните за Пазарджик, Кюстендил и Кърджали поради липсваща информация.

центровете, което до голяма степен се дължи на брой на населението, площ на обслужваната територия в областта, заболяемост и др.

Общият брой на заразените служители в ЦСМП за периода е 2126 души. От тях 412 са лекари (19.38%) и 1714 – друг персонал (80.62%). Делът на заразените служители е 32.65% или всеки 3-ти служител е бил заразен; на заразените лекари – 36.49% и е по-висок от този на заразените друг персонал – 31.85%.

Броят на починалите служители от COVID-19 е 42 души, от които лекари 12, друг персонал – 30. Леталитетът сред всички служители с COVID-19 е 1.98%, по-висок при лекарите – 2.91%, в сравнение с другия персонал – 1.75%.

Общият брой загубени дни с временна неработоспособност поради COVID-19 за всички служители на ЦСМП за периода е 33 636 дни, който се отразява негативно върху дейността на центровете.

Общият брой линейки към 31.05.2021 г. в ЦСМП е 816. През 2020 г. на центровете са доставени 226 нови напълно оборудвани с медицинска апаратура линейки, в т. ч. 148 със стандартно задвижване и 78 с задвижване 4x4.

Предизвикателства

Негативите в другите структури на здравната система рефлектират върху спешната помощ, която по нормативна уредба трябва да е безотказна за всеки пациент, самопреценил се като спешен. Спешната помощ поема последствията и от неуспехите на здравноосигурителния модел. Поради незадоволителната работа на структурите за неотложна помощ спешната помощ поема и прегледи при неспешни състояния. Всички спешни пациенти, много неосигурени пациенти и осигурени, решили да си спестят разходите по консултации в извънболничното здравеопазване, се обслужват от спешната помощ. Ролята ѝ на буфер влошава възможностите на спешната помощ да бъде своевременна и равнопоставена и я превръща в заместител на извънболнично и болнично здравеопазване.

Изпълнението на неоснователни повиквания и прегледи консумира от времето както в извънболничната, така и в болничната спешност.

Епидемията от COVID-19 повлия сериозно върху натовареността на екипите, а големият брой заразени медицински специалисти е сериозно предизвикателство по отношение на осигуряването на достатъчно екипи.

Анализът на системата за спешна медицинска помощ показва дисбаланси в осигуреността и използваемостта. Налице са значими различия в използването на екипите, наличните финансови ресурси и обема на дейността.

Системата за спешна медицинска помощ продължава да изпълнява значителна по обем дейност, свързана с дейности, които не попадат в обхвата на конкретната дейност по оказване на спешна медицинска помощ, като вземане на кръвни проби за алкохол и упойващи вещества и др.

Липсва комуникация между екипите на извънболничната помощ и спешните екипи от болничните портали. Комуникацията в реално време между специалистите от лечебните заведения и тези от ЦСМП е затруднена, което забавя постъпването на пациента (или го лишава от такова) в най-подходящото за състоянието му лечебно заведение.

В началото на епидемията нямаше единен протокол за поведение на медицинския персонал в ЦСМП по повод непознатото и неочаквано възникнало заболяване. Недостатъчни бяха личните предпазни средства, както и дезинфектанти.

Недостиг на лекари и фелдшери и влошена възрастова структура. Полагане на извънреден труд, сключване на договори с медицински лица в пенсионна възраст.

Намален брой служители в ЦСМП (на друг персонал без лекари) към края на м. май 2021 г. спрямо началото на разглеждания 15-месечен период, което до известна степен може да се свърже с текучество, заразени, починали и служители с усложнения от заболяването и др.

Проблеми, свързани с хоспитализацията – продължително пребиваване на пациентите в линейките поради нисък пропускателен режим на спешните отделения, липсата на легла в пиковите на епидемията, което забавя екипите на центровете.

Липса на адекватна статистика за хоспитализираните лица от спешната медицинска помощ, оказвана в ЦСМП, поради липсата на целенасочена система за събиране на данни, извън тези, преминали през спешните отделения на болниците, които често не покриват критериите за спешност. Това обуславя неточния брой на хоспитализираните лица от ЦСМП.

Необновен сграден фонд на някои центрове и недостатъчен брой оборудвани линейки. Част от медицинската апаратура, ползвана от мобилните екипи, е значително амортизирана и не може да осигури възможности за адекватна спешна медицинска помощ.

4.3. Анализ на дейността на първичната извънболнична помощ

Събрани са данни за първичната извънболнична медицинска помощ (ОПЛ) от НЗОК, НОИ и РЗИ.

За сравнявания 15-месечен период се установява тенденция за намаляване на задължително осигурените лица във всички възрасти, както и във всички области.

Данните показват, че общо първичните прегледи (включително консултация, диспансерен преглед, детско и майчино здравеопазване и по искане на ТЕЛК), извършени от общопрактикуващите лекари по време на пандемията в периода март 2020 – февруари 2021 г. не са намалели в сравнение с първичните прегледи, извършени в периода март 2019 – февруари 2020 г. Намаление има единствено през месеците март, април и май 2020 г., както и през януари 2021 г., но през всички останали месеци се наблюдава значително по-голям брой първични прегледи в сравнение с едногодишния предковиден период. Повече първични прегледи са извършени и през март и април 2021 г., в сравнение със средната стойност за периода преди пандемията.

Не така изглежда картината при вторичните прегледи, които са по-малко с 16% за периода март 2020 г. – февруари 2021 г., в сравнение с предходния едногодишен период. Тази тенденция се запазва и през март-април 2021 г.

При профилактичните прегледи на лица под 18 години в анализирания период се наблюдава намаление с 10,3%. Анализът на периода март – април 2021 г. също показва намаление през март (с 23%) и април (с 25%) в сравнение със средномесечния брой профилактични прегледи при деца през периода преди пандемията. По отношение на профилактичните прегледи на задължително осигурени лица над 18 години също се наблюдава намаление с 15%, като броят на прегледите за периода март-април 2021 г. също е по-малък в сравнение с периода преди пандемията.

В анализирания период се наблюдава и намаление в общия брой на издадените направления от всички ОПЛ в страната с 13,3%. Важно е да се отбележи, че и през месеците март-април 2021 г. назначените направления от ОПЛ в страната са по-малко от средните за периода преди пандемията. Намалението в издаването на направления от ОПЛ по всяка вероятност се дължи на намаляване на търсенето на здравна помощ в месеците на локдаун след обявяване на началото на пандемията, както и при първата голяма вълна в страната през ноември-декември 2020 г. и януари 2021 г.

По отношение на назначаването на изследвания също се наблюдава намаляване, но разликите между двата сравняеми периода са по-малки – 9,8%, като за това основно допринасят отново месеците март, април и май 2020 г. Трябва да се отбележи, че през всички останали месеци системата се опитва да компенсира това намаление и особено през юни 2020 г., когато се наблюдава значителен спад в епидемията в страната, назначените изследвания са с 45% повече отколкото през същия месец 2019 г. Интересно е, че през месеците март-април 2021 г. назначените направления от ОПЛ в страната са повече от средните за периода преди пандемията.

В анализирания период, както може да се очаква, пиковите в назначаване на изследвания за COVID-19 от страна на ОПЛ са свързани с големите вълни на пандемията през ноември-декември 2020 и март-април 2021 г.

По отношение на хоспитализациите за COVID-19 обаче може да се каже, че на практика ОПЛ почти не са участвали в хоспитализацията на своите пациенти, защото за целия анализирания период общо издадените от ОПЛ направления за хоспитализация за COVID-19 са 151, като и тук най-големият брой направления са по време на двете вълни.

С цел профилактика на социално-значими заболявания при ЗОЛ над 18 години ОПЛ формират групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване като отразяват резултатите в „Карта за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване“. Тук се наблюдава увеличение от 1,5% в изследвания период. През март и април 2021 г. се наблюдава сравнително същото количество издадени карти спрямо средномесечния брой за наблюдавания едногодишен период преди пандемията.

През анализирания период (март 2020 г. – февруари 2021 г.) стойността на показателя „Брой инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ при ОПЛ“ е с 26% по-малък, което е очакван резултат, предвид голямата затвореност и ограничените пътувания и почивки по време на пандемията. През март-април 2021 г. инцидентните посещения също са по-малко в сравнение с периода преди пандемията.

Данните за болничните, издадени от ОПЛ за инфектираните с COVID-19 и карантинирания контактни, сочат, че те са общо 12% от всички издадени болнични от ОПЛ в страната за периода март 2020 г. – май 2021 г., като и в този случай най-много болнични с диагноза COVID-19 са издадени в периодите на двете големи вълни на пандемията.

Данните за процеса на ваксиниране в страната и ролята на отделните звена в здравната система показват, че ако през първия месец ОПЛ са допринесли за 1% от всички поставени дози, а болниците за 77%, то през месец май най-голямото количество ваксини – 40% са поставени от общопрактикуващите лекари, а в болниците са поставени 32%. След включването им в процеса, в последните два месеца от периода поставените от ОПЛ ваксини се изравняват и надвишават дозите ваксини поставените от другите здравни структури.

Като цяло анализът на отделните елементи на ПИМП за периода от 01 март 2020 г. до 31 май 2021 г., показва, че най-големият спад в дейностите на ОПЛ се е състоял в периода март, април и май 2020 г., последван в по-малка степен и основно за профилактичните дейности в периодите на двете големи кризи на разпространение на COVID -19 – ноември-декември 2020 г. и март-април 2021 г. От една страна за това са допринесли действията на правителството за спиране на разпространението на COVID -19, след идентифицирането на първите случаи на вируса в страната, от друга страхът на хората да посещават ОПЛ по време на пиковите на епидемията.

Едновременно с това, при сравнението между двата идентични едногодишни периода не се потвърди изцяло хипотезата за намаляване достъпа до услугите на общопрактикуващите лекари през целия период на разпространението на COVID -19 в страната, защото през всички месеци с по-ниско разпространение на вируса след първия голям локдаун ОПЛ в България са реализирали повече дейности, отколкото през същите месеци в годината преди пандемията.

4.4. Анализ на дейността на специализираната извънболнична помощ

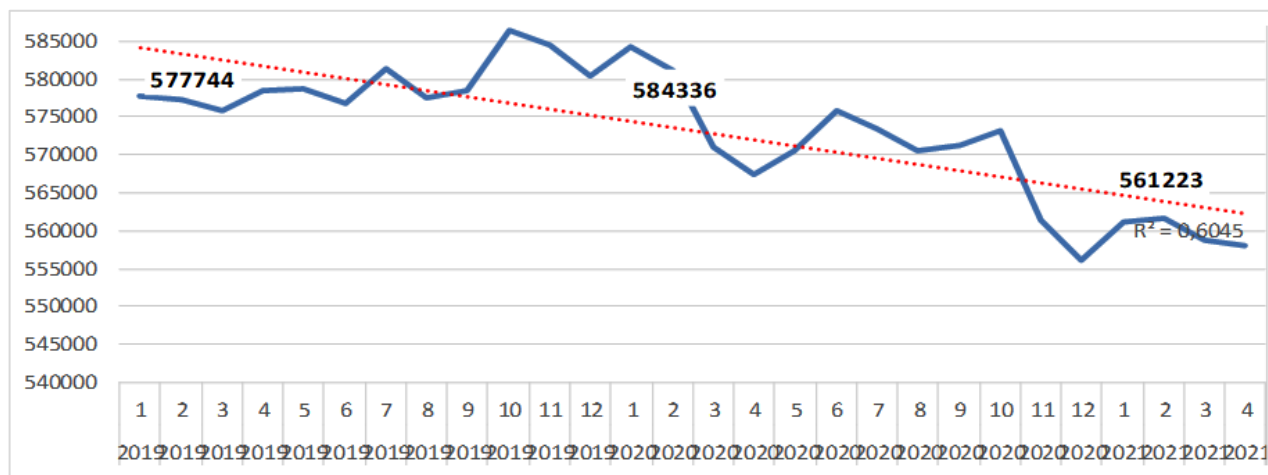
Събрани са данни за извънболничната медицинска помощ от НЗОК, НОИ и РЗИ, като е поставен акцент върху броя на осъществените прегледи на здравноосигурени лица, заплатени от здравната каса, като са разгледани и диспансеризациите по основните класове заболявания, водещи до смърт.

■ Обзор на извършените прегледи и данни за диспансеризациите от СИМП.

Извършен е анализ на амбулаторната работа на всички видове специалисти, работещи в извънболничната помощ и имащи договор с НЗОК. Информацията, предоставена от НЗОК,

включва периода 01.01.2019 – 30.04.2021 г. Наблюдава се тенденция за намаляване на прегледите от специалисти на здравноосигурените лица за изследвания период. На **Фигура 133** са представени обобщени данни за броя на лицата под диспансерно наблюдение в специализираната извънболнична помощ у нас. Прави впечатление, че за периода 01.01.2020-31.12.2021 г. броят на хората с всички хронични болести, проследявани от СИМП, е намалял с около 23 000 души.

Фигура 133. Общ брой пациенти под диспансерно наблюдение



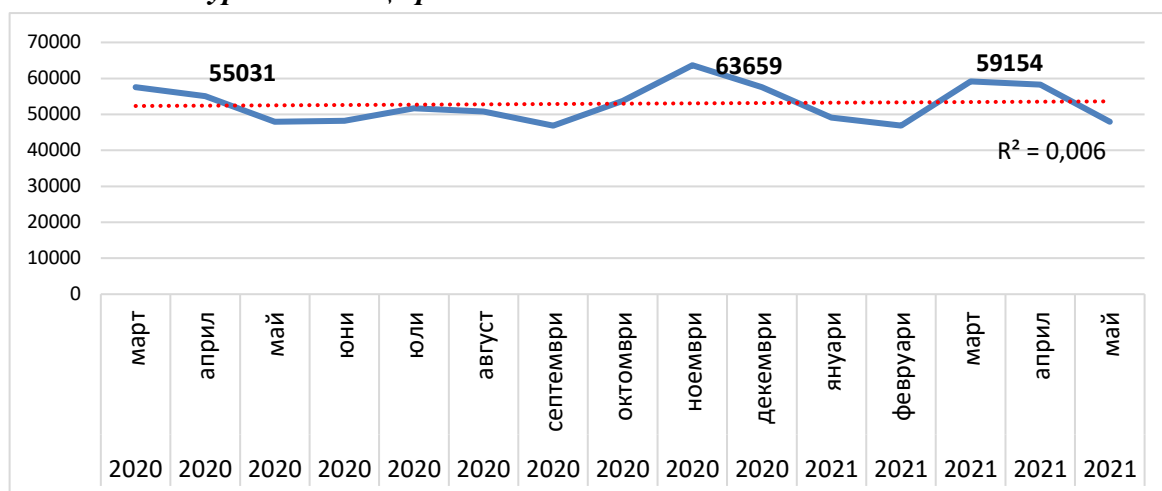
Разпределени по класове заболявания (по МКБ-10), обобщените данни за страната показват следните стойности. За болести на органите на кръвообращението, броят на диспансеризирани случаи през 2020 г. намалява с около 7700 души. За болестите на ендокринната система, разстройства на храненето и обмяната на веществата, данните отчитат намаляване на броя на диспансеризираните пациенти – с около 7200 души. За болестите на дихателната система се установява възходяща тенденция за амбулаторните консултации по време на първата година от пандемията. И при този клас заболявания се отчита редукция в броя на диспансерните случаи с около 5700 души. За онкологичните заболявания данните от НЗОК са само за извършените консултации в амбулаторни условия. Динамична е ситуацията с броя прегледи през 2020-та година, като най-малко прегледи онкологите са осъществили през април и декември 2020 г. За диспансеризираните онкологични случаи НЗОК не предостави данни.

■ **Анализ на данни за диагностика и лечение в домашни условия на пациенти с COVID-19 от специализираната извънболнична медицинска помощ³¹**

На **Фигура 134** се представен общият брой болнични издадени от началото на пандемията до месеца април 2021 г. Важно е да се подчертае, че броят на болничните е относително постоянна величина, за разлика от броя на дните в неработоспособност, оценена от СИМП.

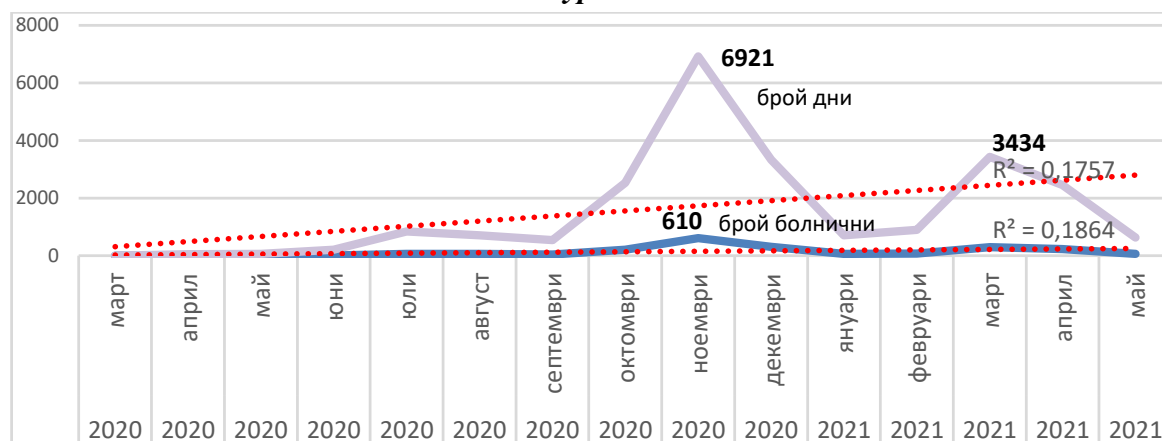
³¹ Данни от НОИ за брой издадени болнични, и брой дни с временна нетрудоспособност

Фигура 134. Общ брой болнични листове издадени от СИМП



Динамиката на издаване на болничните листове на заразени с коронавирус лица, както и дните им с временна неработоспособност е представена на **Фигура 135**.

Фигура 135.



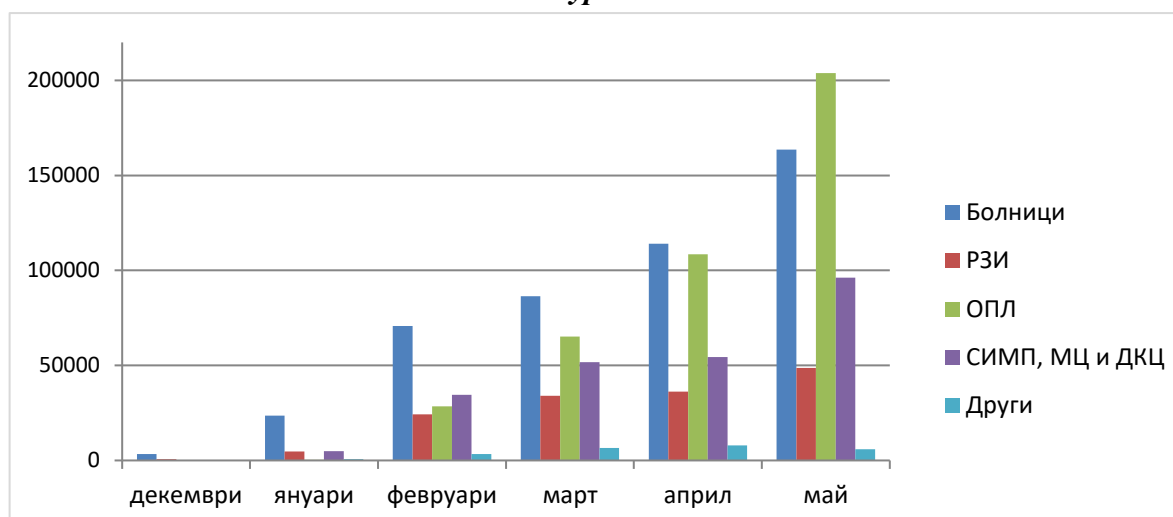
Аналогична е кривата за болничните листове и дните за лица, поставени под карантина. От изнесените данни става ясно, че по отношение на домашното лечение и наблюдение, както и изолацията на контактните лица, специалистите от извънболничната помощ имат относително ниска активност по отношение на положителните за коронавирус пациенти.

■ **Анализ на поставените ваксини от СИМП³²**

Ваксинационният процес у нас започва през декември 2020 г. с доставката на първите одобрени за ЕС ваксини. На следващите графики е показана ваксинационната активност на СИМП в сравнение с болниците, РЗИ, ОПЛ и други места, обявени за ваксинации от правителството. На **Фигура 136** е представен общият брой на поставените ваксини (в абсолютни числа) у нас. Очевидна е повишената активност на специалистите за м. май 2021 г. в сравнение с предходните месеци.

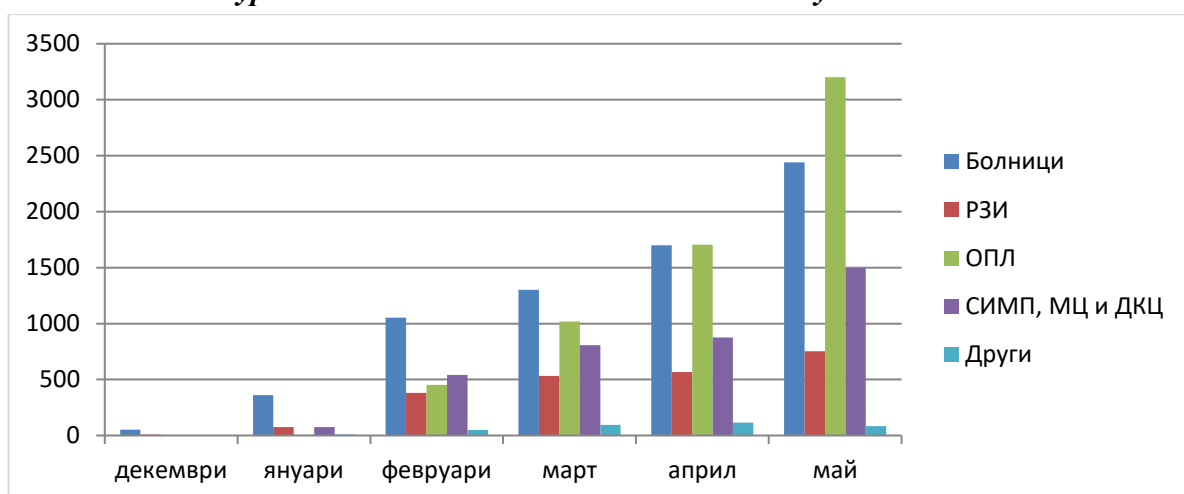
³² Данни, предоставени от РЗИ

Фигура 136.



Изчислено на 100 000 души население, отново се вижда покачващата се роля на ОПЛ и СИМП в България във ваксинационния процес, сравнено с дейността на РЗИ и други места (извън т.нар. „зелени коридори“ в болниците), представени на Фигура 137.

Фигура 137. Поставени ваксини на 100 000 души население



Преизчислени, данните предоставени на НЦОЗА от РЗИ на 100 000 души население и разгледани на ниво региони на планиране в България, става ясно, че ваксинациите основно са дейност най-вече на общопрактикуващите лекари и СИМП. Изключение прави само Югозападният регион на планиране (включващ София (столица) и София област), където болниците са водещи ваксинационни центрове..

Основните изводи от анализа на СИМП през първата година от пандемията и за периода януари – май 2021 г. са, че има два периода на намаляване на дейността. Първият период е март-април 2020 г., а вторият – ноември-декември 2020 г. Има драстично намаляване на броя на диспансеризираните лица от четирите основни групи хронични незаразни болести (на органите на кръвообращението, на дихателната система, на ендокринната система и болести на храносмилателната система). Установява се устойчива тенденция за намаляване броя на лицата под диспансерно наблюдение за сърдечно съдовите, ендокринните, белодробните и неврологичните заболявания. Най-вероятната причина за отпадане от диспансеризация за изброените социално значими заболявания е смърт на диспансеризираните.

Друг важен извод, свързан с ваксинациите, е че въвличането на големите болници с т.нар. „зелени коридори“ не води до покачване на мотивираната ваксинационна активност на гражданите. Основна роля във ваксинационния процес извън Югозападния регион (включващ

София (столица) и София-област) имат в най-голяма степен общопрактикуващите лекари, специалистите в индивидуалните си практики, както и медицинските и диагностично- консултативните центрове.

4.5. Анализ на дейността на лабораториите в страната

Анализът на дейността на лабораториите за медико-диагностични изследвания за COVID-19 за периода март 2020 – май 2021 е извършен въз основа на данните, получени от РЗИ за брой извършени изследвания от лабораториите в и извън лечебните заведения на територията на областта:

- Общ брой на извършените изследвания (PCR и антигенни) за доказване на SARS-CoV-2; от тях – брой на положителните резултати
 - брой на извършените PCR изследвания; от тях – брой на положителните резултати
 - брой на извършените антигенни изследвания; от тях – брой на положителните резултати
- Брой количествени изследвания за антитела срещу SARS-CoV-2;
- Общ брой образни изследвания (рентгенографски и СТ-изследвания) на пациенти с COVID – 19.
 - брой рентгенографски изследвания
 - брой СТ-изследвания

за всяко лечебно заведение/лаборатория, за всяка област, разпределени по месеци за периода март 2020 – май 2021 и по възрастови групи 0-18 г.; 19 -60 г.; 60+ г.

Изграждане на мрежа от лаборатории в България за лабораторни диагностични изследвания за доказване на SARS-CoV-2

Лабораторната диагностиката на SARS-Cov-2 в Р България започва през м. февруари 2020 г. и се извършва първоначално в две лаборатории с RT-PCR метод: Националната референтна лаборатория по „Грип и остри респираторни запоявания“ към НЦЗПБ и Вирусологичната лаборатория към ВМА. И двете лаборатории имат акредитация съгласно БДС EN ISO/IEC 17025:2018. Много скоро започват да се анализират проби и в други лаборатории, като те се обучават и подпомагат от НРЛ към НЦЗПБ. До края на май 2021 г. лабораториите за провеждане на PCR тестване са 118. Официално бързите антигенни тестове се включват в статистиката на Единния информационен портал за COVID-19 със заповед на МЗ № РД-01-724/22.12.2020 г. За потвърждаване на съмнителни резултати се извършват повторни арбитражни анализи в НРЛ към НЦЗПБ. Общият брой на всички лаборатории, извършващи PCR изследвания и антигенни тестове за доказване на SARS-CoV-2, изследвания за антитела срещу SARS-CoV-2 и образни изследвания на пациенти с COVID – 19 в началото на периода е 130, а в края достига до 426.

През м. март 2020 г. СЗО, ECDC и ЕК изготвят препоръки за стратегия на провеждане на лабораторните изследвания за COVID-19, като се оставя всяка държава да взема решения на национално ниво, съобразно спецификите на обстановката в съответната държава. В България първоначално са тествани пътници, пристигащи от високорискови страни със симптоми на остри респираторни заболявания, след което Националният оперативен щаб взе решение да се тестват и пациенти с вирусна инфекция, хоспитализирани в отделенията по инфекциозни заболявания. След диагностицирането на първите случаи на 8 март 2020 г., обхватът на тестването се променя, за да включва и подозрителни случаи, тестват се и близките контактни лица.

Извършени медико-диагностични изследвания в България за доказване на SARS-CoV-2, изследвания за антитела срещу SARS-CoV-2, образни изследвания на пациенти с COVID – 19 за периода март 2020 – 31 май 2021 г.

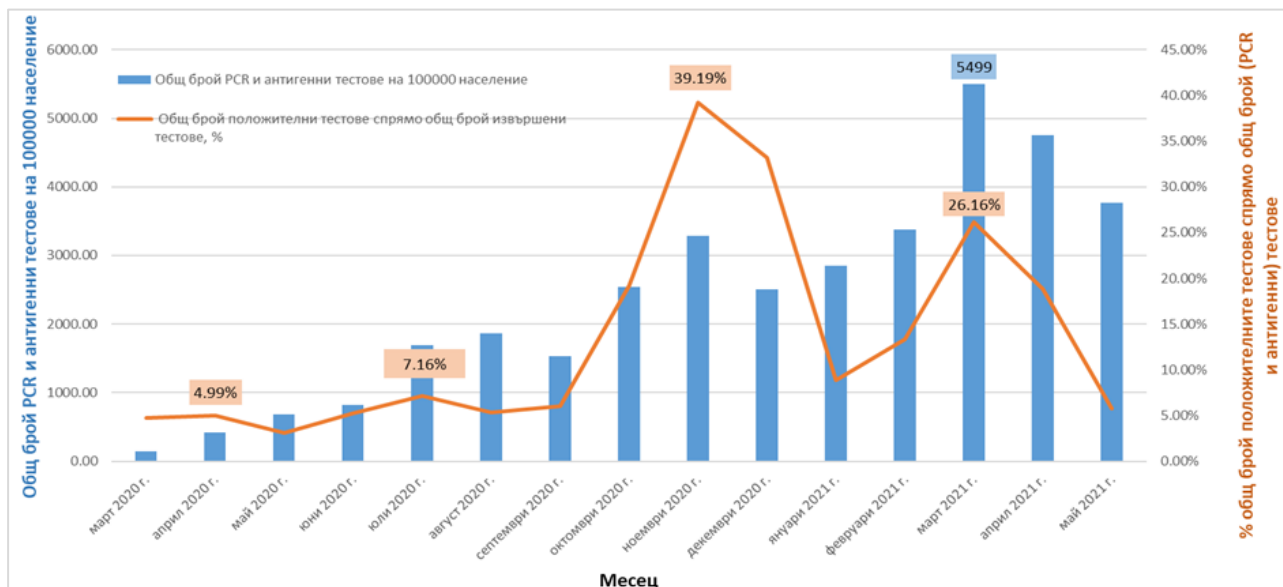
Общо в страната са работили 426 лаборатории: 110 тях са извършвали RT-PCR изследвания, 325 – антигенни тестове, 136 – количествени изследвания за антитела, 404 – образни изследвания на пациенти с COVID-19 (266 – рентгенографски, 138 – СТ-изследвания).

Общият брой на всички проведени изследвания от лабораториите в и извън лечебните заведения за периода е 3763483. От тях 1830845 PCR тестове, 831631 антигенни тестове, 520625 количествени изследвания за антитела, 580382 – образни изследвания на пациенти с COVID – 19 (518037 – рентгенографски, 62345 СТ-изследвания).

Лабораторни изследвания за диагностика на COVID-19 в България по месеци за периода март 2020 г. – май 2021 г.

В началото на периода (м. март – м. май) провежданите в страната тестове за лабораторна диагностика на COVID-19 нарастват постепенно, извършвани са основно PCR изследвания. В периода октомври – януари общият брой на проведените тестове на месечна база достига до 3285/100000 население, започва да се наблюдава стръмно нарастване в относителния дял на положителните проби, като в месеците ноември-декември (“първата вълна”) той достига до 39,2% на месечна база, което потвърждава увеличаването на интензивността на епидемичния процес, свързан с COVID-19. В следващия период януари – май броят на провежданите тестове продължава да е висок (достига до 5500 на 100000 население през м. март), което говори за информираност и за осъзнаване от страна на населението на сериозността на заболяването и отговорността към близките им, поради което при налични симптоми за COVID-19 се правят тестове за доказване. Процентът на положителните тестове също нараства след януари (когато учениците започват присъствено обучение), като достига своя пик (26,2%) през м. март и леко спада през април (“втората вълна” март-април, ясно очертана на графиката), а през м. май вече слиза до нивата от септември. При втората епидемична вълна относителният дял на положителните проби за COVID -19 е около 1,5 пъти по-нисък от първата, което отразява и влиянието на започналата през м. януари ваксинация на рискови групи от населението (Фигура 138).

Фигура 138. Лабораторна диагностика на COVID-19 (% положителни тестове и брой извършени PCR и бързи антигенни тестове на 100 000 население) за периода март 2020 г. – май 2021 г. (по данни от РЗИ)



Нарастването на броя на лабораториите, компетентни и определени да извършват специализирани изследвания за доказване на SARS-CoV-2, също има отношение към нарастващия брой изследвания. В периодите на “вълните” вероятно бройката на извършените изследвания щеше да е още по-голяма, ако не беше високата цена на PCR тестовете. За разлика от други европейски страни, където изследването е напълно безплатно (напр. Франция – напълно

безплатно, Австрия – два пъти седмично безплатен антигенен тест), в България то се заплаща основно от пациента.

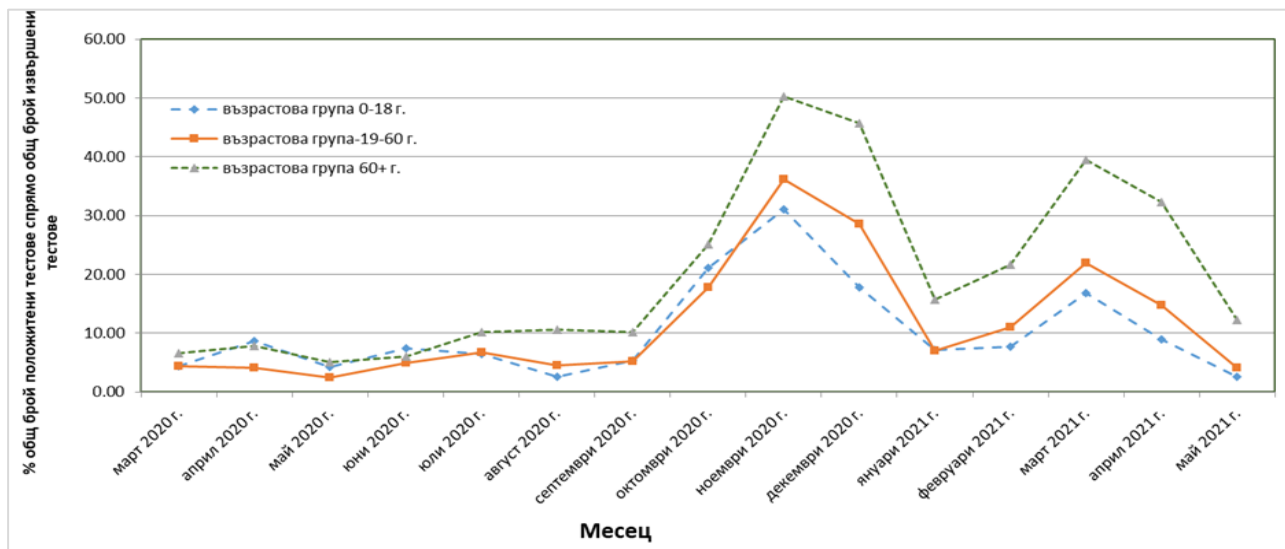
Количественото определяне на антитела от лабораториите е започнало още през м. март 2020 г. – 987 извършени изследвания, когато в България епидемията е съвсем в началото; през април нарастват десетократно до 9244 бр. Най-голям брой тестове за антитела са отчетени през март 2021 г. – 85328 бр. и април 2021 г. – 83016 бр. В този период ваксинацията вече е в ход и много от преболелите или ваксинирани лица си правят тези изследвания информативно.

Още в началото на епидемията – м. март 2020 г., образните изследвания (рентгенографии и СТ на бели дробове) на пациенти с COVID-19 са 16690, за сравнение общият брой на направените PCR и бързи антигенни тестове за диагностика на SARS-CoV-2 е 10556. Подадените данни най-вероятно представят общия брой на образните изследвания, направени в съответния месец, без връзка с диагнозата COVID-19. Голямото увеличение на броя им през ноември (84834) и декември (80785), както и през март (83050) и април (77552), вероятно вече е свързано и със заболяването. В началото на пандемията образната диагностика е възможно да е била използвана за диагностика на пациенти със симптоми в областите, където все още не е имало лаборатории за тестване на SARS-CoV-2.

Разпределение по възрастови групи на извършените тестове за COVID-19 в България за периода март 2020 г. – май 2021 г.

Предвид масовото разпространение на COVID-19 на територията на страната, положителни резултати от приложените диагностични тестове за SARS-CoV-2 се отчитат във всички възрасти. Относителният им дял е най-голям в групата на възрастните хора над 60 г. – средно за периода той е 27,7%, следва групата 19-60 г. с 14,9%, най-малко е при децата 0-18 г – 10,3%. В периода март-септември 2020 г. процентът на положителни проби се движи в диапазона 2,5-10% за всички възрастови групи. От октомври започва рязко покачване (Фигура 139) – първата вълна, за да достигне пик през ноември, най-силно изразен при групата 60+ г. – положителни са 50,2% от резултатите, през декември – 45%. Ходът на кривите при другите две възрастови групи следва същата тенденция. След спад в относителния дял на положителните тестове при децата към края на годината, от м. февруари, със започване на присъствените учебни занятия, стартира отново нарастване на броя на потвърдените случаи. Това увеличение се наблюдава и във възрастовите групи 19-60 г. и 60+ г. Максимумът се достига през март 2021 г. – 16,77% в групата 0-18 г., 21,91% във възрастта 19-60 г., като най-висок е относителният дял на положителните тестове при възрастовата група над 60 г. – 39,5% (втората вълна – март-април 2021 г.).

Фигура 139. Относителен дял на положителните тестове за COVID-19 в България за периода март 2020 г. – май 2021 г. – по възрастови групи (по данни от РЗИ)



България разполага със задоволителен брой диагностични лаборатории, снабдени с необходимите технически средства и експертен капацитет за осъществяване както на диагностични изследвания с амплификация на нуклеинови киселини (PT-qPCR), така и имунологични изследвания за установяване на антигени и антитела за SARS-CoV-2. Въпреки това, по отношение на RT-qPCR тестването, България все още изостава от много европейски страни.

НРЛ по „Грип и остри респираторни заболявания“ към НЦЗПБ осигурява методична помощ и обучение на всички лаборатории, извършващи диагностика на SARS-CoV-2, както и външен контрол чрез междулабораторни сравнителни изпитвания.

Извършените в страната тестове за лабораторна диагностика на COVID-19 от март 2020 г. до май 2021 г. отразяват тенденциите в развитието на епидемичната обстановка. Промените в общия им брой, както и в относителния дял на положителните проби, очертават много ясно двете вълни на епидемията.

Специализираните изследвания за SARS-CoV-2 кореспондират с развитието и флукуациите в интензивността на епидемичния процес, свързан с COVID-19, при всички възрастови групи и показват ръст в заболяемостта при децата и при лицата над 60 г. при втората спрямо първата епидемична вълна.

Високата цена на RT-qPCR тестовете се отразява на общия брой извършени специализирани изследвания за диагностициране на SARS-CoV-2. За разлика от други европейски страни, където се прилагат политики за държавно финансиране на тестване на населението, в България в голямата си част изследванията са заплащани от пациента.

4.6. Анализ на дейността на болничната помощ

Болничната помощ, като част от системата на здравеопазването в България, не беше подготвена за пандемията COVID-19. Пандемията разкри слабости в системата на болничната помощ, които са известни от години, но сега се проявиха отново.

По данни на НСИ и НЦОЗА, към 31.12.2019 г. броят на леглата в болниците е 51 776, а осигуреността на 10 000 души с болнични легла е 74,5. Към 31.12.2020 г. броят на болничните легла е 51 991, а осигуреността на 10 000 души е 75,2. По-добрия показател за осигуреност е резултат едновременно от нарастването на броя на болничните легла и на намаляването на броя на населението.

В началото на пандемията (първият доказан случай е от 08.03.2020 г.) Министерството на здравеопазването издава Заповед РД-01-121/11.03.2020 г., в която се разпорежда на РЗИ да предприемат мерки за реорганизиране и увеличаване на наличния леглови фонд за гарантиране на прием и лечение на случаите на COVID-19. По-късно МЗ издава Заповед РД-01-159/27.03.2020 г., в която в Приложения от 1 до 4 са описани броя на леглата за лечение и наблюдение на неусложнени пациенти, леглата за интензивно лечение на пациенти с COVID-19, както и препоръчителните изисквания за разкриване на инфекциозна структура за приемане на неусложнени случаи на COVID-19 и препоръчителни изисквания за интензивно лечение. В изпълнение на цитираната Заповед и в процеса на подготовка за посрещане на случаите с COVID-19, болниците започват да трансформират легла, в началото основно в отделенията по инфекциозни и вътрешни болести. Съгласно Заповедта, болничните би следвало да разкрият 7 391 легла за неусложнени пациенти и 1 324 легла за интензивно лечение. На по-късен етап и с оглед на усложнената епидемична обстановка, болниците трансформират легла от всички налични, свободни отделения, като през декември, 2020 г., леглата за неусложнени пациенти достигат 10 670 броя, а за интензивно лечение – 800.

Хоспитализациите в България за 2020 г. бележат значим спад спрямо същия показател за 2019 година. Като цяло те намаляват с 621 786, въпреки хоспитализираните с COVID-19, което като дял представлява намаление с 25,8%. Намаление се наблюдава при хоспитализациите във всички класове болести, но най-значимо е намалението в Клас IX, Болести на органите на кръвообращението – 91 990 по-малко хоспитализирани, Клас X, Болести на дихателната

система – 81 381 по-малко хоспитализирани, Клас II, Новообразувания – 66 667 по-малко хоспитализирани, Клас XI, Болести на храносмилателната система – 47 467 по-малко хоспитализирани и т.н.

Структурата на хоспитализациите през 2020 г. се запазва сходна на структурата през 2019 година. Въпреки намаляването на хоспитализациите като абсолютни стойности, като дял, най-често са хоспитализирани пациенти със заболявания на органите на кръвообращението – 13,2% от всички преминали болни; със заболявания на храносмилателната система – 9,8%; със заболявания на дихателната система – 8,3%; с новообразувания – 5,9%. Трябва да се отбележи, че болните, хоспитализирани с COVID-19 през 2020 г. са само 3% от структурата на хоспитализациите.

Друга характерна особеност за хоспитализациите и тяхното изменение от началото на 2020 г. е, че нивата на хоспитализации по месеци остават по-ниски от тези през месец февруари, 2020 г. – последния без COVID-19. Обяснение може да се търси в трансформирането на болнични легла от различните клиники и отделения в легла за лечение на пациенти с COVID-19. Друго възможно обяснение е спирането на плановия прием в ЛЗБП в изпълнение на разпоредбите за спазване на протиепидемичните мерки, а вероятно има и психологически аргументи за отлагане на хоспитализациите.

Хоспитализациите с диагноза COVID-19 започват през месец април 2020 г., въпреки, че първите случаи в България бяха потвърдени през месец март. Това несъответствие се дължи на факта, че към месец март все още нямаше код за кодиране на случаите, а този код се генерира от СЗО в допълнение и разширение на МКБ – X-та ревизия. В периода април-септември броят на хоспитализираните се колебае, но може да се твърди, че тренда е нарастващ. Тези относително малко хоспитализации дадоха на здравните власти шест месеца за подготовка и адаптиране на болничната система за евентуалното /и очаквано!/ нарастване на броя на доказаните случаи, съответно на хоспитализациите. В края на месец октомври случаите са били над 4 000, като те са предшественик на първата вълна на заразени с COVID-19 – в следващите две месеца случаите са в порядъка 20 000-25 000.

Анализът на средния престой на хоспитализираните с COVID-19 разкрива интересна особеност. Характерното е, че в началните месеци на инфекцията, средния престой е бил висок, например, през месец май, 2020, при 545 хоспитализирани, средния престой е бил 14,3 дни, през юни, при 492 хоспитализирани – среден престой 12,8 дни, дори преди първата вълна, при 1 710 хоспитализирани през октомври, средния престой е бил 12,3 дни. В месеците на първата вълна обаче, средния престой намалява до 8,5 дни през ноември и 9,4 дни през декември. За съжаление, изводите са, че намаления болничен престой е по-скоро следствие на повишения брой умирения в ЛЗБП, отколкото на ефективно лечение. За месеците ноември и декември в болници са починали по над 3 000 души на месец.

През 2020 г. се наблюдава привидно намаление в болничната смъртност, сравнена с 2019 година, но без да се има предвид новия клас болести – „Клас XXII, Кодове за специални случаи (COVID-19)“. През 2020 г. в болниците са отчетени 25 134 починали, докато през 2019 година починалите са били 29 629. Това представлява намаление в абсолютна стойност с 4 495 души, а като процент намалението е с 15,2%. Когато се добавят данните за починалите с диагноза COVID-19 числата се променят значително. С диагноза COVID-19 в лечебните заведения за болнична помощ през 2020 г. са били отчетени 7 674 починали пациенти. Това превръща 2020 в година с повече умирения в болниците, сравнена с 2019 година. Като абсолютно число смъртността в болниците през 2020 г. надвишава 2019 година с 3 179 починали, а като процент нараства с 10,7%. Може да се твърди, че получените числа са изцяло производни на починалите с диагноза COVID-19 в болниците.

Основни констатации:

- Системата на болничната помощ се оказва не съвсем подготвена за пандемията от COVID-19 от началото на 2020 г.;
- Здравните власти са положили усилия за реакция съобразно обстановката, специално в частта за реструктуриране на болничните структури;

- Не беше оползотворено добре времето от март до септември за предприемане на по-адекватни мерки и действия, с оглед очакваната ескалация на епидемията през есенните и зимни месеци;
- Хоспитализациите намаляват с над 25% през 2020 г., спрямо 2019 година;
- В част от областите, поради първоначална ниска осигуреност на населението с легла, се стига до ситуация, в която на почти половината налични болнични легла се лекуват болни с COVID-19;
- Най-много умирация през 2020 г. в ЛЗБП са били по клас XXII, Кодове за специални случаи (COVID-19).

4.7. Анализ и оценка на прилаганите общи противоепидемични мерки

С Решение от 13.03.2020 г. на Народното събрание на Република България е обявено извънредно положение във връзка с разпространението на COVID-19, а от 14.05.2020 г. извънредна епидемична обстановка. В зависимост от развитието на епидемичната обстановка поетапно се въвеждат противоепидемични мерки в съответствие с препоръките на СЗО и европейските структури.

Введените противоепидемични мерки условно могат да се разделят в следните категории:

1. Противоепидемични мерки, свързани с влизането на територията на страната, респ. осъществяването на граничния здравен контрол, като разкрити временни звена на граничен здравен контрол; забрана за навлизането на територията на страната на лица от редица страни в Европа и Азия, с изключение на български граждани, членове на техните семейства и лица със статут на постоянно и продължително пребиваване на територията на Р България; поставяне под карантина; регламентирано транзитно преминаване през страната.

2. Противоепидемични мерки на работното място, които са задължителни за прилагане от всички работодатели, в зависимост от особеностите и възможностите на съответната трудова дейност. Въвежда се дистанционна работа, а когато това не е възможно, работодателите трябва да организират въвеждането на засилени противоепидемични мерки в работните помещения, организиране на филтър за недопускане на лица с признаци на остри инфекциозни заболявания, дезинфекция и проветряване, осигуряване на физическа дистанция, осигуряване на лични предпазни средства на персонала в зависимост от спецификата на работа и оценката на риска на работното място, носене на защитна маска за лице за еднократна или многократна употреба или друго средство, покриващо носа и устата в закрити обществени места, осигуряване на инстуктаж на персонала и др.

Прилаганите у нас мерки са в съответствие с по-късно публикуваните насоки на ЕС „COVID-19: Завръщане на работното място – Адаптиране на работните места и защита на работещите“.

3. Противоепидемични мерки, въведени на територията на страната, които включват: ограничения за събиране на максимален брой лица на обществени места; изисквания за спазване на физическа дистанция; ограничения за присъствено обучение в началното, основното, средното и висшето образование; преустановяване посещенията в ясли и детски градини; изисквания за ползване на защитни маски за лице на открити и в закрити обществени места; преустановяване на дейността на спортните обекти, питейни и хранителни заведения, търговски обекти за нехранителни стоки и на масовите мероприятия (културно-развлекателни, научни, спортни и др.); преустановяване на профилактичните прегледи, приема и провеждането на планова оперативна дейност, детските и женските консултации, свижданията в лечебните заведения; преустановяване ползването (или въвеждане на ограничения при ползването) на градски паркове и градини.

Контролът за спазване на противоепидемичните мерки срещу разпространението на SARS-CoV-2 (COVID-19) е провеждан със съдействието на държавния здравен контрол (ДЗК).

Резултатите от проверките и установените нарушения от предоставилите данни 27 РЗИ в страната са обобщени за две групи мерки:

- преустановяване или ограничаване на дейността на питейни и хранителни заведения, спортни клубове и фитнеси, преустановяване на масови мероприятия;
- ползване на защитна маска за лице в закрити обществени места, търговски обекти, обществени транспортни средства и др.

По отношение на първата мярка най-голям е броят на нарушенията в периода януари-април 2021 г., а най-нисък е дялът им в началото на извънредното положение/извънредната епидемична обстановка (март-юни 2020 г.). По втората мярка най-голям брой нарушения се отбелязва през юли и октомври 2020 г., а най-нисък е дялът на регистрираните от РЗИ нарушения през месеците март 2020 г. и май 2021 г.

През 2020 г. 46% от всички проверки (37145 броя) на Изпълнителна агенция Главна инспекция по труда (ИА ГИТ) се установява, че като цяло работодателите изпълняват ангажиментите си съгласно трудовото законодателство за опазване живота и здравето на работещите.

Анализ на профилактичните дейности, свързани с COVID-19 – ваксинационен план, снабдяване и осигуряване с ваксини и решения на Националния ваксинационен щаб

През 2020 г. са осъществени първите дейности, свързани с COVID-19 ваксинацията, като важен етап от справянето с кризата.

Условие за прилагане на разработените ваксини е те да са разрешени за пускане на пазара в Европейския съюз. Доставка на ваксини срещу COVID-19 се осигурява чрез Споразумение, одобрено с Решение № 491 на Министерския съвет от 2020 г. и ратифицирано със Закон за ратифициране на Споразумението (Обн., ДВ, бр. 71 от 11.08.2020 г.).

На 07.12.2020 г., с Решение № 896 на Министерския съвет, е приет Националният план за ваксиниране срещу COVID-19 (НПВ). За координация и контрол на изпълнението му е създаден Национален ваксинационен щаб и е определен неговият състав.

НПВ представя ключови компоненти за ваксинация срещу COVID-19 и описва процеса на осигуряване, прилагане, мониторинг и оценка на ваксинирането на населението в България. Редът на обхващане с първите доставки на ваксина е предвиден в няколко фази, съобразно риска от инфектиране и необходимостта от поддържане на критичните структури за функциониране на обществото:

Фаза I: Медицински персонал на лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, медицински специалисти по здравни грижи, лекари по дентална медицина, фармацевти, помощник фармацевти и друг помощен персонал.

Фаза II: Потребители и персонал на социални институции, педагогически специалисти и персонал на ферми за отглеждане на норки.

Фаза III: Служители, участващи в поддържане на функционирането на основни за обществения живот дейности.

Фаза IV: Възрастни хора на и над 65-годишна възраст и лица с придружаващи хронични заболявания поради по-тежкото протичане на заболяването и по-високият риск от развитие на усложнения и смъртен изход, в т.ч. имунокомпрометирани или лица с вторични имунни дефицити.

Фаза V: Уязвими групи от населението поради високия епидемиологичен риск от инфектиране, свързан с условията и начина им на живот.

Имунизационната кампанията стартира на 27.12.2020 г. на територията на цялата страна (Заповед № РД-01-726/23.12.2020 г.). Организира се на регионално ниво от РЗИ. Имунизациите се извършват от лекари в лечебни заведения за болнична и извън болнична медицинска помощ, РЗИ; от лекари в специализирани структури на МВР и МО, както и създадени за целта имунизационни мобилни екипи. Уговорено е, че при необходимост в екипите могат да се включат медицински специалисти от централните за спешна медицинска помощ и здравните кабинети в детските градини и училищата или от други лечебни заведения. Приоритетно

започва с обхващане на лица от целевите групи, определени с фази I-V на НПВ, като имунизацията срещу COVID-19 е препоръчителна и безплатна и се поставя по желание. Вписването на извършените имунизации е по реда на Наредба № 15/2005 г. за имунизациите в Р България и в електронен имунизационен регистър, поддържан като модул на Национална информационна система за борба с COVID-19.

По решение на Европейската комисия ваксинацията срещу COVID-19 в страните-членки започва с ограничени количества ваксини. В България първите количества от ваксината Pfizer/BioNTech Comirnaty пристигат на 26.12.2020 г., след разрешение за употреба в ЕС от 21.12.2020 г.

Доставките на по-късно разрешените други три ваксини започват през 2021 г. Като цяло, през 2021 г. се отбелязва и по-голяма динамика в доставката на ваксини и процеса на ваксинация.

На национално ниво е създадена организация за провеждане на ваксинационния процес чрез приемане на Национален план за ваксиниране срещу COVID-19 и формиране на Национален ваксинационен щаб за координация и контрол на неговото изпълнение.

Определени са фази за приоритетно ваксиниране и рискови групи, като при изпълнението на ваксинационния процес те са адаптирани в съответствие с конкретните потребности и обстановка.

Осигуряването на ваксини в България стартира веднага след получаване на разрешение от съответните европейски структури.

Разпределението на ваксините се определя централно, като имунизационната кампания срещу COVID-19 се организирана на регионално ниво от РЗИ.

Ваксинационният процес стартира с обхващане на лицата от целевите групи от фаза I на Плана, с първоначален приоритет на медицинския персонал от първа линия, продължава поетапно и при целевите групи на фаза I – V, като при изразено желание и наличие на ваксини се допуска и ваксиниране на лица извън тях.

5. ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПРОЕКТИ, ФИНАНСИРАНИ С ЕВРОПЕЙСКИ ФОНДОВЕ И ДРУГИ МЕЖДУНАРОДНИ ФИНАНСОВИ ИЗТОЧНИЦИ

За постигане целите на Националната здравна стратегия 2020, в периода 01.01.2020 – 31.12.2020 г. в Министерството на здравеопазването са управлявани и изпълнявани голям обем от дейности по проекти, финансирани със средства от Европейските структурни и инвестиционни фондове. Част от проектите в подкрепа на политиките за здраве, реализирали напредък през 2020 г., са:

Проект „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ”, финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж” 2014-2020 г.

Основната цел на проекта е обновяване и модернизация на сградния фонд и оборудването в системата на спешната помощ на територията на цялата страна – спешните отделения на 34 лечебни заведения за болнична помощ, 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и разкритите към тях 170 филиали (ФСМП) и 6 изнесени екипа. С изпълнението на проекта ще бъде осигурен качествен, равнопоставен и навременен достъп до услугите на спешна медицинска помощ (СМП) на гражданите на Република България и пребиваващи на нейната територия в изпълнение на стратегическите насоки и цели на Националната здравна стратегия 2020, Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014-2020 г. и Националната здравна карта.

В изпълнение на проектните дейности, през 2020 г. са извършени доставки на 148 броя медицинските превозни средства (линейки) тип В, тип С и тип В със задвижване 4x4, окомплектовани с необходимото оборудване. Сключени са няколко договора за изпълнение на строително-монтажни работи, осъществяване на авторски и строителен надзор. Изпълнени са три договора за доставка на медицинско оборудване, медицинска апаратура и хладилници.

Проект „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“, финансиран в рамките на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г.

Основната цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, чрез инвестиции в човешкия капитал. В изпълнение на дейностите по проекта, в периода 01.01.2020 – 31.12.2020 г. в изпълнение на ключовата по проекта дейност 6 „Провеждане на обучения: първоначални и периодични на персонала от ЦСМП и спешните отделения“, успешно преминали обучения са 960 служители от всички центрове за спешна помощ на територията на страната. Поради настъпилата пандемия от коронавирус, обученията бяха временно преустановени в периода 09.03-31.12.2020 г. Сключен бе договор и бяха доставени 100 бр. нови компютърни конфигурации за нуждите на филиалите към централите за спешна медицинска помощ.

Проект „Специализация в здравеопазването”, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г.

Основна цел на проекта е да подпомогне повишаването на професионалния капацитет на обучаващите се специализанти и осигуряването на по-качествени здравни услуги. Специфичните цели са подобряване достъпа на специализанти за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (лекари-специализанти, лекари по дентална медицина -специализанти, специализиращи медицински сестри и акушерки) и разширяване възможностите за повишаване на знанията и уменията им. Основните дейности са свързани със заплащане на таксите за теоретично и практическо обучение на специализантите и предоставяне на стипендии в размер на две минимални работни заплати на месец за лица без доходи. Кандидатстването за финансиране се реализира чрез интернет сайта на проекта www.specializanti-mh.info. От стартирането на проекта до края на 2020 г. са сключени приблизително 348 договора за финансиране на обучение за придобиване на специалност по проекта с одобрените специализанти съобразно процедурата за подбор.

Проекти „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания” и „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания – 2”, финансирани в рамките на Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020 г.

Проектите целят подобряване на регионалната социална инфраструктура във връзка с процеса на деинституционализация на деца, чрез изграждане на инфраструктура за резидентни интегрирани здравно-социални услуги в общността, осигуряващи условия за замяна на институционалната грижа за децата с увреждания с отглеждане в среда близка до семейната, съобразена със специфичните им потребности. С осигуреното финансиране по проектите ще бъдат изградени общо 20 Центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи и 6 Центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с високо-рискново поведение и потребност от специални здравни грижи.

През 2020 г. проектите са в етап на изпълнение, като са избрани по-голямата част от изпълнителите на дейностите по инженеринг (проектиране, строителство, авторски надзор). Поетапно се получават разрешения за строеж за отделните обекти, като за 7 от центровете са разкрити строителни площадки.

Проект „Патронажна грижа за възрастни хора и лица с увреждания – Компонент 1” в рамките на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г.

Целта на проекта е да подобри качеството на живот и възможностите за социално включване на хората с увреждания и възрастните хора, чрез осигуряване на мрежа от услуги в домашна среда и изграждане на подходящ капацитет за предоставянето им чрез въвеждане на модел за патронажни грижи за възрастни хора и лица с увреждания, вкл. с хронични заболявания и трайни увреждания за осигуряване на почасови мобилни интегрирани здравно-социални услуги в техните домове.

В рамките на проекта се разработи програма за специфично обучение на медицинските специалисти и специалистите в областта на социалните услуги, които предоставят патронажните грижи и методика за предоставяне на патронажната грижа, чрез която се дават единни указания на предоставящите услугите общини. Разработени са и стандарти за качество на услугата. Експерти от регионалните здравни инспекции извършват ежемесечен мониторинг на процеса на обучение и супервизия на предоставянето на услугата с цел ефективно използване на ресурсите. Понастоящем са направени над 2000 супервизии на територията на цялата страна. Изпълнението на тези дейности допринася за предоставяне на нов вид интегрирани здравно-социални услуги за дългосрочна грижа в общността, който да са с необходимото качество и достъпност, както и спомага за процеса на деинституционализация на грижата за хората с увреждания и възрастните хора.

Проект „Доизграждане на националната здравна информационна система – етап 1 и етап 2“, финансиран от Оперативна програма „Добро управление“ 2014 -2020 г.

Целта на проекта е интеграцията и обвързване на процесите в здравеопазването в единна система с възможност за обмен и контрол на информацията в реално време, включваща електронен здравен запис, електронна рецепта, електронно направление, електронна автентификация, регистри на основните участници в системата на здравеопазването и обвързаност между тях. Интеграцията е от изключителна важност и за подобряването на дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването.

Предвид обстоятелството, че управлението на процесите по обмен на медицински данни и на здравна информация, се оказва ключово в условията на епидемичната обстановка в страната, спешното изграждане на интегрирана Национална здравна информационна система (НЗИС), беше определено като един от основните приоритети за Министерството на здравеопазването през 2020 г. В тази връзка, дейностите свързани с изграждането на НЗИС, бяха възложени максимално бързо. С Постановление на Министерския съвет № 159 от 23 юли 2020 г.

беше решено финансирането на възложените дейности да се осъществява от държавния бюджет. Съгласно приетите насоки, дейностите предвидени за изпълнение в проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“ попадат в обхвата на системната интеграция и в съответствие с изменението на Закона за електронно управление, бяха възложени за изпълнение на „Информационно обслужване“ АД.

Проект „Подобряване мониторинга на качеството на питейните води“, финансиран по Оперативна програма „Околна среда“ 2014-2020 г.

В изпълнение на проекта през 2020 г. бе обявена обществена поръчка за закупуване на нова лабораторна апаратура за извършване на химичен и радиологичен анализ на питейните води. Стартирала е работата по изготвянето на документации за провеждане на обществена поръчка за избор на изпълнител, който да разработи специализирания лабораторен софтуер за нуждите на структурите от системата на националния здравен контрол.

Проект „Борба с COVID-19“, финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020 г.

Основната цел на проекта е подобряване капацитета на обществените здравни институции за справяне със заплахата от COVID-19. За постигането на целта ще бъдат изпълнени следните специфични цели: осигуряване на апаратурна обезпеченост за повишаване капацитета на лечебни заведения за болнична помощ с над 50% държавно участие в капитала за лечение на болни с COVID-19, чрез доставка на апарати за инвазивна дихателна вентилация; осигуряване на диагностикуми за първична и потвърдителна диагностика за повишаване капацитета на лечебните заведения за болнична помощ за лечение на болни с COVID-19; осигуряване на лични предпазни средства – маски, еднократни гащеризони, антибактериални гащеризони, ръкавици, очила и калцуни за медицинския и немедицинския персонал, който е на първа линия в борбата с болестта – служители на лечебни заведения за болнична помощ, регионални здравни инспекции, центрове за спешна медицинска помощ и техните филиали, лаборатории и Националния център по заразни и паразитни болести. В изпълнение на дейностите по проекта, Министерството на здравеопазването закупи и достави за нуждите на лечебните заведения за болнична помощ в страната 453 бр. респиратори за инвазивна и неинвазивна вентилация, лабораторно оборудване за нуждите на Националния център по заразни и паразитни болести, диагностикуми за първична и потвърдителна диагностика на COVID-19, за нуждите на медицинския и немедицинския персонал, който е на първа линия в борбата с болестта – маски, еднократни гащеризони, антибактериални гащеризони, ръкавици, очила, калцуни и дезинфектанти.

Проект „Подкрепа на работещи в системата на здравеопазването в условия на заплахата за общественото здраве от COVID-19“, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г.

Основната цел на проекта е превенция и подкрепа на медицинския и немедицинския персонал, който посреща първи предизвикателствата на глобалната пандемична криза, свързана с разпространението на заболяването COVID-19 чрез осигуряване на допълнително възнаграждение и лични предпазни средства. В изпълнение на проекта през отчетния период са изплатени брутни възнаграждения и дължими осигуровки за сметка на работодателя, осигуряващо нетно месечно допълнително възнаграждение от 1 000 лв. на медицинския и немедицинския персонал, пряко зает с дейности по наблюдение, диагностика и лечение на пациенти с доказан Коронавирус в лечебните заведения за болнична помощ, държавните психиатрични болници, центрове за спешна медицинска помощ в цялата страна, лабораториите, регионалните здравни инспекции и служителите на Националния център по заразни и паразитни болести, работили за провеждане на лабораторни изследвания и потвърждение на COVID – 19. Допълнителни възнаграждения са получили и здравните медиатори, извършвали активна ра-

бота на първа линия в условията на развиваща се пандемия от COVID-19 на засегнатото население на територията на съответната община. За осигуряване на безопасни условия на труд за превенция и лечение на COVID-19, по проекта са доставени индивидуални средства за защита в здравните структури във всички области на страната.

Проект “Осигуряване на въздушни превозни средства за реакция при спешни медицински състояния”, финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж” 2014-2020 г.”

Основната цел на проекта е въвеждане на най-добрите европейски практики за предоставяне на спешна медицинска помощ на нуждаещите се лица, чрез осигуряване на въздушен медицински транспорт. В резултат от проекта ще бъде закупен медицински хеликоптер, осигурен с необходимото оборудване и апаратура за нуждите на спешната медицинска помощ. В изпълнение на проекта ще бъде въведена за първи път в България 24 часова услуга по осигуряването на въздушен транспорт на пациенти в спешни състояния до приемно лечебно заведение, както и за нуждите на развитието на трансплантацията в страната.

Проект „Повишаване ефективността на провежданата политика по опазване на общественото здраве“, финансиран по Оперативна програма „Добро управление“ 2014-2020 г.

Основната цел на проекта е подобряване на специализираните знания и умения на служителите от регионалните здравни инспекции при упражняване на държавен здравен контрол и промоция и профилактика на болестите на територията на Република България. С реализирането на проекта се повишава ефективността на провеждания държавен здравен контрол и експертизата, извършвани от регионалните здравни инспекции. В рамките на планираните обучения са представени най-добрите практики, настъпилите изменения в европейското и националното законодателство, както и са проведени практически обучения за работа с информационни системи на Европейската комисия (ICSMS, RAPEX и др.), за прилагане на методи за определяне на имунизационно покритие, за анализ на взривове, надграждащо обучение за провеждане на изследване и консултиране за ХИВ, повишаване на знанията за превенцията и контрола на туберкулозата и за организиране на информационни кампании, за повишаване компетентността на експертите в консултирането за мотивиране и отказването от тютюнопушене, за ограничаване на здравния риск от злоупотребата с алкохол и др.

6. ОЦЕНКА ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

Национална здравна стратегия 2020 е приета с Решение на 43-то Народно събрание на 17 декември 2015 г. Тя е стратегическата рамка на политиката за здравеопазване, която е в съответствие с ангажиментите на България на европейско и международно ниво, но въплъщава и стремежа на държавата за избор на национален път за развитие на системата на здравеопазване.

Стратегията е основана на схващането, че доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност. Здравето има решаващо значение за намаляване на бедността като същевременно допринася за устойчивото развитие и се възползва от него. Най-важното – доброто здраве, вече не може да се разглежда като резултат от дейността на един единствен сектор – здравеопазването. Устойчивите и еднакво достъпни подобрения на здравето са продукт от успешната политика на цялата държава, както и на координираните действия на обществото.

Визията, целите и приоритетите на Стратегията са дефинирани на базата на анализ на здравно-демографското състояние и състоянието на системата на здравеопазване в ежегодните доклади за здравето на гражданите. Идентифицираните предизвикателства са свързани с прогресивно влошаващите се показатели за здравно-демографското състояние на населението, нарастването на здравните неравенства и невъзможността на националната здравна система да отговори по адекватен начин на потребностите от достъпни и качествени здравни услуги.

Стратегията е основана на разбирането за междусекторното сътрудничество и интегриране на политиките за здраве във всички области на социално-икономическия живот за постигане на очакваните резултати за опазване и повишаване здравето на нацията.

Визия

През 2020 г. България да е държава, гарантираща на своите граждани здравно благополучие, високо качество на живот и намаляване на здравните неравенства чрез всеобхватна, справедлива, устойчива и осигуряваща високо качество здравна система.

■ Национални здравни цели до 2020 г.

- Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст до 6.8 на 1 000 живородени деца;
- Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст до 0.24 на 1 000;
- Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст до 0.28 на 1 000;
- Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст до 4.19 на 1 000;
- Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст до 16,4 години.

Четири от определените 5 национални здравни цели са насочени към намаляване на смъртността в определени възрастови категории – децата до 1 година, децата от 1 до 9 години, подрастващите и младите хора от 10 до 19 години, и лицата в икономически активните групи от 20 до 65 годишна възраст. Смъртността в тези възрастови групи е в пряка обвързаност с качеството на живот и здравното обслужване на гражданите и нейната динамика е показателна за тяхното ниво. Петата национална цел е свързана с увеличаване на средната продължителност на хората след приключване на трудовата им активност, т.е. след навършване на 65 годишна възраст.

В стратегията се посочва, че постигането на петте националните здравни цели до 2020 г., при осигурена устойчивост на прилаганите политики и мерки, ще позволи през 2025 г. България да достигне настоящите средноевропейски нива на посочените 5 показателя.

Посочването на средноевропейските нива на определените показатели като крайна цел на формулираните политики до 2025 г., надхвърляща конкретните времеви рамки на стратегията, дава необходимия дългосрочен хоризонт за планиране на здравните политики и за следващата здравна стратегия, която ще обхване периода от 2021 до 2030 година.

Политиките за опазване и подобряване на здравето са насочени към генериране на дългосрочен икономически растеж на национално и регионално ниво, както и към осигуряването на ефективно действие на защитните механизми на публичния сектор по отношение на социалното включване и борбата с бедността.

Основните мерки са насочени към подобряване на достъпа и преодоляване на здравните неравенства чрез развитие на интегрирана система за спешна помощ, оптимизиране на болничната и извънболничната помощ, развитие на електронното здравеопазване, ефективна лекарствена политика, подобряване на качеството на медицинската помощ и безопасността на пациентите. Изпълнението на мерките цели повишаване на ефективността на системата и справедливо разпределение на ресурсите спрямо потребностите на населението.

Таблица 66. Цели, приоритети и политики на НЗС 2020

Национални здравни цели	Приоритет 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот		Приоритет 2. Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати	Приоритет 3. Укрепване капацитета на общественото здравеопазване
	Специфични политики	Общи политики		
1.Снижаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст до 6.8 на 1 000 живородени деца	Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата	Политика 1.5. Опазване и подобряване на психичното здраве	Политика 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазването	Политика 3.1. Промоция на здраве и профилактика на болестите
2.Снижаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст до 0.24‰	Политика 1.2. Здраве за децата и юношите	Политика 1.6. Възможно най-добро здраве за хората с увреждания	Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти	Политика 3.2. Надзор на заразните болести
3.Снижаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст до 0.28‰			Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ	
4.Повишаване на работоспособността и снижаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст до 4.19‰	Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст	Политика 1.7. Здраве за уязвимите групи	Политика 2.4. Развита първична медицинска помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ	
			Политика 2.5. Оптимизирана болнична помощ	
			Политика 2.6. Електронно здравеопазване	

			<p>Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазването</p> <p>Политика 2.8. Осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване</p> <p>Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система</p>	
--	--	--	--	--

За всеки приоритет и политика в стратегията са посочени ключовите предизвикателства и насоките и механизмите за постигане на желаните резултати, базирани на приемствеността, натрупания опит и стратегическата перспектива за развитие на системата на здравеопазване като основен фактор за растеж на страната ни. Определени са и конкретните мерки, които следва да бъдат реализирани в периода до 2020 г.

Към стратегията е разработен План за действие за нейното изпълнение, като за всяка мярка са разписани съответните действия, срокове, изпълнители и източници на финансови ресурси, включително и средства от европейските фондове и програми.

Реализацията на Националната здравна стратегия 2020 е подкрепена и чрез мерките, заложи в други стратегически и програмни документи, касаещи отделните направления на здравната политика, а именно:

- Национална стратегия за борба с наркотиците 2014-2018 г.
- Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020
- Концепция за реструктуриране на болничната помощ в България
- Национална програма за подобряване на детското и майчино здраве 2014-2020
- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020
- Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България за периода 2017-2020 г.
- Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2017-2020 г.
- Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст в Република България 2015-2020 г.
- Национална програма за първична профилактика на рак на маточната шийка в Република България 2012 -2016 г. и 2017-2020 г.
- Национална програма за подобряване на ваксинапрофилактиката на сезонния грип 2019-2022 г.
- Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в България 2017-2021 г.
- Национална програма за елиминация на морбили и рубеола 2019-2022 г.
- Стратегия за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2027 г.
- Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г. и 2018-2022 г.
- Програма на правителството за стабилно развитие на Република България 2014-2018 г.
- Програма за управление на правителството на Република България за периода 2017-2021 г.

Значение за реализацията на НЗС 2020 има и изпълнението на целите на стратегическите документи в други сектори като Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.), Национална стратегия за детето 2008 – 2018 г., Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020, Национална стратегия за дългосрочна грижа, Национална стратегия за хората с увреждания и др.

Реализацията на НЗС 2020 подкрепя и реализацията на основните стратегически документи на национално и европейско ниво – Националната програма за развитие България 2020, Националната програма за реформи, Стратегия за развитие на ЕС: Европа 2020, както и на основния стратегически документ на Европейското бюро на СЗО „Здраве 2020“.

ПРИОРИТЕТ 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот

Приоритетът е базиран на тезата, че при демографска трансформация, в която се намира страната, е необходима активна подкрепа за доброто здраве и неговите социални детерминанти през целия живот, насочена към увеличаване на продължителността на живота в добро здраве, от което може да има важни индивидуални, социални и икономически ползи. В тази връзка е важно да се отбележи, че реализацията на политиките по Приоритет 1 са тясно обвързани с изпълнението на мерките по другите два приоритета на стратегията – Приоритет 2, който се отнася за диагностично-лечебните дейности на всички нива в системата и Приоритет 3, който касае общественото здраве, промоцията, профилактиката и държавния здравен контрол.

Изпълнението на част от мерките за реализацията на политиките по Приоритет 1 е отразено в Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите, раздел „Проекти, програми и планове в областта на общественото здраве“. Друга част от мерките са в обхвата на Приоритет 2 „Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати“ и Приоритет 3 „Укрепване на капацитета на общественото здравеопазване“. Това са общи мерки, които имат комплексен ефект по отношение на политиките във всички възрастови и рискови групи, поради това в настоящия раздел са отчетени само специфични мерки, за които не е представена информация в останалите раздели от доклада.

Доколкото в Приоритет 1 са включени специфични политики за подобряване на здравето на отделните възрастови групи, най-обективната оценка за изпълнението на политиките е степента на изпълнение на определените национални здравни цели.

Национална здравна цел 1. Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 г. възраст

През 2020 г. коефициентът на детската смъртност е 5,1 на 1 000 живородени деца, което е най-ниското ниво отбелязвано до момента в България. Достигнатото ниво на показателя продължава трайно изразената през последните две десетилетия тенденция към снижаване – през 2000 г. е бил 13.3%, 2014 г. – 7.4% и 5.6% през 2019 г. Намалението спрямо изходното ниво от 2014 г. е 33%, като показателят още през 2016 г. премина под целевата стойност, определена в стратегията, от 6.8 на 1 000 живородени деца за 2020 г.

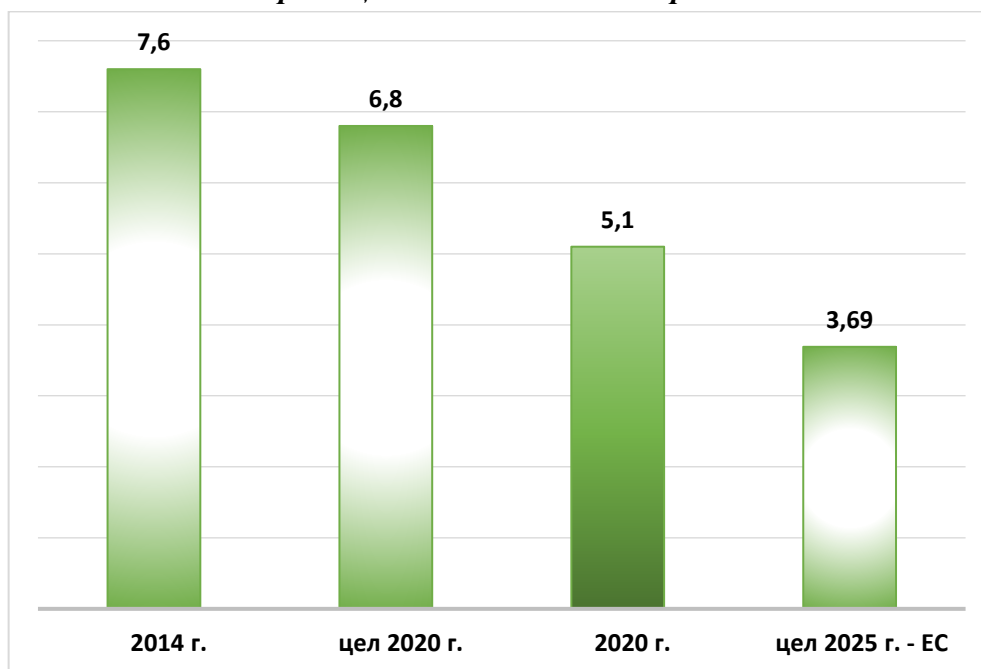
Положителна тенденция се наблюдава и по отношение на показателя за мъртворождаемостта, който намалява спрямо предходната година и е 6.0%.

Благоприятни тенденции се наблюдават и по отношение на повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), които също продължават да намаляват:

- перинаталната детска смъртност намалява и през 2020 г. като достига 7.9 на 1 000 родени деца, при 12.2% през 2000 г., 10.4% през 2014 г., 8.5% през 2019 г. и среден показател за ЕС (6.3%);
- неонаталната детска смъртност също показва устойчива тенденция за намаляване (7.5% през 2000 г., 4.4% за 2014 г. и 3.1% през 2019 г.) и през 2020 г. достига 2.8%, с което се доближава до средната стойност в ЕС на този показател (2.3%);

- постнеонаталната детска смъртност също запазва тенденция за намаление, като от 3.2 на 1 000 живородени без умрелите до 28 ден през 2014 г., намалява до 2.3‰ през 2020 г., при средна стойност за ЕС 1.1‰.

Фигура 140. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 1 Снизаване на смъртността при децата до 1 годишна възраст



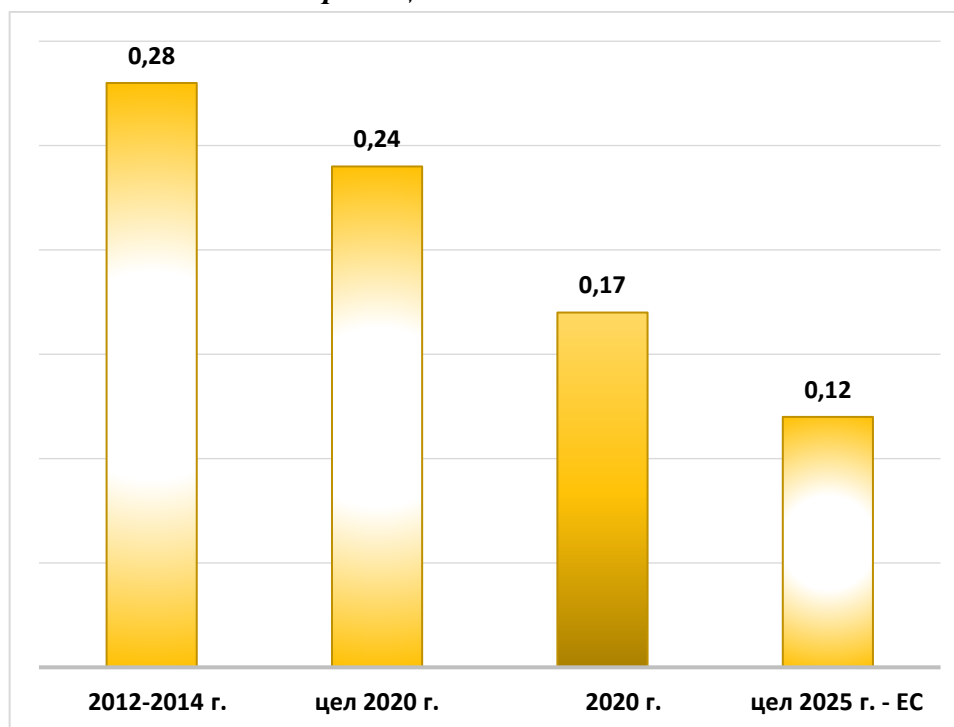
Анализът на данните за детската смъртност по класове болести показва, че основната причина за умираанията при децата до 1 година са някои състояния, възникващи през перинаталния период, вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации, болестите на дихателната система, болестите на органите на кръвообращението и външните причини за заболяемост и смъртност.

Доколкото детската смъртност е статистическият показател с най-висока степен на зависимост от качеството на предоставяните здравни услуги за майките и децата, то намалението му следва да се приеме като обективно доказателство за значим положителен резултат от провеждането на политики и предприетите активни мерки и за подобряване на детското и майчино здравеопазване в изпълнение на Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата, както и общите мерки за подобряване на общественото здраве и функционирането на системата за здравеопазване в изпълнение на Приоритет 2 и 3 на НЗС 2020.

Национална здравна цел 2 – Снизаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст

Показателят за смъртност при деца от 1 до 9 години е един от показателите, по които България има добри резултати, като тенденцията за стойности под 0,3 се задържа през последното десетилетие. За 2000 г. неговата стойност е 0.50 на 1 000 души, за 2014 г. – 0.28‰, през 2018 г. – 0.25‰, през 2019 г. – 0.21‰, а през 2020 г. за първи път в последното десетилетие е отчетено снижение под 0.2 и е 0.17 на 1 000 души население в тази възрастова група. И по този показател, както и по отношение на детската смъртност, целевата стойност (0.24 за 2020 г.) е достигната и е налице намаление значително под нея. При задържане на този темп на развитие на показателя, България може да достигне средноевропейските стойности преди 2025 г.

Фигура 141. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 2 Сnižаване на смъртността при деца от 1 до 9 години



Най-висока е честотата на умирањията при децата от 1 до 4 годишна възраст, а структурата на смъртността по причини показва, че водещо място заемат външните причини за заболяемост и смъртност (транспортни злополуки, удавяне, падане, задушаване и др.), следвани от болестите на дихателната система, новообразуванията и болести на органите на кръвообращението.

За задържане на тази положителната тенденция и намаляване на смъртността при деца от 1 до 9 години е необходимо политиките за подобряване майчино и детско здраве да останат във фокуса на стратегическите и програмни документи и за периода 2021-2030 г.

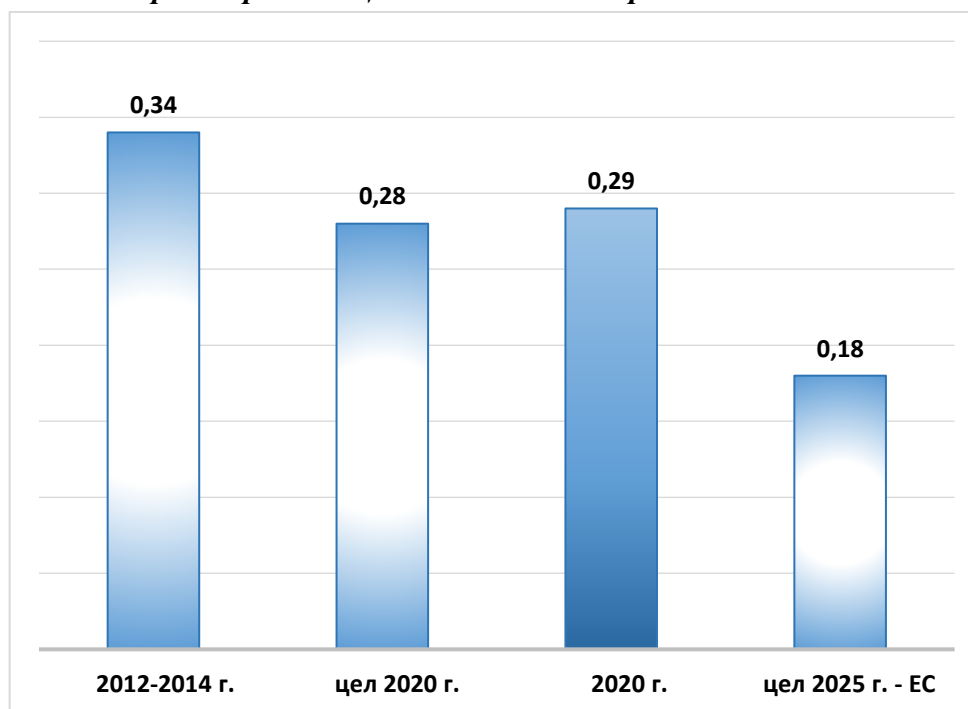
Национална здравна цел 3 – Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст

През 2020 г. се наблюдават положителни стойности и по отношение на смъртността във възрастовата група от 10 до 19 години – 0.29 на 1 000 население от 10 до 19 години. Налице е значително намаление спрямо нивото от предходната година (0.34), като показателят надвишава едва с 0.01 пункта целевата стойност за изпълнение до 2020 г. – 0.28 на 1 000.

Структурата на смъртността по причини показва, че водещо място имат външните причини за заболяемост и смъртност, болестите на дихателната система, новообразуванията и болестите на органите на кръвообращението.

Данните за периода 2015-2020 г. сочат известна нестабилност на показателя, като в началото на периода се наблюдаваше намаление на смъртността до 0.31 на 1 000 души, а през 2019 г. – отново увеличение до изходното ниво от 0.34.

Фигура 142. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 3 Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10 до 19 г.



С оглед това, въпреки положителната тенденция, отчетена през 2020 г. и факта, че целевата стойност е почти постигната, следва да се предприемат активни действия за реализация на политиките за подобряване на здравето на юношите и младите хора. Ако темпът на намаление на показателя продължи да се задържа на тези стойности, вероятно до края на 2025 г. ще могат да бъдат достигнати средноевропейските стойности на показателя (0.18 на 1 000 население от 10 до 19 години).

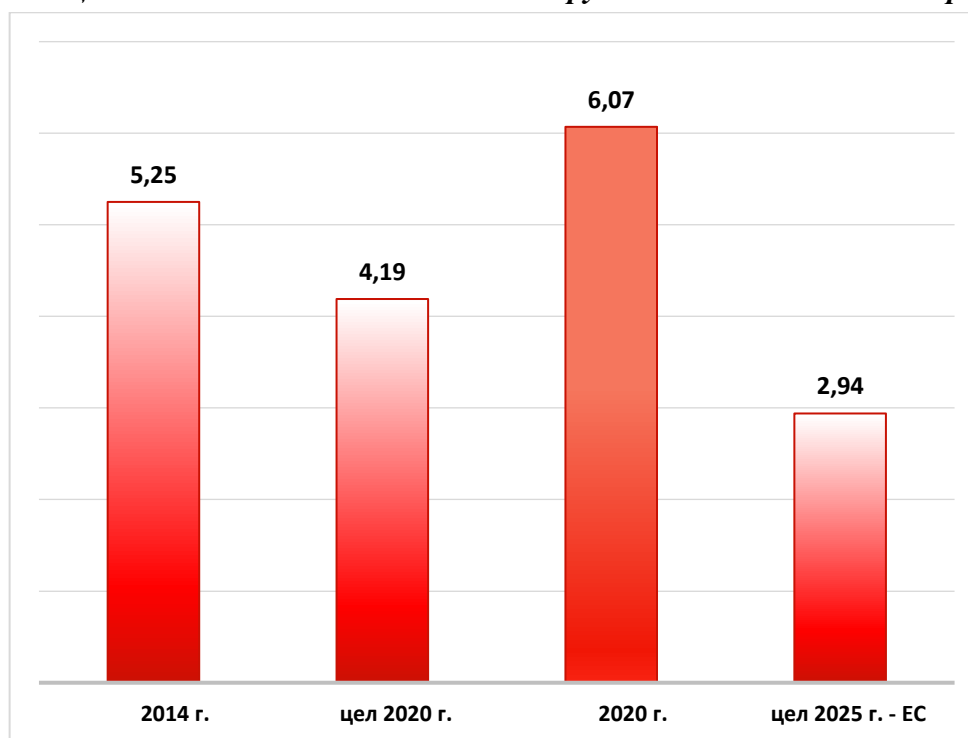
Въз основа на представените данни за детската смъртност и смъртността във възрастовите групи от 1 до 9 години и от 10 до 19 години, може да се направи заключение, че при тези три национални цели са налице устойчиви положителни тенденции, като две от целите са постигнати преди края на действие на стратегията, а третата е постигната през последната година. При задържане на темпа на намаляване на смъртността в тези възрастови групи, може да се очаква до 2025 г. България да достигне средноевропейските показатели. За осигуряване на устойчивост на тези тенденции са необходими интервенции за реализирането на превантивни мерки за предотвратяване на усложненията на бременността и раждането и за правилното отглеждане на децата в отдалечените и селските райони, където е налице ограничен достъп до здравни услуги. Необходимо е резултатите от провежданите политики в областта на майчиното и детско здраве да бъдат надградени и да останат във фокуса на стратегическите и програмни документи за периода 2021-2030 г. Във връзка с това беше разработена Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030 и План за действие към нея за периода 2021-2023, които са одобрени с Решение № 333 на Министерския съвет от 09 април 2021 г. Чрез изпълнението на заложените мерки ще се осигурят условия за активна промоция на здраве и профилактика на заболявания, за предоставяне на своевременни, качествени и комплексни медицински и здравни грижи, както и за развитие на здравно-социални услуги за всички нуждаещи се.

Национална здравна цел 4 – Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст

Данните за смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст показват, че в периода 2014-2019 г., макар и с бавни темпове, е налице тенденция за намаление на стойността на показателя – от 5,25 на 1 000 души население във възрастовата

група 20-65 години през 2014 г., през 2019 г. той достига 5,17 на 1 000 души. През 2020 г. обаче показателят бележи увеличение и достига 6,07 на 1 000 души население в тази възрастовата група.

Фигура 143. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 4 Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст



Във връзка с това следва да се отбележи, че е налице увеличение и при показателят за общата смъртност, който през 2020 г. е по-висок спрямо 2019 г. във всички области на страната. Причините са свързани с пандемията от COVID-19, тъй като заболяването води до тежки усложнения и често летален изход при хора с определени хронични заболявания, което на този етап се счита и за основната причина и за увеличение на общата смъртност в страната.

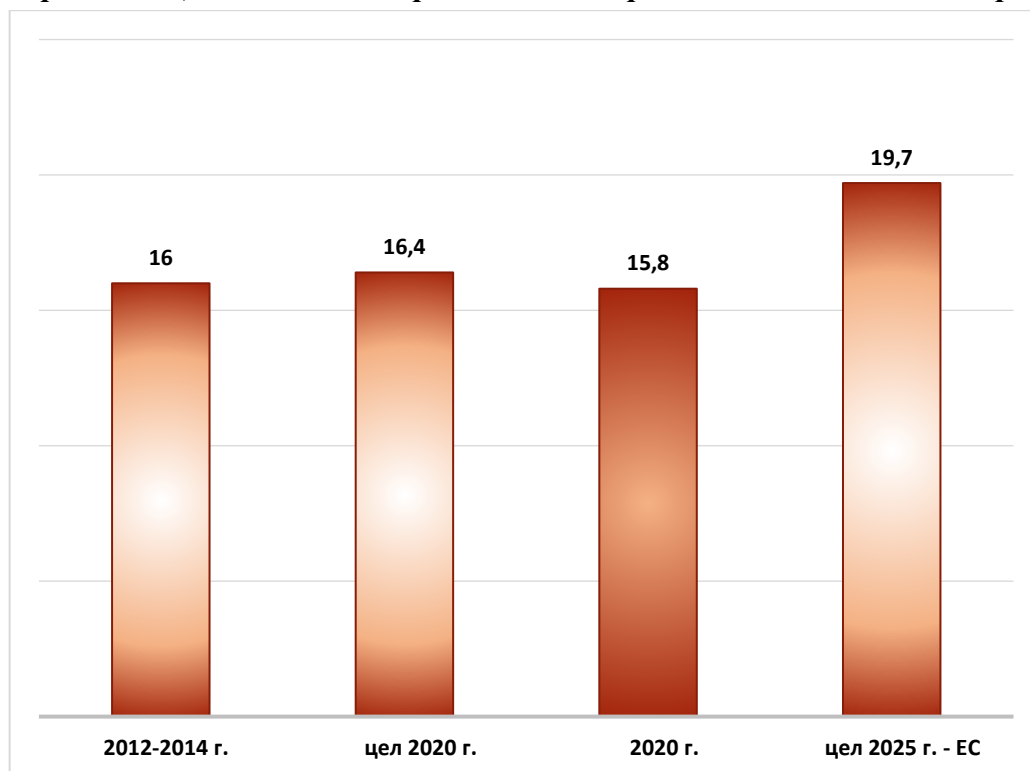
Въпреки това, показателят за преждевременната смъртност (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиращите) през 2020 г. запазва стойностите от 2019 г. и е 20.5% при 21.0% през 2018 г. При мъжете (26.6%) преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените (13.7%). Запазва се структурата на смъртността по причини в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията. Демографските прогнози показват, че поради застаряването на населението нивото на общата смъртност в страната ще остане високо.

Анализът на данните показва, че е необходима сериозна подкрепа за изпълнението на здравните политики за тази възрастова група, насочени към намаляване на рисковете от вредните навици, факторите на околната и трудовата среда, промотивни и профилактични дейности и дейности за ранната диагностика и навременно лечение на социално-значимите заболявания. Опитът от 2020 г. показва и значителната роля в това отношение на подготовеността за своевременна организация на здравната система за реакция при внезапно възникнали епидемични ситуации, както и на профилактиката на инфекциозните заболявания. От особено значение е в следващата здравната стратегия да бъдат заложили по-ефективни мерки за гарантиране на добро здраве и благополучие на хората в работоспособна възраст.

Национална здравна цел 5 – Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст

Средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст в периода 2014-2019 г. бележи увеличение спрямо изходните стойности, макар и с бавен темп на нарастване (увеличение с 0,20 през 2019 г. спрямо 2014 г. и с 0,07 спрямо 2018 г.). Въпреки постигнатия напредък и доближаването до целевата стойност за 2020 г. (16,4 години) в предходните години, през 2020 г. е налице значително отклонение и средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст намалява до 15,8 години. Налице е и сериозно изоставане по отношение на постигането на средно-европейските нива на показателя.

Фигура 144. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 5 Средна продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст



Причините за рязкото намаление на продължителността на живота на хората на 65 години са свързани с появата и разпространението на нова коронавирусна инфекция, която причинява тежки усложнения и увеличава леталитета при пациенти, страдащи от сърдечно-съдови заболявания, болести на дихателната система, диабет и от други хронични заболявания, често срещани във възрастовата група над 65 години. Данните за смъртността през 2020 г. показват увеличение спрямо 2019 г. с 15,4% на лица над 65 години, като 72,4% от всички починали от COVID-19 са в тази възрастова група. Регистриран е и висок дял на починалите над 65 години от общия брой починали по класовете болести, водещи най-често до смърт – 86,4% от починалите от болести на органите на кръвообръщението, 76,6% от починалите от болести на дихателната система, 69,8% от починалите от онкологични заболявания и 57,8% от починалите от болести на храносмилателната система са лица над 65 години.

Данните показват необходимост от реализация на политики, гарантиращи превенция и профилактика на социално-значимите заболявания и на усложненията от тях, както и с развитие на интегрирани здравно-социални услуги за възрастни хора. Освен специфичните политики и мерки, пряко насочени към подобряване на здравето на възрастните хора, за постигането на резултат, основно значение имат мерките, прилагани за насърчаване на здравословен начин на живот през целия жизнен цикъл.

По отношение на политиките от Приоритет 1, свързани с подобряването на майчиното и детско здраве (*Политики 1.1 – 1.3*), продължава да се провежда устойчива държавна здравна

политика. Всички деца до 18 г. са здравноосигурени и имат гарантиран достъп до медицинска помощ в обхвата на задължителното здравно осигуряване, като здравноосигурителните вноски се заплащат от държавния бюджет. Националната здравноосигурителна каса заплаща всички дейности, свързани с профилактичните прегледи на децата до 18 г. по определени периодичност и обхват, включително имунизации, изследвания и консултации. По избор на родителите профилактичните прегледи и наблюдението на развитието на децата може да се осъществява от общопрактикуващ лекар или специалист педиатър.

Всички здравноосигурени бременни имат достъп до здравни грижи в обхвата на здравното осигуряване, включително и до профилактични прегледи и изследвания по време на бременността. Допълнително, с цел осигуряване на безрисково майчинство за всяка жена и гарантиране достъпа на здравно неосигурени жени до медицински грижи по време на бременност и раждане, чрез Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени, държавата поема по един профилактичен преглед по време на бременността. По реда на наредбата Министерство на здравеопазването обезпечават генетичните лаборатории с китове, реактиви и консумативи, с които се извършва биохимичен скрининг за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена.

По данни, получени от генетичните лаборатории в страната, през 2020 г. са изследвани 20 692 бременни жени, от които 18 908 в първи триместър и 1 784 във втори. Отчита се намаление на броя изследвани жени с 4,9% спрямо същия период на предходната година. Наблюдава се постоянна тенденция за увеличение на броя изследвани жени в първи триместър и намаление на тези във втори, което трябва да се вземе предвид при планиране на дейността. Броят на проведените дородовите диагностики през 2020 г. е 515 спрямо 800 за 2019 г. Ежегодно се отчита намаляване на броя на инвазивните дородови диагностики, заради навлизането на неинвазивните методики. През периода са извършени 102 дородови цитогенетични диагностики по показание за повишен риск от хромозомни аномалии, като са установени 10 патологични бременности, свързани с бройни и структурни аномалии и хромозомни преустройства, 284 ДНК дородови диагностика за бройни хромозомни аномалии, при които са установени 36 патологични бременности, 108 ДНК дородови диагностики по показания за рискова бременност поради фамилна история на наследствено заболяване и са установени 12 патологични бременности, включващи муковисцидоза, бета таласемия, спинална мускулна атрофия, мускулна дистрофия на Дюшен/Бекер, микроделеционни синдроми и невромускулно заболяване.

И през 2020 г. продължи изпълнението на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020. В изпълнение на програмата са разкрити 31 Здравноконсултативни центъра за майчино и детско здраве (ЗКЦ) във всички областни градове. В тях лекари, психолози и социални работници осигуряват консултативни и логистични дейности, свързани с организиране на комплексното медицинско наблюдение на деца с увреждания и хронични заболявания, бременни с повишен медицински риск, с патология на бременността или наличие на хронични заболявания и увреждания. Към ЗКЦ, разкрити в университетски и специализирани болници, са създадени комисии за изготвяне на индивидуални планове за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа на деца с определени хронични заболявания (диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени хематологични заболявания, детска церебрална парализа, вродени неврологични заболявания, недоносени деца).

По програмата се финансират изследвания и консултации в рамките на биохимичен скрининг за бременни за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена.

В рамките на програмата е въведен масов неонатален слухов скрининг с цел ранно откриване и навременна интервенция при увреждане на слуха при новородени. Ползите от провежданите политики в областта на майчиното и детско здраве намират отражение в данните за здравно-демографските показатели на детски и юношеските възрастови групи, представени в

информацията за изпълнението на заложените в стратегията национални здравни цели за населението от 0 до 19 години. Това налага политиките за подобряване майчино и детско здраве да останат във фокуса на стратегическите и програмни документи за периода 2021-2030 г., във връзка с което беше изготвена Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030 и план за действие към нея за периода 2021-2023 г. Програмните документи са приети с Решение № 333 от 09 април 2021 г. на Министерския съвет.

Анализът на дейностите в областта на медико-социалните грижи за деца и тяхната деинституционализация насочиха вниманието към необходимостта от промяна на здравната система, от една страна към интегрирането на здравните и социални услуги, а от друга – към въвеждането на интегриран подход на здравни грижи за бременните, майките и децата, който да обхване всички периоди – преди забременяване, по време на бременност, раждане, следродилен период, периода на новороденото и до навършване на 18 г. на децата, съобразно специфичните им потребности (*Политики 1.1, 1.2, 1.6 и 1.7*). Това предопредели необходимостта да бъдат развивани услуги, максимално адаптирани към нуждите на децата и семействата, надгращаващи и допълващи здравните услуги, предоставяни в общата лечебна мрежа и подкрепящи услугите в социалната и образователна система, като:

- специализирани здравни услуги, осигуряващи комплексни медицински грижи за деца с увреждания и хронични заболявания;
- интегрирани здравно-социални услуги в общността, осигуряващи здравни грижи, медицинско наблюдение и социална работа, включително в домашна среда, в подкрепа на децата и техните семейства.

В домовете за медико-социални грижи за деца (ДМСГД) се предоставят грижи на деца с тежки хронични заболявания и увреждания, които не могат да бъдат осигурени в семейна среда (*Политики 1.1, 1.2, 1.6 и 1.7*). Отглеждат се деца до 3-годишна възраст в медико-социален риск, както и се полагат общи грижи за недоносени деца до връщане в семейството им. Дейността на ДМСГД включва и възпитание, обучение и подготовка на децата за социална интеграция и реинтеграция в семейна среда. В дневните центрове се предоставят медицински (диагностика, рехабилитация) и немедицински (психологични и логопедични) грижи за деца с увреждания от семейна среда.

Към 31.12.2020 г. 99% децата в ДМСГД са с увреждания, като има само 3 здрави деца. По-голямата част от децата с увреждания са над 3-годишна възраст. В 12-те ДМСГД са настанени за отглеждане 277 деца, като техният брой е намалял почти два пъти в сравнение с 2019 г., когато децата са били 426. Анализът показва, че се запазва положителната тенденцията към намаляване броя на преминалите деца на резидентна грижа в резултат на целенасочената национална политика за прекратяване на отглеждането на децата в институции, намаляване на приетите деца и ускорените процеси по извеждането им. За сравнение – през 2019 г. са преминали 697 деца, а през 2020 г. – 597 деца, като 560 от тях са с увреждания. Относителният дял на преминалите деца с увреждания в ДМСГД се повишава от 84% през 2019 г. на 93,8% през 2020 г., което се дължи както на намаляващия общ брой деца, отглеждани в ДМСГД, така и на забраната за настаняване на здрави деца. През 2020 г. е проведена диагностика и лечение на 596 деца, а децата на институционална грижа, включени в рехабилитационни програми, са намалели от 653 през 2019 г. на 586 през 2020 г. Проведени са 164 662 леглодни, като използваемостта на леглата е 205 дни, което е с 3 дни повече от предходната година.

Министерство на здравеопазването участва в процесите на деинституционализация чрез изпълнение на Актуализирания план на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ (*Политики 1.1, 1.2, 1.6 и 1.7*). С този план министерството е поело ангажимент да закрие останалите 12 ДМСГД, както и да създаде услуги, които да подкрепят семействата при отглеждането на децата, особено на децата с увреждания и хронични заболявания. Целта е да се продължи подкрепата на процеса по деинституционализация, да се осигури качествена алтернативна грижа за децата, настанени в домовете за деца, лишени от родителска грижа и в домовете за медико-социални грижи за деца 0-3 години, както и да се финализира процесът по закриване на класическите институции за деца от интернатен

тип. За изграждането на интегрираните здравно-социални услуги и за тяхното функциониране е предвидено финансиране по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020 г. и Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г.

В изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ и актуализирания План за действие към нея и в съответствие със Закона за социалните услуги, всички ДМСГД трябваше да бъдат закрити до 01.01.2021 г. Независимо от факта, че дирекциите „Социално подпомагане“ ежесечно предприемаха мерки за извеждане на деца от ДМСГД, към 31.12.2020 г. не успяха да осигурят алтернативни грижи за всички настанени в 12-те ДМСГД деца. Възможността за извеждане на децата от ДМСГД през 2020 г. беше силно възпрепятствана от настъпилата епидемична обстановка и въведеното извънредно положение в страната, което забави и изпълнението на дейностите по планираното изграждане на 20-те центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца. В тази ситуация, за съжаление, единственият целесъобразен вариант за грижа за децата, за които на този етап не са осигурени алтернативни грижи, особено за децата с увреждания и с потребност от постоянни медицински грижи, остана ДМСГД. В тази връзка беше направено изменение на Закона за социалните услуги, като беше допуснато изключението до 31.12.2021 г. да продължат да функционират 4 ДМСГД – ДМСГД-Варна, ДМСГД-Плевен, ДМСГД-Кърджали и ДМСГД-Стара Загора. Към момента в тези домове са съсредоточени голям брой деца с увреждания, но домовете разполагат с капацитет (инфраструктура, обучен и опитен персонал и др.) за качествена грижа.

От 01.01.2020 г. бе закрит ДМСГД-Видин и започна подготовката за закриване на 8 от останалите 12 ДМСГД. Това бяха ДМСГД-Благоевград, ДМСГД-Бургас, ДМСГД-Бузовград, ДМСГД-Добрич, ДМСГД-Дебелец, ДМСГД „Свети Иван Рилски“ гр. София, ДМСГД-Сливен и ДМСГД-Хасково, като в 6 от тях към 31.12.2020 г. нямаше настанени деца, а в 2 от ДМСГД децата са изведени през 01.2021 г.

Във връзка с това и като част от процеса на деинституционализация, Министерство на здравеопазването започна да разкрива центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ). Дейността на този вид лечебно заведения е насочена към предоставяне на комплексни услуги за деца с увреждания и тежки хронични заболявания и техните родители. В ЦКОДУХЗ семействата на деца с увреждания и тежки хронични заболявания получават подкрепа за назначаване и провеждане на ранна диагностика, диагностика, лечение и медицинска и психосоциална рехабилитация. Центърът осигурява и посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, отглеждани в семейна среда и в социална услуга за резидентна грижа.

През 2020 г. функционират общо 3 ЦКОДУХЗ. От 01.01.2020 г. беше разкрит ЦКОДУХЗ-Видин, който както и ЦКОДУХЗ-Силистра изпълнява амбулаторни дейности за грижа за децата с увреждания и хронични заболявания. В тези 2 ЦКОДУХЗ се осъществява диагностика, физикална терапия, медицинска и психосоциална рехабилитация на деца с увреждания и хронични заболявания, както и почасови и мобилни услуги за обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания в центъра или в дома.

През 2020 г. бе извършена реорганизация на ДМСГД – Бургас, като отпаднаха две от дейностите, които се изпълняваха и функционираха само за резидентна грижа. Единият корпус от сградата на ДМСГД беше реструктуриран и в него беше разкрит ЦКОДУХЗ-Бургас. Част от освободения персонал и освободения финансов ресурс от ДМСГД-Бургас бе пренасочен към ЦКОДУХЗ – Бургас, който поема грижата за децата с тежки увреждания от общността – провеждане на ранна диагностика, диагностика, лечение и медицинска и психосоциална рехабилитация.

В съответствие с наличния материален и човешки ресурс, в ЦКОДУХЗ – Бургас към края на 2020 г. се осъществяват стационарни дейности, като от 2021 г. тези дейности ще се разширят с предоставянето на специализирани палиативни грижи за деца в терминално състо-

яние. През 2020 г. в ЦКОДУХЗ-Бургас от стационарните дейности са предоставяни само физикалната терапия и рехабилитация (до шест месеца) за деца с тежки увреждания или хронични заболявания, както и комплексно лечение на недоносени деца.

През 2020 г. са предприети мерки за разкриване на още седем ЦКОДУХЗ в Благоевград, Бузовград, Добрич, Дебелец, София, Сливен и Хасково. За целта бе изготвен проект на Постановление на Министерския съвет за закриване на ДМСГД в изброените градове, вкл. Бургас, който към 31.12.2020 бе в процедура по междуведомствено съгласуване и обществено обсъждане. Постановлението е обнародвано през 2021 г.

През отчетния период в 3-те ЦКОДУХЗ е проведена диагностика и лечение на 632 деца, продължително лечение и/или рехабилитация и/или палиативни грижи на 249 деца, а 26 деца са получили специализирани медицински грижи в дома.

Анализът на дейностите в областта на деинституционализацията на децата през периода на действие на НЗС 2020 г. показва, че в резултат на активната политика по деинституционализация за периода функциониращите ДМСГД са намалели с 59%, а децата отглеждани в ДМСГД на институционална грижа със 67%. За периода са закрити 17 ДМСГД, от общо 29 функциониращи ДМСГД. Извършена е подготовката за закриване и на още 8 от ДМСГД, които са закрити през м. февруари 2021 г. Броят на децата отглеждани в ДМСГД на институционална грижа е намалял от 850 деца в началото на 2015 г. до 277 деца към 31.12.2020 г. Драматично са намалял и броят на преминалите институционална грижа деца, като през 2015 г. през ДМСГД са преминали 1674 деца, а през 2020 г. са преминали само 597 деца, което е със 64% по-малко.

Наложените ограничения в резултат на пандемията от COVID-19 дадоха своето отражение върху резултатите от дейността на Центъра по асистирана репродукция (ЦАР) през 2020 г. За да се осигури непрекъсваемост на процедурите, с текстове в Закона за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на народното събрание от 13 март 2020 г. и за преодоляване на последиците (в сила от 13 март 2020 г.) се определи, че заповедите за организационно и финансово подпомагане за извършване на дейности по асистирана репродукция, издадени по реда на Правилника за организацията на работа и дейността на Център за асистирана репродукция, продължават действието си по време на извънредното положение и 6 месеца след неговата отмяна. В резултат на тази ситуация, в рамките на 2020 г., се наблюдава известна неравномерност по отношение активността на дейностите, финансирани от ЦАР, но като цяло за годината показателите са добри и се доближават до тези от предходните години:

- Приетите заявления през 2020 г. са 5 250, което надвишава средния брой заявления, постъпили в ЦАР в периода 2017 – 2019 г. (4 850/годишно), но е по-малко от постъпилите през 2019 г. със 7%.
- Издадените заповеди през 2020 г. са 5 379 общо, при 6 178 през 2019 г. (-13%). От тях 42 броя са за отказ за организационно и финансово подпомагане, което е 0,78% от заявленията, при 0,92% за 2019 г.
- През 2020 г. се запазва едномесечният срок за издаване на заповедта от подаване на заявлението. Периодът на стартиране на процедурите от издаването на заповедите през 2020 г. средно е 132 дни, при 116 дни през 2019 г.
- Независимо от всички ограничения и трудности през 2020 г., броят на преминалите двойки е 4 477, което е увеличение с 6% спрямо 2019 г. (4 227 броя) и с 11% спрямо 2018 г. (4 041 броя).
- Въпреки че броят на клиничните бременности, постигнати в резултат на дейностите по асистирана репродукция, финансирани от ЦАР, през 2020 г. (1 427) са по-малко с 15% спрямо 2019 г. (1 670), крайният резултат, изразен чрез броя на ражданията и на родените деца, е по-добър от този през 2019 г. Ражданията през 2020 г. са 1 181 при 1 112 през 2019 г., а родените деца през 2020 г. са 1 394 при 1 387 през 2019 г.
- Финансовите средства, изплатени на лечебните заведения за извършена и отчетена дейност по асистирана репродукция са 19 704 023 лв. при изплатени 18 572

205 лв. през 2019 г. и 17 617 890 лв. през 2018 г. – това са трите години, през които ежегодното финансиране от Министерство на здравеопазването беше увеличено на 20 млн. лв. спрямо предходните години, когато бюджета за тази дейност беше 12 млн. лв. годишно.

Горните резултати за пореден път доказват, че последователната политика на Министерство на здравеопазването по отношение на демографските въпроси в областта на здравеопазването отговаря в значителна степен на потребностите на населението с репродуктивни проблеми и постига очаквания ефект на ръст в броя на родените деца в резултат на асистиранияте репродуктивни технологии.

Грижата за хората с увреждания, като самостоятелна политика (*Политика 1.6*) в рамките на Приоритет 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот от Национална здравна стратегия 2020, присъстваща отчасти и в други политики от този приоритет (Политики 1.4 – 1.7) винаги е била с предимство при определяне на конкретните насоки на действия за специфичните групи от населението, нуждаещи се от по-специална здравна грижа. По тази причина, в условията на пандемия от COVID-19, беше определена мярка, приета със Закона за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на народното събрание от 13 март 2020 г. и за преодоляване на последиците, съгласно която експертните решения на ТЕЛК и НЕЛК, при които срокът на инвалидност изтича по време на действието на обявеното извънредно положение или на извънредната епидемична обстановка, или процедурата е започнала преди извънредното положение, да продължат действието си по време на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка и три месеца след нейната отмяна. Целта беше максимално да се ограничат контактите на хората с увреждания и да се снижи във възможно най-голяма степен рискът от заразяване, предвид обстоятелството, че голяма част от тях са с компрометирана имунна система или страдат от заболявания, които ги поставят в по-голям риск от последиците при заразяване с коронавирусната инфекция.

В тази връзка през 2020 г. периодично бяха предоставяни указания на участниците в процеса по медицинска експертиза да се отнасят с повишено внимание към потребностите на хората с увреждания през периода на пандемията, като преосвидетелстването следва да се извършва само по документи, в случаите когато това е възможно и на процедурата е даден ход.

През 2020 г. продължи внедряването и утвърждаването в практиката на нормативните промени, направени през 2019 г. в Правилника за устройство и организация на работата на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи и в Наредбата за медицинската експертиза. Стартира работата на Информационната система за контрол на трайно намалената работоспособност, като установените проблеми в практическото ѝ приложение се отстраняват текущо и в координация между Министерство на здравеопазването, „Информационно обслужване“ АД, регионалните здравни инспекции и органите на медицинската експертиза. Продължи и интензивното обучение на работещите в системата на медицинската експертиза с основна обучаваща роля на Националната експертна лекарска комисия. Стана възможно проследяването на сроковете, в които се произнасят ТЕЛК, в национален мащаб – проблем, който съществува отдавна и поради това изисква своето неотложно решение. Текущото проследяване на тези срокове, което продължава и сега, има дисциплиниращ ефект, който се изразява в премахване на просрочията при някои ТЕЛК в страната, а при други – сроковете на произнасяне, макар и да не са в рамките на законово определен тримесечен срок, се съкратиха значително.

През 2020 г. единствената нормативна промяна в областта на медицинската експертиза е тази в Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ), която касае Методиката за прилагане на отправните точки на оценка на трайно намалената работоспособност (вид и степен на увреждането) в проценти. Тя е свързана с нормативната празнота, настъпила в резултат на съдебно отменената т. III от Приложение № 2 към чл. 63, ал. 3 от Наредбата (Решение № 8982/2020 г. на Върховния административен съд), касаеща оценяването при множествени ув-

реждания, а причината за това решение на ВАС е процедурна и се изразява в неспазване изискванията на Закона за нормативните актове по отношение съдържанието на мотивите. С приемането на допълнението на НМЕ се възстанови логическата последователност на действията и пълноценната работа на ТЕЛК и НЕЛК при определяне на трайно намалената работоспособност, вид и степен на увреждане.

През 2020 г. продължиха и обсъжданията, започнали още през 2019 г., по отношение на необходимите промени в някои отправни точки за оценка на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане в проценти – процес, в който участват много заинтересовани страни и поради това протичащ бавно и с много спорове между тях. Финализирането му се предвиждаше и на практика се осъществи през 2021 г. с приемане на нови промени в НМЕ. Същевременно извънредните обстоятелства поради COVID-19 през 2020 г. обусловиха и някои други практически проблеми в областта на медицинската експертиза на временната неработоспособност по повод карантината от заразната болест, което също беше анализирано и осмислено като необходима нормативна промяна за премахване на някои пречки пред издаването на този вид болнични листове.

С убеденост, че медицинската експертиза на трайно намалената работоспособност се нуждае от кардинална промяна, и през 2020 г. продължи активната работа по проект „BG05M9OP001-3.010 „Експертиза на работоспособността“ по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“, в който водеща институция е Министерство на труда и социалната политика, а Министерство на здравеопазването и Националният осигурителен институт са партньори. Основна цел на проекта е да се подобри качеството на медицинската експертиза и експертизата на работоспособността на хората с увреждания в работоспособна възраст, като се интегрира Международната класификация на човешката функционалност, уврежданията и здравето (ICF) в методологията за извършване на двата вида експертиза. Подобреното качество, като очакване от прилагането на ICF, се изразява в отчитане на физическите и психическите възможности на хората с увреждания, които съотнесени към техните квалификация, опит и знания ще позволят обективна и диференцирана оценка при експертизите.

ПРИОРИТЕТ 2. Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати

През 2020 г. по изпълнение на 9-те политиките по Приоритет 2 са предприети комплексни и подчинени на обща концепция действия, които са свързани със значителни промени в законовата и подзаконова нормативна уредба, уреждаща системата на задължителното здравно осигуряване и системата на здравеопазването, включително и лекарствения сектор.

Приоритет 2 на НЗС 2020 включва политики, ориентирани пряко към системата на здравеопазване, която е изправена пред сложни предизвикателства, свързани с влошаващи се показатели на здравно-демографското състояние на населението, нарастване на здравните неравенства, недостиг на здравни специалисти. Променя се демографският модел на болестите, при който основните проблеми на здравето са свързани с хроничните заболявания, заплахите за психичното здраве и състояния, свързани със стареенето. Здравеопазването става все по-скъпо и сложно за планиране и регулация, поради бързо напредващите темпове на технологичния прогрес, промените в структурата на населението, по-информираните потребители на услуги и увеличаването на трансграничното движение, в т.ч. на медицинските специалисти. Според стратегията, отговорите на здравната система на динамично променящите се потребности на фона на ограничени ресурси, изискват иновативни и комплексни решения, които да са базирани на доказателства и да са възможно най-ефективни.

Изпълнението на част от мерките за реализацията на политиките по Приоритет 2 е отразено в Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите, раздел „Функциониране на здравната система“, а друга част в раздел 4. „Изпълнение на проекти, финансирани с европейски фондове и други международни финансови източници“, тъй като за тяхното изпълнение се използват финансовите механизми на ЕС и ЕИП. Поради това в настоящия раздел са отчетени само специфични мерки, за които в доклада не е представена информация.

По отношение на **Политика 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазване**. Осигуряването на ефективни механизми за устойчиво финансиране на здравната система е ключов фактор за реализиране на основните приоритети и адаптиране на системата към променящата се околна среда, възникването и цикличното развитие на пандемията от COVID-19 и необходимостта от адекватен отговор на здравните потребности.

През последните години се наблюдава устойчиво нарастване на разходите за здравеопазване. При преглед на консолидираната фискална програма за периода 1998 – 2020 г. е налице устойчива тенденция на нарастване на разходите за здравеопазване, **от 810 млн. лв. или 3,1% от БВП през 1998 г. до 5 381,9 млн. лв. или 4,5% от БВП за 2019 г. и 6 387,1 млн. лв. или 5,4% от БВП по отчет за 2020 г.** Нарастването на разходите се определя предимно от фактори като демографската структура на населението, свързано с прогресивно увеличаващия се дял на възрастното население, въвеждането на нови методи за лечение, динамично променящи се медицински технологии и апаратура, както и от повишаващите се очаквания и изисквания на хората за защита от рискове за здравето и достъп до висококачествено медицинско обслужване.

Ръстът на разходите за здравеопазване през 2020 г. се дължи и на настъпилата извънредна епидемична обстановка, свързана с разпространението на COVID-19 и предприетите мерки за осигуряване на необходимите финансови средства за закупуване на ваксини, лекарствени продукти, антигенни и PCR тестове, консумативи, лични предпазни средства и др.

В сравнение с други страни от ЕС, България не се различава от общата тенденция на устойчиво нарастване на здравните разходи. В сравнение със страни със сходни икономически показатели нарастването е малко над средните стойности, което показва, че България дава по-голям приоритет на здравеопазването в рамките на разпределението на публичните разходи.

Едновременно с това статистическите проучвания на бюджетите на домакинствата в България показват, че частните разходи също нарастват прогресивно. Високото равнище на плащания със собствени средства значително ограничава финансовата защита на всички, като се отразява особено неблагоприятно върху най-уязвимите групи.

Анализът на динамиката на разходите за здравеопазване и на здравно-демографските показатели за състоянието на населението показват ясно, че устойчивото нарастване на разходите за здравеопазване не се съпътства в достатъчна степен и съответно от подобрене на показателите за здравето на гражданите.

България, подобно на други страни, и в бъдеще ще продължи да бъде подложена на силен натиск да увеличава средствата за здравеопазване. Макар, че част от този натиск се дължи на вътрешно присъщи често неефективни практики в сегашната система, много от факторите са външни за системата на здравеопазването, като застаряването на населението, нарастването на хроничните заболявания, състоянието на околната и трудовата среда, техническият прогрес, свързан с въвеждането на нови медицински и други технологии и др. Съществено значение за ръста на разходите ще окаже и непредвидимото развитие на пандемията от COVID-19, което поставя пред сериозни изпитания стабилността и способността на здравната система да се справи с необходимостта от оказване на значителна по обем медицинска помощ. Степента, до която България ще се справя с тези различни видове натиск, зависи както от възможностите на публичните финанси в страната, като система за осигуряване на публични блага и услуги, така и от конкретните действия на правителството в сферата на здравеопазването и определянето на приоритетите.

В потвърждение на приоритетността на сектора през 2020 г. и поради необходимостта от значителни извънредни разходи, свързани с обявената извънредна епидемична обстановка, по бюджета на Министерството на здравеопазването бяха одобрени с Постановления на МС допълнителни разходи за: гарантиране на готовност за профилактични и противоепидемични действия и ефективен отговор на създадената епидемична ситуация с COVID-19; за субсидиране на държавни и общински лечебни заведения за поддържане готовността на клиники/отделения по инфекциозни болести; за допълнителни възнаграждения на лицата, които осъщес-

твяват дейности, свързани с лечението, предотвратяване на разпространението и/или преодоляване на последиците от COVID-19; за субсидии на лечебни заведения за болнична помощ с над 50 на сто от легловия си капацитет за лечение на пациенти с коронавирусна инфекция в условия на извънредна епидемична обстановка; субсидии за болнична помощ за поддържане на готовност за оказване на медицинска помощ при обявена епидемична обстановка; за закупуване на лекарствени продукти за лечение на COVID-19. Със средства по проект „Подкрепа на работещи в системата на здравеопазването в условия на заплахата на общественото здраве от COVID-19“, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 се осигури подкрепа на медицинския и немедицинския персонал, който посреща първи предизвикателствата на глобалната пандемична криза.

През 2020 г. са увеличени с 30% възнагажденията на работещите в регионалните здравни инспекции, психиатрични болници, централните за трансфузионна хематология, Изпълнителна агенция „Медицински надзор“, Изпълнителна агенция по лекарствата, Национален център по общественото здраве и анализи, Национален център по радиобиология и радиационна защита, Национален център по заразни и паразитни болести, НЕЛК, както и служителите на НЗОК, командирани в РЗИ във връзка с епидемията от COVID-19.

Създаде се възможност МЗ да субсидира клиники и отделения по инфекциозни болести в държавни и общински болници за поддържане готовността им за реакция при епидемична ситуация.

За срока на обявената извънредна епидемична обстановка за постоянна добавка към индивидуалните брутни възнагаждения на работещите в болниците медицински служители, на служители на РЗИ, ЦСМП и здравни медиатори към общини бяха осигурени 240 млн. лв. по проект „Подкрепа на работещи в системата на здравеопазването в условия на заплахата за общественото здраве от COVID-19“.

С оглед подобряване на функционирането на системата за оказване на болнична помощ в страната през 2020 г. по бюджета на Министерство на здравеопазването бяха предоставени допълнителни средства за инвестиции в държавни лечебни заведения за болнична помощ – търговски дружества, вкл. и за оборудване на лечебните заведения с апаратура, свързана с диагностика, наблюдение и лечение на COVID-19.

Приоритет за 2020 г. е запазването на финансовата стабилност на системата на здравеопазване в условията на извънредна епидемична обстановка, чрез осигуряване на необходимите допълнителни разходи поради чувствителното увеличаване на потребностите както на системата на общественото здраве, така и на извънболничната и болничната медицинска помощ.

В условията на необходимост от насочване на повече средства в тази извънредна ситуация и към други жизнено важни за качеството на живот на населението сектори, спазването на установените фискални правила в системата на публичните разходи, с цел поддържане на стабилност и фискална устойчивост в системата на здравеопазването е от съществено значение за ефективно и прозрачно разпределение на публичните ресурси.

По отношение на **Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти** поставените цели са свързани с осигуряване потребностите на населението от качествени, достъпни, доказани в терапевтичната практика и стойностно-ефективни лекарствени продукти, създаване на устойчива регулаторна среда за пациентите, институциите и индустрията и осигуряване на оптимален достъп на населението до лекарствени продукти в областите, общините и населените места с недостиг от аптеки. Едновременно с посочените общи цели лекарствената политика включва в себе си и специфични цели, които са в пряка връзка с провежданата национална здравна политика и социално-икономическите условия за отчетния период. Следва да се има предвид, че мерките адресирации предизвикателствата, открити в препоръката към България свързани с основните политики в лекарствения сектор на база на основните видове дейности са само част от комплексните политики и мерки в изпълнение на Националната здравна стратегия 2020. За изпълнение на адресираните предизвикателства, са предприети активни действия, като за целта е извършено:

- Осъществено е наблюдение и укрепване на законодателството в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия;
- Създадени са предпоставки за изготвяне на Национална аптечна карта.
- Внедрена е система за верификация на лекарствените продукти с цел противодействие на разпространението на фалшиви лекарства.
- Създадени са предпоставки за генериране и поддържане на национален код от единен държавен орган (НСЦРЛП).

- Гарантирано е своевременното осигуряване на населението, съобразно здравните потребности с лекарствени продукти и медицински изделия, отговарящи на международните стандарти за качество, ефективност и безопасност при употреба, съобразно законодателството и нормативната уредба. Провеждана е рационална лекарствена терапия, основана на добри клинични практики.

- Осигурени са лекарствени продукти за лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване: Министерство на здравеопазването чрез ангажимента си по реда на Наредба № 34/25.11.2005г. за реда за заплащане от държавния бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване е осигурило лекарствени продукти за лечение на следните заболявания: ХИВ/СПИН; Туберкулоза; Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост.

- Създадена е организация за осигуряването и доставката до лечебните заведения на лекарствения продукт Veklury (INN Remdesivir), за лечение на пациенти с COVID-19.

За описаните по-горе, цели и мерки за подобряване устойчивостта и усъвършенстване на равнопоставения достъп до качествени, безопасни и ефикасни лекарствени продукти и адаптиране на фармацевтичната система към нарастващите предизвикателства в здравната система са въведени следните инструменти с очаквани резултати:

Въвеждането на Национална аптечна карта ще допринесе до равен достъп на населението до лекарствени продукти, определяйки областите, общините и населените места с недостиг на открити аптеки чрез извършване на анализ на достъпа на населението до аптеки.

Допълнението на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти. Публикувана в Държавен вестник, бр. 19 от 06.03.2020 г. предотвратява увеличението на цените на лекарствените продукти за масова употреба, което също ще оптимизира достъпа на гражданите до лекарствени продукти.

С изготвения проект на Наредба 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 се очаква да се осигурят качествени помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия, предназначени за хората с увреждания.

Въвеждането на електронната рецепта дава възможност за постигане на високо качество и ефективност на здравните услуги. С електронизиране на дейността се подобрява координацията и приемствеността на здравните и фармацевтични грижи, а това води до по-продуктивна комуникация и взаимодействие между медицинските специалисти и техните пациенти. Възможността за удобно и в реално време споделяне на информация между медицинските специалисти подобрява безопасността на пациентите, намалява броя на грешките, помага да бъдат избегнати неблагоприятни събития и да се анализира прилагането на назначеното лечение.

Направените изменения и допълнения в Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от държавния бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (обн., ДВ, бр. 73 от 2020 г.) преодоляват съществуващото затруднение при закупуване на лекарствени продукти, предназначени за лечение на инфекциозни заболявания, за които липсва алтернатива за лечение с други лекарствени продукти.

В основата на *Политика 2.3. Развитие на интегрирана система за спешна медицинска помощ* е залегнала концепцията за изграждане на интегриран модел на система от лечебни заведения, осигуряващ равнопоставен достъп на населението до спешна медицинска помощ, съответстваща на най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, непрекъснатост, достатъчност, качество и безопасност. Основна отправна точка за преодоляването на съществуващите дисбаланси в осигуреността на населението и интегрирането на отделните функционални елементи на системата според стратегията е въвеждането и прилагането на Националната здравна карта, в която да се определи териториалното разпределение на спешните структури в извънболничната и болничната помощ.

Съгласно стратегията в болничната част на системата трябва да бъдат определени лечебните заведения, отговорни за осигуряването на безотказен прием на спешни пациенти, в т.ч. специализирани спешни центрове (травмацентрове; кардиоцентрове, мозъчно-съдови центрове, токсикологични центрове и др.) на областно, регионално и национално ниво. Всички структури на системата за спешна помощ, трябва да бъдат подкрепени с инвестиции в инфраструктурата, осигуряващи високо ниво на технологично оборудване на всяко място за обслужване на спешните пациенти-санитарни превозни средства, филиали за спешна медицинска помощ и спешни болнични структури. Развитие на възможностите за телемедицина и комуникационно-информационното осигуряване на дейностите също следва да бъдат обект на приоритетно планиране.

Стратегията подчертава, че особени усилия следва да бъдат положени за осигуряване на необходимите човешки ресурси чрез прилагане на комплекс от мерки за обучение и интегриране в дейността на спешните екипи на парамедицински персонал и въвеждане на система за непрекъсната квалификация и оценка на знанията и уменията на всички работещи в системата. Тези мерки следва да бъдат подкрепени с устойчиво финансиране на структурите, осъществяващи спешна медицинска помощ, гарантиращо поддържането на необходимия капацитет и отчитащо обема и нивото на обслужване на спешните случаи.

Системата се финансира изцяло от бюджета на Министерство на здравеопазването по програма „Спешна медицинска помощ“, като общият размер на средствата за 2019 г. възлиза на 184 277 006 лв. През периода 2015-2019 г. размерът на средствата за финансиране на системата е увеличен с над 100% – 122 млн. през 2015 г., 184,2 млн. лв. през 2019 г. и 228,3 млн. лв. за 2020 г. Най-голям дял имат разходите за заплати и осигуровки – 72% от общият бюджет, следват разходите за издръжка – 11% и капиталовите разходи в размер на 17% от общия бюджет. Финансирането на дейността на болничните спешни отделения се покриват от държавата чрез субсидии за извършена дейност. Субсидията покрива разходите само за обслужени в спешните отделения пациенти, които не са били хоспитализирани, като за периода на действие на НЗС постига почти двойно увеличение – от 26 млн. лв. достига 48,9 млн. лв.

През 2020 г., в съответствие с приетата Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014–2020 г., Министерство на здравеопазването продължи политиката за опазване и развитие на човешките ресурси в системата чрез създаване на благоприятни условия на труд, добро заплащане, обучение и ясни възможности за кариерно развитие, сигурност и безопасност на работното място. Бюджетът за възнаграждения на персонала на ЦСМП беше увеличен, като за периода 2015-2020 г. увеличението достигна 100% спрямо изходното ниво през 2014 г. В резултат на предприетите мерки се наблюдава положителна тенденция за намаляване текучеството на персонал в ЦСМП.

За гарантиране на адекватна структура на системата, като елемент на Националната здравна карта, е разработена Карта на системата за спешна медицинска помощ, съдържаща броя и местоположението на структурите за спешна медицинска помощ, в т.ч. и техните райони на обслужване, която остава непроменена през 2019 г. При определяне на районите на обслужване на филиалите за спешна медицинска помощ (197) бе взето предвид възможно-най-краткото време за достъп до и от съответното населено място, без оглед административното деление на областите. Картата на спешната медицинска помощ определи потребности и от създаване на т.нар. „изнесени екипи“ към филиалите за спешна медицинска помощ, в райони

с идентифицирани затруднения в достъпа на населението, поради което в нея са заложили 17 изнесени екипа в областите Бургас, В. Търново, Враца, Добрич, Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Монтана, Пазарджик, Пловдив, Смолян, Ст. Загора и Шумен. В Националната здравна карта бяха определени потребностите от спешни отделения (СО) с II и III ниво на компетентност по области и региони. Направеният анализ показва, че планираното в Картата на системата за спешна медицинска помощ териториално месторазположение на структурните единици на системата (ЦСМП с филиали и Спешни отделения) осигурява оптимален достъп на населението до спешна медицинска помощ. Бъдещите подобрения в достъпа и качеството на предоставяната на българските граждани спешна медицинска помощ не налагат промяна в създадената териториална структура на системата.

В изпълнение на заложените в Националната здравна стратегия 2020 и Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014-2020 г. ангажименти през 2020 г. Министерство на здравеопазването продължи да изпълнява мерки за подобряване на структурата и материално-техническа обезпеченост на системата за спешна медицинска помощ. През отчетния период бяха реализирани голям обем дейности в рамките на изпълнението на Голям инвестиционен проект BG16RFOP001-4.001-0001 "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ", финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж” 2014-2020 г. Основната цел на проекта е обновяване и модернизация на сградния фонд и оборудването в системата на спешната помощ на територията на цялата страна – спешните отделения на 34 лечебни заведения за болнична помощ, 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и разкритите към тях 170 филиали (ФСМП) и 6 изнесени екипа. С осигурените средства в размер на 163 987 815.62 лв. поетапно се извършва строителство, ремонт, реконструкция и оборудване на 197-те филиала на центровете за спешна медицинска помощ и 34 спешни отделения на болниците. В рамките на проекта ще бъде осигурено цялостно преоборудване и закупуване на нова модерна техника, включително и 400 нови линейки, снабдени с животоспасяваща апаратура. В изпълнение на проектните дейности, през 2020 г. са извършени доставки на 148 линейки, от които 70 бр. тип В, 30 бр. тип С, 48 бр. тип В 4x4. Линейките са окомплектовани с необходимото оборудване. Сключени са договори за доставка на медицинска апаратура и специализирано оборудване за 237 обекта от системата на спешната медицинска помощ – спешните отделения на 34 лечебни заведения за болнична помощ и филиалите за СМП към 27-те ЦСМП.

В съответствие с мерките, заложили в стратегическите документи, насочени към развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ, Националният център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ продължи изпълнението на дейности по проект „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“, финансиран в рамките на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г. Една от целите на проекта е да се надгради постигнатото в предишния програмен период по проект „ПУЛСС – Практически увод в лечението на спешните състояния”, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013 г. Основната цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, чрез инвестиции в човешкия капитал. Наложени противоепидемични мерки във връзка с пандемията от COVID-19 затрудни значително провеждането на присъствени занятия през 2020 г., като обучение преминаха само 960 служители (лекари, специалисти по здравни грижи, парамедици и шофьори) от центровете за спешна медицинска помощ по теми, пряко свързани с диагностиката и лечението на най-често срещаните спешни състояния.

Политика 2.4. Развитие на първичната извънболнична помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ се фокусира върху необходимостта от осигуряване на подходящи организационни и финансови механизми за развиване на капацитета на първичната медицинска помощ така, че тя да се утвърди като водеща структура в една, ориентирана към пациента система от координирани грижи, включваща и структурите за обществено здраве, специализираната помощ и различни социални услуги. Според стратегията подобни интегрирани здравно-социални подходи и услуги ще бъдат в състояние да решат по най-

добрия начин потребностите на пациентите от поддържащо лечение, общи и/или специфични здравни грижи, социална рехабилитация в амбулаторна или домашна обстановка и ще доведат до чувствително намаляване на потребностите им от прием в болници за активно лечение. Обръща се внимание на необходимостта от подкрепа за повишаване на квалификацията на общопрактикуващите лекари. В стратегията се подчертава, че първичната помощ следва да бъде подкрепена от специализирана медицинска помощ, осигурена с модерна апаратура, осъществявана на развиващата се с бързи темпове медицинска технология. Тя следва да осигурява извършването на голям брой дейности, в т.ч. високотехнологични, в амбулаторни условия. Посочва се, че такъв капацитет трудно би могъл да бъде развит в условията на съществуващата система за специализирана извънболнична медицинска помощ. В тази връзка се препоръчва да бъде използван технологичния и кадрови капацитет на болниците за осъществяване на амбулаторни дейности, в т.ч. високоспециализирани консултации и медико-диагностични изследвания. Като цел на изпълняваната политика са преодоляване на неравнопоставения достъп до първична помощ, особено в труднодостъпни и отдалечени райони, пълноценно използване на капацитета на първичната помощ за развитие на дейностите по промоция и профилактика и създаване на условия за комплексна и високотехнологична диагностика и лечение в извънболничната помощ

За гарантиране на достъпа на населението до базови медицински услуги в първичната медицинска помощ, в Националната здравна карта (НЗК) е определен необходимият брой лекари в първичната медицинска помощ. За целта беше приложен подход, насочен към универсална осигуреност на населението с общопрактикуващи лекари и лекари по дентална медицина при оптимална численост на обслужваното от 1 лекар на 1 500 души население. По данни от годишния отчет за дейност на НЗОК за 2020 г., средната осигуреност с общопрактикуващи лекари за страната е един лекар на 1 741 здравноосигурени лица, докато предходната година един лекар е обслужвал 1 718 лица.

С цел гарантиране на достъпа на населението от труднодостъпни и неблагоприятни райони до първична медицинска помощ, както и с оглед преодоляване на здравните неравенства, ежегодно НЗОК утвърждава методика, с която се определя месечно заплащане за работа в населени места с неблагоприятни условия на работа на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ.

Във връзка с възникналата пандемия, през 2020 г. НЗОК утвърди Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнители на медицинска помощ, на дентална помощ и на медико-диагностични дейности за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка.

В НЗК са планирани и потребностите на населението от специалисти по здравни грижи в извънболничната помощ. С най-голям дял в планираната осигуреност са медицинските сестри, като при тях е заложен параметър за осигуреност от 180 на 100 000 души население при настояща осигуреност средно между 50 и 70 на 100 000 в различните области на страната.

Осигуряването на ефективно приложение на механизмите на Националната здравна карта за планиране на ресурсите в първичната медицинска помощ, в т.ч. за осигуряване на адекватни стимули за медицинските специалисти за професионално развитие в системата за първична медицинска помощ (с приоритет в регионите, където е уставен най-голям недостиг) е ключово условие за успешното реализиране на политиката.

През 2020 г. бяха приети изменения на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, с които е създадена нормативна възможност пациентите с COVID-19 да бъдат диагностицирани и лекувани в рамките на пакета от здравни дейности на НЗОК, както и НЗОК да заплаща на лабораториите по вирусология и по микробиология дейностите по диагностика на заболяването COVID-19 в извънболничната медицинска помощ, а при необходимост от болнично лечение пациентите с COVID-19 да бъдат хоспитализирани по съответните клинични пътеки.

Като важен елемент от профилактичната дейност, осъществявана в първичната медицинска помощ, се явява провеждането на редовни профилактични прегледи на населението. В

зависимост от възрастовите особености, с Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, са определени обхват и честота на профилактичните прегледи за различните възрастови периоди за деца и възрастни. Дейностите по профилактика на заболяванията, включени в пакета, осигуряват изпълнението на изискванията за извършване на профилактични прегледи включително формиране на рискови групи пациенти за развитие на сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, злокачествени новообразувания и др.

По данни на НЗОК, през 2020 г. са отчетени 2 082 427 профилактични прегледа на лица на 18 години. Средно за страната се отчитат 8,71 прегледа на деца от 0 до 1 година, 2,74 – за деца от 1 до 2 години, 1,3 профилактични прегледи на здравноосигурени лица от 2 до 7 години и 0,77 при децата на възраст от 7 до 18 г. Средният брой на отчетените профилактични прегледи при лицата над 18 години е 0,35 прегледа на едно здравноосигурено, при предвиден един преглед годишно.

По отношение на социално-значими и приоритетни за страната заболявания за лицата над 18 г. от рискови групи, в рамките на провеждания годишен профилактичен преглед от ОПЛ, се извършва оценка на рисковите фактори и вредни навици, водещи до увреждане на здравето. Въз основа на тези данни се определя риска за развитие на социално-значими хронични заболявания в резултат на наличието на определени рискови фактори и се формират групи пациенти с риск от развитие на заболяване. Групите са формирани в зависимост от наличието на установени рискови фактори за развитие на някои от основните социално значими заболявания, които имат съществен принос за високата смъртност, честотата на временната неработоспособност и ранната инвалидизация – сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет тип 2, злокачествено новообразувание на шийката на матката, на млечната жлеза, на ректосигмоидалната област и на простатата. Идентифицирани са 16 958 лица над 18 години, които са с риск от развитие на сърдечно-съдови заболявания, 168 503 са включени в група с рискови фактори за развитие на захарен диабет тип 2, 11 484 – в рискови групи за развитие на новообразувание на шийката на матката, 35 525 – в рискови групи за развитие на злокачествено новообразувание на млечната жлеза, 17 041 – в рискови групи за развитие на злокачествено новообразувание на ректосигмоидалната област и 777 лица са включени в рискови групи за развитие на злокачествено новообразувание на простатата.

През 2020 г. броят на диспансеризирани при ОПЛ е 1 768 766, а средният брой на отчетените диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ намалява на 2,48 прегледа спрямо 2,66 прегледа за 2019 г. Най-голям брой лица са диспансеризирани при ОПЛ по повод болести на ендокринната система и болести на органите на кръвообращението. Отчетени са 6 217 713 първични консултативни прегледи в СИМП, като най-голям брой диспансеризирани при лекар специалист са пациенти с болести на дихателната система и с болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата.

Намаление се отчита и при отчетените високоспециализирани медицински дейности, като най-много са дейностите „Ехокардиография“, „Електроенцефалография“, „Доплерова сонография“, „Електромиография“ и „Диагностична и терапевтична пункция на стави“.

Отчетеното намаление спрямо 2019 г. на профилактичните и диспансерните прегледи и изследвания се дължи на въведените ограничения в продължителните периоди на дифузно разпространение и висока заболяемост от COVID-19.

Законът за бюджета на НЗОК за 2020 г. показва ясно изразената тенденция в провежданата държавна здравна политика за развитие на системата за извънболнична помощ, с акцент върху дейностите по промоция и профилактика на заболяванията. Общият бюджет за извънболнична помощ през 2020 г. е с 50,1 млн. лв. повече спрямо 2019 г., 116,3 млн. лв. повече спрямо 2018 г. и с 146,9 млн. лв. повече спрямо 2017 г. Планираните средства за първичната извънболнична медицинска помощ за 2020 г. са увеличени с 19 млн. лв. спрямо бюджета за 2019 г., увеличението за специализирана извънболнична помощ през 2020 г. е с 14 млн. лв., бюджетът за дентална помощ е увеличен два пъти с по 13 млн. лв., а за медико-диагностични изследвания – с над 4 млн. лв. повече спрямо 2019 г. Със средствата бе осигурено увеличението на заплащането за капитация, профилактични дейности и по диспансерно наблюдение на

лица с хронични заболявания, подлежащи на диспансеризация, като по този начин беше осигурено финансово и прилагането на нормативните промени, свързани с разширяване на обема и обхвата на дейностите, осъществявани от изпълнителите на извънболничната медицинска помощ.

По отношение на *Политика 2.5. Оптимизирана болнична помощ* в стратегията се посочва, че в болничния сектор на България през последните години се наблюдава бърз растеж, който създава значителни предизвикателства към устойчивостта на системата и ограничава средствата за покриването на потенциално по-ефективни разходи в други области – промощия на здраве и профилактика на болестите, развитие на първичната медицинска помощ и др. Отчита се, че осигуреността с болнични легла в България е относително висока, но е съизмерима с други европейски страни с добре развита здравна система, т.е. основна причина за неефикасността на болничната система не е високият общ брой на болничните легла, а тяхната неефективна структура с превес на леглата за активно лечение и ниска осигуреност с легла за дългосрочна грижа, както и големия брой болници – (4,4 болници на 100 000 жители при 2,7 болници на 100 000 жители за ЕС).

Според стратегията за оптимизиране на болничния сектор е необходим широк обхват от интервенции, насочени към оптимизиране на мрежата от болниците за активно лечение и намаляване на броя на леглата в тях, при увеличаване на възможностите им за високотехнологично лечение на остри заболявания и нарастване на подкрепящата роля на системата за извънболнична помощ, структурите за рехабилитация и дългосрочни грижи. Преструктурирането на болничния сектор изисква активна политика за преодоляване на нарастващите дисбаланси в достъпа на населението до болнична помощ и свръхконцентрацията на болнични мощности в определени центрове и въвеждане на ефективна регулация при разкриването на нови болници и болнични структури.

С оглед това беше регламентиран задължителният характер на Националната здравна карта със, чрез която да се определят на териториален принцип потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ на областно, регионално и национално ниво. Този подход има за цел да оптимизира механизмите за планиране на медицинските дейности, в т.ч. на болничната помощ, съобразно нуждите на националната система на здравеопазване. С Решение № 361 Министерски съвет от 29.05.2018 г. Националната здравна карта на Република България утвърдена.

Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, определя дейностите и услугите в болничната помощ да се осъществяват в рамките на определени системи от изисквания – клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури в определен с наредбата обхват. Включените в наредбата дейности, изпълнявани в болнични условия (клинични пътеки и клинични процедури), гарантират достъпа до съответна специализирана медицинска помощ на пациентите, за които необходимите диагностично-лечебни дейности не могат да бъдат осъществени в извънболнични условия. В наредбата е определен обхватът на клиничните пътеки, включващ както общите медицински дейности, така и специфични дейности, които осигуряват прилагането на специфичната и индивидуална медицинска грижа. Заложените в наредбата медицински дейности, които могат да се осъществяват като амбулаторни процедури, са определени като система от определени с националния рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват в пакета дейности в лечебни заведения с легла, съответно с диализни постове (диализни места) на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение. Обхватът на дейностите, които могат да бъдат извършвани в амбулаторни условия, т.е. без да се налага хоспитализация на пациента, от една страна минимизира рисковете, свързани с болничния престой (вътреболнични инфекции, физически и емоционален дискомфорт и др.), а от друга – повишава ефективността на медицинската помощ и минимизира излишните разходи за болничния престой, които не са продиктувани от здравното състояние на пациента и не са свързани с конкретни медицински дейности. По този начин

се осигурява ефективно спрямо разходите предоставяне на здравно обслужване, оптимизиране на болничната мрежа и развиване на възможностите за извънболнично лечение. В случаите на необходимост от продължаващо наблюдение на пациентите и/или при наличие на медицински риск от настъпване на усложнения от проведената процедура, наредбата дава възможност пациентът да продължи престоя си в лечебното заведение след проведена амбулаторна процедура до отпадане на необходимостта от наблюдение или липса на риск от усложнения.

Дейностите в болничната помощ от пакета се осъществяват на база определен диагностично-лечебен план незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, стадия, тежестта и остротата на съответното заболяване. Дейностите в обхвата на клиничните пътеки, свързани с детско и майчино здравеопазване (бременност, раждане, грижи за новородени деца), заболявания, определени като социално значими – кардиологични, онкологични, неврологични, на дихателната система, на храносмилателната система и др., заболявания и състояния, които предполагат спешен или непосредствен прием – животозастрашаващи състояния, остри заболявания, травматични, инфекциозни, изострени хронични заболявания и др. се извършват в условията само на незабавен прием. Дейности в обхвата на клинични пътеки, свързани с диагностика, лечение или рехабилитация на пациенти със заболявания, които в зависимост от развитието, стадия, тежестта и остротата си определят различна медицинска необходимост от прилагането на определени дейности, се осъществяват в условията на незабавен или планиран прием по решение на екипа медицински специалисти в лечебното заведение, към което се е обърнал пациента.

В Наредба № 9 от 2019 г. е обърнато специално внимание на комплексното лечение, като е заложено изискване за осигуряване на комплексно лечение на пациенти с онкологични и онкохематологични заболявания, което да включва всички етапи на диагностично-лечебния процес. Подобен подход е приложен и по отношение на други заболявания, предвид необходимостта от непрекъснатост и приемственост на медицинските грижи при пациентите с тези заболявания, както и от мултидисциплинарен подход, там, където е необходимо. Чрез въвеждането на изисквания за комплексно и интегрирано обслужване на пациенти с определени социално значими и редки заболявания се цели прилагане и координиране на мултидисциплинарен подход при извършването на профилактика, диагностика, лечение, проследяване и рехабилитация. Това гарантира непрекъснатост в осигуряването на медицинските дейности на пациента във всеки момент или период от обслужването му, в зависимост от етапите на развитие на болестта и потребностите му и с цел повишаване качеството на неговия живот.

Като специфична дейност в обхвата на всички клинични пътеки и амбулаторни и клинични процедури са включени здравните грижи, предоставяни от специалистите по здравни грижи по време на болничното лечение на пациента. Те са включени като част от общия комплекс медицински дейности, включващ и дейностите, свързани с диагностика, лечение и рехабилитация. Това се основава на разбирането, че осигуряването на достатъчни и качествени здравни грижи е важно условие за гарантиране на качеството и ефикасността на болничното лечение и съответства на политиката на повишаване на качеството и удовлетвореността на пациентите от предоставените здравни услуги.

С изменение на наредбата през 2020 г. е създадена нормативна възможност пациентите с COVID-19 да бъдат диагностицирани и лекувани в рамките на пакета от здравни дейности на НЗОК, както и НЗОК да заплаща на лабораториите по вирусология и по микробиология дейностите по диагностика на заболяването COVID-19 в извънболничната медицинска помощ, а при необходимост от болнично лечение пациентите с COVID-19 да бъдат хоспитализирани по съответните клинични пътеки. В наредбата беше включен и иновативният метод за оперативно лечение, асистирано с робот при злокачествени заболявания, който вече може да се заплаща от НЗОК. Така пациенти с онкологични заболявания имат достъп до провеждането на асистирано с робот хирургично лечение при оперативни интервенции по повод злокачествени заболявания на стомаха и червата, на черния дроб, панкреаса, белия дроб и простатата, а преимуществата на този вид лечение са свързани с постигането на по-голяма радикалност и кон-

трол при оперативното лечение на злокачествени заболявания, по-бързо следоперативно възстановяване и по-малко усложнения, по-малка кръвозагуба при операцията, намалена болкова симптоматика при пациентите, подложени на оперативно лечение, скъсен болничен престой след оперативната интервенция.

Допълнителен механизъм за подкрепа на лечебните заведения за болнична помощ е Наредба № 3 от 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения. Чрез наредбата се субсидират държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ за оказване на спешна медицинска помощ, за стационарна психиатрична помощ, за дейности в населени места в труднодостъпни и/или отдалечени райони за лечение, за лечение със субституиращи и поддържащи програми с метадон и дневни психорехабилитационни програми, осигуряване на медицински дейности при пациенти с инфекциозни заболявания и с неспецифични белодробни заболявания; за осигуряване на устойчивост на медицинските дейности и специализираните грижи, предоставяни на определени лица в изпълнение на проекти и програми, финансирани със средства от Европейските структурни и инвестиционни фондове или от други международни финансови институции и донори; за поддържане на медицински регистри; за медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК; за отпих и лечение за ветерани от войните, военноинвалиди и военно-пострадали. През 2020 г. по реда на наредбата определени лечебни заведения за болнична помощ получиха подкрепа за лечението на пациенти с COVID-19.

Съществено значение не само за реализацията на политиката, а и за цялостната реализация на НЗС и поставените национални здравни цели, е изграждането на високотехнологични центрове за ендоваскуларно лечение на мозъчно-съдови заболявания (инсулти; артерио-веннозни малформации и аневризми), които бяха подпомагани чрез Методиката за субсидиране на лечебните заведения, а сега се финансират от НЗОК. Предвид огромната тежест на мозъчно-съдовите заболявания по отношение на показателите за смъртност и трайна неработоспособност в страната и значителното изоставане в тази област спрямо другите европейски страни, продължаването и развитието на тази дейност е от ключово значение за подобряване на здравни статус на населението.

За подобряване качеството на болничните дейности през 2020 г., съвместно с експертните съвети по съответните медицински специалности, продължи активната работа по изработването на нови медицински стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и за осигуряване защита на правата на пациента, съгласно изискванията на чл. 6а от Закона за лечебните заведения. Бяха разработени проекти на 20 наредби за утвърждаване на медицински стандарти по следните медицински специалности: „Очни болести“, „Детска клинична хематология и онкология“, „Нефрология“, „Хирургия“, „Съдова хирургия“, „Ревматология“, „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“, „Ортопедия и травматология“, „Обща медицина“, „Образна диагностика“, „Нуклеарна медицина“, „Неврохирургия“, „Лъчелечение“, „Лицево-челюстна хирургия“, „Кардиохирургия“, „Инфекциозни болести“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Детска хирургия“, „Гръдна хирургия“ и „Акушерство и гинекология“. Наредбите ще бъдат обнародвани през 2021 г. Целта на промяната в стандартите, обуславяща продължителната работа съвместно с експертните съвети по отделните медицински специалности, започнала през 2019 г. беше да се осъвременят в съответствие с последните приети новости, да се уеднаквят по структурирано съдържание и да се премахнат някои несъответствия в изискванията между отделните стандарти, касаещи сходни по своята същност медицински специалности.

През 2020 г. НЗОК сключила договор с 371 лечебни заведения за болнична помощ с общо 48 187 легла, които са с 471 повече от предвидените в Националната здравна карта. Осигуреността на 100 000 души от населението с тези легла е 693,19. Най-много болнични легла на брой население се падат на населението на област Пловдив – 1 104 на 100 000 души и област Плевен – 1 049 на 100 000 души, а най-малко – в областите Ямбол (295), Кърджали (303) и Добрич (319). Разпределението на легла по форма на собственост на лечебните заведения през

2020 г. в проценти е следното: държавни – 33,2%, частни – 24,9%, общински – 22,2%, смесена (държавно-общинска) собственост – 19,8%. Повече от половината от леглата са концентрирани на територията на 5 области – София (столица), Пловдив, Бургас, Варна и Плевен – общо 56,7%. През 2020 г., средно за страната използваемостта на болничните легла е 43,3%, като най-висока е при терапевтичните легла, където процентът на този показател е 61,5, хирургични – 47,3%, акушеро-гинекологични – 46,3%, а най-ниска при леглата за интензивно лечение – 15,9.

През 2020 г. 20 лечебни заведения за болнична помощ бяха одобрени по реда на Наредба № 8 от 2019 г. за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти, с която се регламентират критериите и условията, на които трябва да отговаря структурата и организацията на дейността в лечебните заведения, необходимото оборудване и квалификацията на персонала, за да могат да осъществяват дейностите по практическо обучение на студенти и докторанти по медицина, дентална медицина и фармация, на студенти по специалности от професионално направление "Здравни грижи" и следдипломно обучение на лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти, специалисти по здравни грижи.

Значимо събитие, белязало процесите във всички сфери на обществения живот през 2020 г., е възникналата пандемия от COVID-19, която изправи пред сериозно предизвикателство здравните системи не само в България и ЕС, но и в целия свят. Това обстоятелство наложи да усилията да бъдат насочени към прилагане на комплексни мерки за укрепване на здравната система чрез осигуряване на допълнителна медицинска апаратура и оборудване за нуждите на ковид отделенията, на предпазни средства за медицинския персонал, на специфични лекарствени продукти за лечение на ковид, както и на финансови стимули за медицинските специалисти, работещи на „първа линия“.

По отношение на **Политика 2.6. Електронно здравеопазване** в стратегията се посочва, че на фона на бързото развитие на електронното здравеопазване в другите европейски държави, България все още не е изградила адекватна здравно-информационна система, която да осигури необходимата информация за нуждите на управлението и потребителите на здравни услуги, в т.ч. за изпълнение на ангажиментите на страната във връзка с трансграничния обмен на здравни данни. Наличните информационни системи и бази от данни не са системно интегрирани и не дават реална представа за общото състояние на системата на здравеопазването, което затруднява процеса на планиране на здравната политика. Според стратегията, интеграцията и свързаността в сферата на здравеопазването чрез създаване на Национална здравно-информационна система е основен инструмент за осигуряване на ефективното функциониране на здравната система. Целта на изграждането на единна система е създаването на възможност за обмен и контрол на информацията в реално време, включваща електронен пациентски запис, електронна автентификация, регистри на основните участници в системата на здравеопазването и обвързаност между тях. Подобна интеграция е от изключителна важност и за подобряването на дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването.

В изпълнение на мерките от Политика 2.6. е подаден проект за осигуряване на техническа помощ за изготвяне на стратегия за електронно здравеопазване за периода 2021-2027 г., който ще се финансира от Службата за подкрепа на структурни реформи на Европейската комисия. През 2019 г. проектното предложение е одобрено и е сключен договор между Европейската комисия и Изпълнителя за изпълнението на проект „Разработване на проект на Стратегия за електронно здравеопазване (2021-2027 г.) и План за действие като част от българското електронно управление“. През 2020 г. в изпълнение на проекта е предоставен „Ситуационен анализ на електронното здравеопазване“ и са проведени дистанционни сесии с представители на различни държави членки на ЕС с цел обмяна на опит. Проектът следва да приключи през настоящата година.

През 2019 г. Министерство на здравеопазването предприе действия по постигане на общите цели за свързаност в рамките на Европа и подготви проектно предложение за трансграничен обмен на здравни данни по конкурс по Механизма за свързване на Европа. През 2020 г. предложението бе одобрено и се сключи Споразумение за отпускане на безвъзмездни средства в рамките на Механизма за свързване на Европа, с краен срок 28.06.2024 г. В рамките на проекта ще бъде изградена Национална контактна точка, чрез която ще се осигури възможност за трансграничен обмен на електронни рецепти и електронни здравни досиета на гражданите от страните членки на ЕС. Проектът ще подпомогне развитието на електронно здравеопазване в България и ще подобри достъпа до качествени и ефективни здравни услуги за българските граждани.

През 2019 г. бе сключен договор, с който бе възложена разработката на Информационна система за контрол и мониторинг на решенията за временна неработоспособност. Основната цел на системата е постигането на автоматизация, проследимост и високо ниво на контрол на процеса по подаване и обработка на документи за временна неработоспособност на лицата във всички региони на страната, както и интеграция с информационните системи на основни участници в процеса. Предвижда се системата да бъде финализирана и внедрена в рамките на 2021 г.

През 2020 г. бе въведена в експлоатация Информационна система за контрол на медицинската експертиза, която поддържа електронен профил на всички лица, които са били или са обект на медицинската експертиза. Информационната система обслужва цялостния процес по освидетелстване/преосвидетелстване пред органите на медицинската експертиза. През системата гражданите могат да подават заявления за освидетелстване/преосвидетелстване.

През 2020 г. започна разработката на Националната здравна информационна система, чрез която ще се положи основата на електронното здравеопазване и посредством която ще се осъществи връзка между множество, разработени към момента системи в различни организации в сферата на здравеопазването, между които НЗОК, доброволни дружества, национални центрове и изпълнителни агенции, лечебни заведения и др. В техническото задание, съгласувано с Държавна агенция „Електронно управление“, са включени следните основни модули: ядрото на НЗИС, номенклатури, стандарти, електронни административни услуги, регистри, здравно-информационен портал, електронна рецепта и електронно направление, електронно медицинско досие/електронен здравен запис, система за мониторинг и контрол, подсистема за събиране на информация от болници и single sign-on. Във връзка с последните изменения на Закона за електронното управление дейностите по разработката на НЗИС са възложени на Националния системен интегратор, като крайния срок за изпълнение е месец декември 2022 г..

В края на 2020 г. бяха въведени в реална експлоатация дългоочакваните електронна рецепта (бяла и бл. МЗ-НЗОК № 5 и 5А) и електронно направление за медико-диагностична дейност (бл. МЗ-НЗОК № 4, за изследвания за COVID-19) и не на последно място електронното медицинско досие (ЕМД)/електронен здравен запис (ЕЗЗ). Въвеждането им е първа стъпка от въвеждането на Националната здравна информационна система. Гражданите вече могат да достъпват своите ЕМД/ЕЗЗ, в които ще се съдържа информация за предписаните и отпуснатите им електронни рецепти и електронни направления.

През 2020 г. в кратки срокове бе разработена и внедрена в експлоатация Национална информационна система за борба с COVID-19, която предоставя достъп на всички заинтересовани лица и участници в процеса. Част от системата е Регистър на лицата, поставени под карантина и на потвърдените случаи на COVID-19, поставени в изолация в лечебно заведение, изпълняващо болнична помощ или в домашни условия. Въведено е и Мобилно приложение, което предоставя възможност за проследяване на обективното състояние на заболели лица. Също така бе въведен и Модул за заетост на болничните легла, определени за лечение на пациенти с основна или с придружаваща инфекция SARS-CoV-2, в който ежедневно се отчита тяхната заетост.

В отговор на пандемията бе разработен и внедрен електронен сертификат за ваксинация срещу COVID-19. Страната ни бе сред първите държави членки, които се интегрираха със системата на Европейската комисия. Бяха въведени и електронни сертификати за преболедуване и за негативен тест за наличие на COVID-19. Разработено е и мобилно приложение, което ще позволи на притежателите на сертификат да разполагат с тях на мобилните си устройства. Приложението предстои да бъде внедрено.

Предвид дългосрочния характер на заложените мерки за изграждане на Националната здравна информационна система, на разработването и прилагането на концепция за развитие на телемедицината в Република България, и развитието на електронното здравеопазване, е необходимо в следващия период да бъдат положени допълнителни усилия, както и да бъдат осигурени съответните ресурси – финансови и човешки, за постигане на планираните резултати.

Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване се основава на схващането, че работещите в системата на здравеопазване са основният капитал, с който тя разполага. Той обхваща съвкупността от техните знания, умения, компетентности, способности, здравословно състояние и работоспособност, мотивация и поведение в труда, които имат определена стойност и са източник на сегашни и бъдещи доходи както за медицинските специалисти – носители на човешкия капитал, така и за системата, която при договорени условия използва този капитал. В стратегията се подчертава, че здравеопазването е отрасъл с висока трудоемкост и един от най-големите икономически сектори в ЕС, като на него се падат около 17 млн. работни места (8% от всички работни места). Застаряващото население и нарастващото търсене на здравни услуги са гаранция за това, че секторът на здравеопазването ще остане основен двигател на заетостта в бъдеще. Държавата следва да инвестира и да подпомага инвестициите в развитието на човешкия капитал в системата на здравеопазването, защото по този начин се постига по-високо качество на медицинските услуги, увеличена конкурентоспособност, по-високи и устойчиви темпове на икономически растеж и по-висок жизнен стандарт на населението.

В стратегията се посочва, че по осигуреност с медицински специалисти България все още заема позиции доста над средните за страните от ЕС с изключение на професията „медицинска сестра“, за която България е на едно от последните места по осигуреност. Възрастовата структура на работещите следва общата демографска тенденция за страната за застаряване на населението. Регионалното разпределение на медицинските специалисти е непропорционално и дисбалансирано (както и на населението като цяло), което води до затруднен достъп на населението в определени райони до здравни грижи и влияе върху качеството на медицинската помощ и ефективността и резултатността на медицинския труд. Свободното движение на хора в рамките на ЕС създава възможност за миграция на здравни специалисти от България към другите европейски държави, която за лекарите и за медицинските сестри през 2020 г. е в рамките на 1% и съответно не представлява заплахата за здравната система в страната.

Обучението и квалификацията на кадрите, работещи в системата на здравеопазването е обект на сложна нормативна регламентация и се планира, организира и осъществява от голям брой субекти. Подготовката на медицинските кадри се извършва в системата на висшето образование. През 2020 г. обучението на медицинските специалисти в Република България се провежда в 9 висши училища, като продължителността и съдържанието на обучението са синхронизирани с общностното право.

Във връзка с установения сериозен проблем с малкия брой на медицинските сестри в периода 2015-2020 г. МЗ провежда целенасочена политика, в партньорство с МОН, за увеличение броя на студентите по специалност „Медицинска сестра“.

Следва да се отбележи, че през последните 20 години се наблюдава дисбаланс в съотношението на утвърдените места за студенти по „медицина“, като броят на местата за студенти по „медицина“ надвишава броя на местата за студенти по специалност „медицинска сестра“. Прието е, че за оптималното функциониране на здравната система е необходимо съотношението медицински сестри/лекари да е поне 2:1. Към 31.12.2020 г. по данни на НСИ съотношението медицински сестри/лекари е едва 0,98:1 (29 160 медицински сестри и 29 717 лекари). С цел

избягване на отрицателните последици от неблагоприятното съотношение между медицинските специалисти, МЗ ежегодно предлага на МОН при утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти и докторанти във висшите училища и научните организации на Република България да се увеличи максимално броят на студентите по специалност „медицинска сестра” в рамките на капацитета на висшите училища. Предприетите действия за разширяване на приема на студенти по медицински професии доведоха до увеличение на броя на завършващите медицински специалисти, което за професията „медицинска сестра“ обаче е крайно недостатъчно. За учебната 2020/2021 г. броят на студентите по специалност „медицинска сестра“ е увеличен със 105 (от 609 на 714), но този ръст не е достатъчен за осигуряване на необходимия брой медицински сестри в страната.

През последните години се наблюдава засилен интерес към обучение на немедицински специалисти, които могат да намерят място за трудова реализация в системата на здравеопазване – здравни асистенти, болногледачи, парамедици. Процесът на планиране, обучение и квалификация на тези кадри се осъществява в сферата на професионалното образование и обучение и се определя от бизнес-планове на съответните центрове за професионално обучение и от желанието и възможностите за обучение на кандидатите. Възможността за работодателите да назначават болногледачи и здравни асистенти, които предоставят общи грижи и съдействие на пациентите (хранене, общ тоалет, придружаване на болен и др.) е един от начините за намаляване на отчетеното свръхнатоварване на медицинските сестри (поради малкия им брой) и за възможност те да се фокусират върху специфичните за професионалната им квалификация дейности.

След придобиването на професионална квалификация по медицинска професия в системата на висшето образование, медицинските специалисти продължават обучението си и повишават квалификацията си в хода на професионалната си дейност. Следдипломното обучение в здравеопазването включва обучение за придобиване на специалност и продължаващо медицинско обучение. Прилагат се и различни вътрешни системи за повишаване на квалификацията на персонала в лечебните заведения. Дейностите в областта на обучението за придобиване на специалност се организират от Министерство на здравеопазването. Продължаващото обучение се осъществява от съсловните организации на медицинските специалисти, висшите училища, ВМА, БЧК и сдружения на работещите в здравеопазването, Съюзът на научните медицински дружества в България, Съюзът на учените в България, както и на медицинските асоциации по специалности.

Една от най-важните мерки за задържане на младите лекари и други медицински специалисти в страната е възможността за професионално развитие. По тази причина приоритетна цел, по която Министерството на здравеопазването работи активно, е създаването на привлекателни условия за придобиване на специалност. През 2020 г. беше реализирана промяна в Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, с която се подобриха условията за обучение на местата, финансирани от държавата, както и се подобриха някои аспекти от процеса на обучението.

През 2020 г. общият брой специализанти по Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването е 5 814, а на специализантите, започнали обучението си през 2020 г., са 960. Министърът на здравеопазването е утвърдил 235 места за специализанти, финансирани от държавата, а до държавен изпит за специалност са допуснати общо 1 127 кандидата (при 1 212 кандидата през 2019 г., 1 260 кандидата през 2018 г., 1 019 през 2017 г. и 940 за 2016 г.).

В подкрепа на политиката за развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване Министерство на здравеопазването продължи изпълнението на проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването” и на проект BG05M9OP001-3.007-0001 „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“, финансирани по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“.

МЗ издава удостоверения, необходими за работа в чужбина на медицински специалисти, придобили квалификацията си в Република България. През последните 13 години е налице явна тенденция за намаляване броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина на български граждани. Намалението е над четири пъти – от 655 през 2008 г. до 160 през 2020 г. Особено интензивно е намалението в броя на издаваните удостоверения в периода 2014-2020 г., когато броят им намалява над 3 пъти (от 501 на 160). За последните 13 години намалява и броят на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „медицинска сестра“ в чужбина (през 2020 г. са издадени само 77 удостоверения, за сравнение през 2008 г. са издадени 687, през 2014 г. – 327).

Важно е да се има предвид обаче, че от броя на издадените удостоверения не може да се направи извод колко от медицинските специалисти действително са заминали и са започнали работа по специалността си извън страната. Броят на тези удостоверения е мярка по-скоро за потенциалната емиграция на медицинските специалисти, тъй като издаването на удостоверение не е еквивалентно на заминаване в друга държава с цел дълготрайно установяване там. Част от издаваните удостоверения са необходими за признаване на професионалната квалификация в друга държава с цел обучение или краткосрочна работа, след което медицинският специалист се завръща в България. Част от медицинските специалисти желаят издаване на удостоверение без да имат конкретна възможност да започнат работа в чужбина.

През 2020 г. МЗ, като компетентен орган за признаването на професионална квалификация по регулираните медицински професии, е издало 74 удостоверения за признаване на професионална квалификация и специалност в областта на здравеопазването на лица, придобили професионалната си квалификация в чужбина.

Съгласно **Политика 2.8. Осигуряване на качеството и безопасността на медицинското обслужване** повишаването на качеството на здравните дейности е тясно свързано с развитието на националната система на здравеопазване, която трябва да се фокусира върху нуждите и очакванията на потребителите на здравни услуги и да въвлече в този процес участниците от всички нива. Осигуряването на качеството на здравната помощ изисква определяне и координиране на отговорностите и усилията на всички участници в управлението на процесите в здравеопазването – на национално ниво – Министерство на здравеопазването, Изпълнителна агенция „Медицински надзор“, Национална здравноосигурителна каса, застрахователни фондове, а на областно и общинско ниво – регионални здравноосигурителни каси, регионални здравни инспекции, общински и местни дирекции/отдели по здравеопазване.

Данните за извършената контролна дейност и констатираните нарушения е детайлно представена в раздел 2.5.8. „Качество и ефективност на медицинската помощ и безопасност на пациента“ от Годишния доклад за 2020 г. състоянието на здравето на гражданите. От представената информация може да се направи заключение, че контролната дейност през 2020 г. е в съответствие с действащата нормативна уредба и отговаря на поставените цели и приоритети. Основната цел за ефективност и ефикасност на контролната дейност и недопускане на преразход на средства е реализирана като акцент на проверките са условията и редът за оказване на медицинска и дентална помощ на здравноосигурени лица. Независимо от нееднозначното тълкуване и прилагане на нормативната уредба от съдилищата в Република България, усилията на агенцията, насочени към подобряване и постоянно усъвършенстване на знанията и уменията на служителите, са резултативни.

В **Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система** от стратегията се посочва, че анализът на резултатите от започналата през 1999 г. здравна реформа в България е открил като съществена бариера за постигане на поставените цели непреодоленият управленски дефицит на всички нива в системата. Липсата на консенсус за дългосрочните стратегически цели и приоритети на здравеопазването и политическата неустойчивост не са позволили своевременното провеждане на необходимите промени и са задълбочили дисбалансите в системата. Досегашният акцент и фокус в управлението на здравната система е насочен изключително към оперативния мениджмънт (текущ, краткосрочен,

ежедневен и фрагментиран), без ясна ориентация към средносрочни и дългосрочни цели и резултати.

Настоящата ситуация и прогнозите за здравно-демографското и икономическо състояние на страната в следващите години определя потребността от ясна стратегическа ориентация в управлението на здравната система за реализация на формулираните цели, приоритети и политики. На национално ниво стратегическото управление, осъществявано от Министерство на здравеопазването, следва да се насочи към предвиждане на промените, стимулиране на иновациите и инвестиране в промоция на здравето и профилактика на заболяванията. Публичните политики трябва да бъдат достатъчно гъвкави, за да отговорят на сложността и да са подготвени за несигурността. Следва да се развива взаимодействието с всички министерства и други държавни структури и организации при разработването и изпълнението на стратегии и програми от национално и международно значение, имащи пряко или косвено отношение към здравето. Публичните институции на всички нива следва да обмислят създаването на капацитет в помощ на съгласуваността и междуведомствените мерки за решаване на проблемите на здравето, както и да създадат структури и процеси, които да позволят все по-активно участие на широк кръг от заинтересовани субекти.

Решаваща предпоставка и условие за изграждането на здравна система, ориентирана към качество и резултати, е осигуряването на компетентно оперативное управление в лечебните заведения. Управлението на процесите в системата на здравеопазването изисква специфичен комплекс от компетентности, който съществено се различава от другите социално-икономически сфери. Наличието само на медицински или само мениджърски компетентности крие управленски риск, който често е подценяван при избора на ръководни кадри. С оглед това МЗ е осигурило прозрачна процедура за оценка на професионалните компетентности на ръководителите на своите второстепенни разпоредители с бюджет чрез конкурс и периодична атестационна процедура. Конкурсен е изборът и на всички ръководители на лечебни заведения – 100% държавна собственост. Въведените в Закона за лечебните заведения изисквания към квалификацията на управителните органи на лечебните заведения, независимо от тяхната собственост, са база за отговорен избор от страна на собствениците.

С цел постигане на по-добро финансово управление и стабилизиране на финансовото състояние на лечебните заведения се изпълняват дейностите по реда на Наредба № 5 от 2019 г. за утвърждаване на стандарти за финансова дейност, прилагани от държавните и общинските лечебни заведения за болнична помощ и комплексни онкологични центрове. Чрез наредбата са въведени единни правила за финансово управление, обусловени от общи финансови принципи и политики на управление на човешките ресурси, управление на задълженията, възлагане на обществени поръчки и инвестиционни политики. С утвърждаване на стандартите за финансова дейност се постига предвидимост на разходите на база приходи и унифициране на практиките на лечебните заведения в областта на финансовата дейност. Основните принципи, които са въведени с наредбата, са в съответствие с изискванията за финансово управление и контрол в публичния сектор, към който се отнасят държавните и общински лечебни заведения. По този начин всички лечебни заведения, които прилагат наредбата, функционират при спазване на ясни, работещи и утвърдени в практиката принципи. Принципите за финансово управление на държавните и общинските лечебни заведения за болнична помощ са законосъобразност, отчетност и отговорност, адекватност, икономичност, ефикасност, ефективност, прозрачност, устойчивост и добро финансово управление.

ПРИОРИТЕТ 3. Укрепване на капацитета на общественото здраве

Приоритет 3 на НЗС 2020 отразява разбирането, че грижата за общественото здравеопазване е ангажимент на държавата, институциите, обществото като цяло и на отделния индивид, а постигането на по-добри резултати изисква постоянни инвестиции и усилия за укрепване капацитета на общественото здравеопазване. В стратегията се посочва, че за изпълнение на приоритета за укрепване на капацитета на общественото здравеопазване и постигане на целите следва активно да бъдат въввлечени всички обществени сектори, а не само структурите

на здравната система. За подобряване на общественото здраве е необходимо планирането, разработването и провеждането на политика по промоция на здраве, интегрирана профилактика на незаразните болести, надзор на заразните болести и ефективен държавен здравен контрол за ограничаване на заболяемостта от незаразни и заразни болести и предпазване от неблагоприятното въздействие на поведенческите рискови фактори и факторите на жизнената среда. Информация за изпълнението на част на мерките от Приоритет 3 е представена в раздел „Дейности по опазване на общественото здраве“ и раздел „Изпълнение на проекти, финансирани с европейски фондове и други международни финансови източници“ от Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите.

Политика 3.1 Промоция на здраве и профилактика на болестите се осъществява чрез реализиране на дейности по Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ), приета с Решение № 538 от 12.09.2013 г. от Министерският съвет.

През отчетния период в страната са реализирани редица дейности по промоция на здраве и профилактика на болестите сред деца и ученици, насочени към ограничаване на рисковите фактори, свързани с начина на живот (тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, употреба на алкохол); биологичните фактори на риска за хроничните незаразни болести – повишено артериално налягане и затлъстяване; пътнотранспортен травматизъм и други.

Използвани са традиционните образователни методи и форми на обучение: семинари, беседи/лекции, дискусии, тренинги, видеопокази, изложби, тематични дни, конкурси и начини на разпространение на здравна информация: ТВ и радиопредавания, аудио- и видеоклипове, публикации в пресата, интернет публикации и др.

Ограничаване на тютюнопушенето

По инициатива на СЗО традиционно са отбелязани два световни здравни дни: 31 май – Световен ден без тютюнев дим и третия четвъртък на месец ноември – Международен ден без тютюнопушене. Събитията се провеждат по целия свят, като подчертават рисковете за здравето, свързани с употребата на тютюн и се призовава за ефективна политика за намаляване на нивото на неговото потребление.

За отбелязване на тематичните дни здравните инспекции в страната провеждат

- *Скринингови кампании* за измерване на въглеродния монооксид в издишан въздух и количеството на карбоксихемоглобин в кръвта на пасивни и активни пушачи с апарат (Smoker lyzer) и определяне на степента на никотинова зависимост, посредством изнасяне на Консултативния кабинет за отказване от тютюнопушене (ККОТ) за млади хора в средни училища и професионални гимназии;

- *Информационни кампании*, целящи повишаване на информираността и нивото на знания на хора от различни възрастови и целеви групи. Те включват: *здравни беседи и лекции* за вредата от тютюнопушенето: „Електронни цигари - факти и рискове“, „Тютюнопушенето - риск за здравето“, „Вредата от тютюнопушене“, „Зависимост и тютюнопушене“ и много др.; *дискусии и интерактивни занимания* с демонстрация на „пушещата кукла Сю“, за онагледяване на вредното влияние на тютюнопушенето върху белия дроб; *видеопокази* на филми: «Невидимият»; «Денят на Яна», «Пушенето забранено», «Наргиле» и др.;

Създадени са *нови извънкласни форми на здравно обучение*: „Детско полицейско управление“, лятно училище в образователен център „Усмивки“; излъчен е *видеоклип*, предоставен от МЗ, „Тютюнопушенето-риск за здравето сега“; *подготвени и изпратени са послания в интернет-мрежата*, на принципа „Предай нататък!“ и други.

През 2020 г. Министерство на здравеопазването обяви творчески конкурс за плакат на тема „Да говорим открито за последствията от тютюна“ във връзка със Световния ден без тютюнев дим – 31 май. Партньори за осъществяване на конкурса са Регионалният офис на СЗО в България, БЧК, Националният център по обществено здраве и анализи, Регионалните здравни

инспекции и неправителствени организации, работещи по превенцията на употребата на тютюневите изделия.

Ограничаване на злоупотребата с алкохол

Организиран и проведен е са *информационно-образователни кампании* за отбелязване на месец февруари - Месец на трезвеността и Седмица на трезвеността „Какво трябва да знаем за алкохола?“, насочени предимно към млади хора, с цел повишаване нивото на информираност на обществото за рисковете за здравето и психологичните и социалните вреди, свързани с алкохолната консумация.

В кампаниите са включени *лекции и беседи*: „Употреба и злоупотреба с алкохол. Зависимост“, „Рисково поведение и алкохол“, „Алкохол и имидж“, „Алкохолът и младите хора“ и др.; *видеопокази с дискусии* по темата, *изготвяне на информационни табла, демонстрация на алко-очила*, симулиращи алкохолно опиянение, *интерактивни занимания*: работа по групи, разрешаване на ситуации и различни техники на взаимодействие; излъчени са *филмите* „42 градуса“, „Път без изход“ и „Несъобразна скорост“; реализиран е регионален *проект* „Убийци на детството“, с изработване на плакати, флаери, значки с лого, конкурси за есе и разказ, обучения, анкетно проучване.

Реализирани са съвместни инициативи на РЗИ и МВР по повод *Европейския ден за пътна безопасност* с мото „Животът е с предимство“, *Месеца на безопасността на движението по пътищата* и отбелязване на *Деня на жертвите от пътно транспортни произшествия*, като на редица места са проведени кампании за *разпространение на здравнообразователни материали* по темата и провеждане на *обучения*: „Вредата от алкохола“, „Шофиране в нетрезво състояние“; съвместни дейности с Регионално управление на образованието, БЧК, Съюз на българските автомобилисти, Детска педагогическа стая, органи на МВР.

Здравословно хранене и борба със затлъстяването

Организиран са *традиционни кампании* за отбелязване на: 19 май – Европейски ден за борба със затлъстяването и Седмица за борба със затлъстяването; отбелязани са 17 октомври – Световен ден на прехраната и Европейски ден за здравословно готвене. Разработени и реализирани са *регионални проекти* и програми по темата: „Храната е.....?“, „Не гладувай, бъди умен, яж и спортувай!“, „Да бъдем здрави – ключът към успеха“ и др. В реализацията на тези проекти са включени *редица инициативи*: *кулинарно шоу*, с участието на родители за приготвяне на здравословни ястия, *изработване на флаери, тениски с лого, забавен календар* за здравословно хранене и спорт, *флашмоб* „Храни се и танцувай“, *Ден на здравето и спорта* на открито; изготвяне на брошури „Как да разпознаем хранителните разстройства?“ и „Храната е здраве“; *Кулинарна работилница* за ученици с професионално образование. За най-малките са проведени *здравни празници* на тема „Вкусна есен“, „Есенни плодове“, „Плодове и зеленчуци, които не яде....“, „Празник на тиквата“, с приготвяне от децата на храни от сушени и пресни плодове и зеленчуци; *интерактивни занимания* на открито с подреждане на „Азбука на плодовете и зеленчуците“, сглобяване на пъзели, изработване на плодове и зеленчуци от хартия, гатанки и дискусии по темата и др.

Наред с тези инициативи и събития са проведени *образователни кампании* с беседи, лекции, дискусии в подкрепа на борбата със затлъстяването и ниската физическа активност, насочени към здравословното хранене на децата и учениците. Излъчвани са *образователни филми* по темата: „На борба със затлъстяването“, „Пет ключа към по-безопасна храна“ и др. Популяризиран са препоръките за здравословно хранене.

Повишаване на физическата активност

Реализирани са образователни мероприятия и инициативи за повишаване на знанията и мотивацията на населението от различни възрастови групи за редовна физическа активност, укрепваща здравето. Основно дейностите се организират за отбелязване на 10 май – Световен ден на движението, Европейска седмица на физическата активност и спорта и 27 септември – Европейски ден на спорта в училище. Повишаване на информираността и насърчаване и редовно участие в спорт са основни цели на инициативите. Организиран са *спортни празници*,

обединяващи различни възрасти, с позициониран мобилен кабинет за измерване на тегло, индекс на телесна маса и кръвно налягане на участниците; „Бързи, смели, сърчни“ – инициативи с образователни центрове; инициатива „Движение за здраве“, съвместно с БНР с рубриката „Вашата песничка за раздвижване“ и клипове на популярни водещи и журналисти за ползите от движението; *спортни и туристически клубове*: спортни състезания от различен характер, игри на открито със състезателен и развлекателен характер – народна топка, скачане с чували, теглене на въже; туристически походи, „завръщане“ на *сутреината гимнастика* и др.; обучителни мероприятия „Ниска физическа активност и как да опазим нашето здраве в условия на пандемия“, „Физическа активност по време на карантина“ и др. Реализиране на Регионална *общинска програма* „Четири годишни времена – за здравето на нашите деца“, предназначена за деца от ДГ, чрез обучения и игри ежедневно и на открито да се повиши познавателната и двигателната култура на децата за осигуряване на по-добро физическо и психо-емоционално развитие; *Регионални проекти* „Планина, въздух, сняг = движение, здраве, настроение“, „Спортувам и танцувам“, „Спортисти и фенове – един за всички, всички за един“, „Здрав дух в здраво тяло“, с игри със състезателен характер и поход за ученици и родители, презентации, спортни срещи, разпространени брошури и т.н.

Таблица 67. Здравнообразователна дейност по факторите на риска за ХНБ сред население до 19 г. през 2014-2020 г.

ДЕЙНОСТИ	ТЮТЮНОПУШЕНЕ	АЛКОХОЛ	НИСКА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ	НЕЗДРАВΟΣЛОВНО ХРАНЕНЕ
	Брой	Брой	Брой	Брой
Кампании	135	87	79	72
Световни/темат. дни	42	36	45	32
Медийни изяви:	267	125	78	230
ТВ предавания	150	120	135	280
Радиопредавания	210	59	110	240
Видеоклипове	130	36	48	68
Аудиоклипове	2	0	2	1
Публикации в пресата	490	40	230	610
Интернет публикации	170	140	390	156
Пресконференции		0	0	0

Продължава дейността на конкурса *«Посланици на здравето»*, който се реализира в рамките на програмата. Конкурсът се организира в рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г., по инициатива на Министерството на здравеопазването, в партньорство с Националния център по обществено здраве и анализи, Министерство на образованието и науката, Министерство на културата, Министерство на младежта и спорта, Министерство на околната среда и водите, Офиса на СЗО в България и БМЧК.

Националният ученически конкурс „Посланици на здравето“ се отнася за трите възрастови групи: 1-4 клас, 5-7 клас и 8-12 клас и включва две тематични области: ограничаване на тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол и здравословно хранене и физическа активност.

Таблица 68. Здравнообразователна дейност по факторите на риска за ХНБ сред население над 20 г. през 2014-2020 г.

ДЕЙНОСТИ	ТЮТЮНОПУШЕНЕ		АЛКОХОЛ		НИСКА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ		НЕЗДРАВНОСЛОВНО ХРАНЕНЕ	
	Брой		Брой		Брой		Брой	
Обучителни дейности, реализирани от РЗИ:	Брой	брой обхванати лица	Брой	брой обхванати лица	Брой	брой обхванати лица	Брой	брой обхванати лица
Курсове	125	3200	18	2200	18	940	32	
Семинари	210	2900	110	26	6	212	16	395
Дискусии	42	721	31	600	31	529	38	734
Тренинги	1	25	0	0	0	0	0	0
Видеопокази	20	310	11	211	11	238	27	451
Индивидуални обучения/консултации	167	167	18	18	33	33	375	375

Дейностите, свързани с изграждането на капацитет и умения за консултиране и подкрепа на *медицинските специалисти в болничната и извънболничната помощ*, се развиват постоянно в рамките на програмата, но липсата на средства и извънредната обстановка се отразиха на броя на мероприятията. Въпреки всичко, през годината са проведени 2 курса и 38 индивидуални обучения и консултации за разпространението на хроничните болести, факторите на риска за тях, развиването на умения за прилагане на добра профилактична и терапевтична практика и др. с 58 участници (Таблица 69).

Повишаването на капацитета на *специалистите от РЗИ* е насочено в областта на поведенческите фактори на риска и методите за оценката на резултатите от дейностите по програмата. През годината са проведени 7 обучителни курса и семинари със 196 участници и 43 индивидуални обучения и консултации (Таблица 69).

Таблица 69. Обучителна дейност на медицински и немедицински специалисти, и партньори по НППХНБ

Дейности	Медицински специалисти от болничната и извънболнична помощ		Медицински специалисти от детските заведения и училищата		Специалисти от РЗИ		Немедицински специалисти и партньори		Общо	
	Брой	Брой обхванати лица	Брой	Брой обхванати лица	Брой	Брой обхванати лица	Брой	Брой обхванати лица	Брой	Брой обхванати лица
Курсове	2	16	4	90	1	50	6	40	13	196
Семинари	0	0	27	788	6	146	8	71	41	1005
Индивидуално обучение	38	38	552	552	43	43	212	212	845	845

От значение за развитието на програмата е доброто сътрудничество и подкрепа на *местната законодателна и изпълнителна власт* (Общински съвет и Община), които в повечето

области активно участват в дейностите по програмата, касаещи общността като цяло и отделни проблеми, и *множеството партньори на програмата*: дружества, читалища, клубове, младежки домове, полиция, търговци, производители и др.

Доброто сътрудничество между *административните структури* и изградената мрежа от професионалисти, експерти и представители на различни групи дават възможност за изпълняване на стратегическите цели на програмата чрез запазване на консенсуса между органите на местната власт, държавните и общинските структури, неправителствените организации, бизнес средите и медиите. По този начин, от една страна, се предоставя възможност за ползване на качествени услуги от съответните специалисти в общността, а от друга, се осигурява подкрепяща среда и мотивация за представителите на уязвимите групи да използват собствените си сили за недопускане възникването на ХНБ.

Добра практика е проведената *Национална среща - семинар с академични среди и браншови организации* за отчитане напредъка по реформулиране на храните с цел намаляване количеството на добавената захар, сол и наситени мазнини. На срещата присъстваха специалисти от МЗ, НЦОЗА, УХТ и бизнес оператори на храни.

Производители на млечни продукти, хляб, хлебни и сладкарски изделия, брашна, месни продукти споделиха положителния си опит в производството на здравословни храни с подобрен състав, бяха обсъдени възможности и проблеми, както и очертани бъдещи аспекти за дейности и сътрудничество.

От специалисти от МЗ и НЦОЗА са представени европейските и национални възможности и перспективи за повишаване асортимента на здравословни продукти, както и разработеното с участие на представители на Научно-експертния съвет по хранене предложение на МЗ за гранични стойности на сол, мазнини, наситени мастни киселини и захари в приоритетни за страната групи храни. Предложението е обсъдено отново и заложените критерии са определени като достижими от представителите на хранително-вкусовата индустрия. След приключване на срещата предложението е прието от ръководството на МЗ и качено на сайта на МЗ като насоки за доброволно прилагане от хранително-вкусовата индустрия.

Стабилни партньори на екипите на програмата са местните *средства за масова информация*. Заедно с екипите от РЗИ те работят активно за организиране на кампаниите, световните и тематичните дни и други инициативи. Съвместно с тях са реализирани и отразени различни изяви и мероприятия. Продължава да се развива партньорството с *неправителствените организации*, както и с представители на сдружения, производители на храни, туристически дружества, ученически клубове.

Тази година сложната епидемиологична обстановка в страната измести фокуса на дейност на *структурите на здравната система (МБАЛ, МЦ, ДКЦ, ПИМП, СИМП и др.)*. Дейностите за повишаване на знанията и изграждане на поведение за здравословен начин на живот на населението и насочени към профилактиката и лечението на сърдечносъдовите и онкологичните заболявания, хроничната обструктивна белодробна болест, диабета, популяризирането на здравословното хранене бяха ограничени.

Дейностите, насочени към ранно откриване на онкологични заболявания, организирани и провеждане на скрининг за рак на гърдата, рак на маточната шийка и рак на дебелото и правото черво, се осъществяват чрез провеждане на безплатни скринингови прегледи и изследвания на онкологични заболявания.

Извършени общо 16 584 профилактични прегледа и 16 527 изследвания сред лица на възраст 18-86 години, както следва:

- за рак на млечната жлеза – 5 530 прегледа и 5 528 мамографии;
- за рак на маточната шийка – 5151 прегледа и 5148 цитонамазки;
- за рак на дебелото и правото черво – 6134 прегледа и изследвания за окултни кръвоизливи (797 жени и 337 мъже).

Политика 3.2. Надзор на заразните болести

По Мярка 3.2.1 Укрепване на институционалния и кадрови капацитет на структурите по надзор на заразните болести на национално и регионално ниво и надграждане на утвърдената национална политика

Основните дейности по надзор на заразните болести през годината бяха насочени към:

- своевременно съобщаване, регистриране и проучване на възникнали случаи заразни заболявания;
- организиране и провеждане на незабавни протиепидемични мерки при възникване на епидемична ситуация;
- изпълнение на Националния имунизационен календар със задължителни имунизации и реимунизации, както и на целеви имунизации с цел създаване на личен и колективен имунитет срещу ваксинапредотвратими заболявания;
- недопускане внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск, в това число и провеждане на граничен здравен контрол;
- изпълнение на профилактични програми и планове за готовност при грипна пандемия; елиминиране на морбили и рубеола; първична профилактика на рак на маточната шийка, профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората, контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити при деца.

По мярка 3.2.2. Последователна и целенасочена държавна политика за осъществяване на високоефективен надзор на заразните болести и разходноефективна национална имунизационна политика, успоредно с повишаване знанията на медицинските специалисти и информираността на обществото по въпросите на профилактиката на заразните болести

Поддържането на ефективен епидемиологичен надзор на заразните болести е насочен към запазване и подобряване на достигнатите показатели на заболяемост, смъртност и леталитет от заразни болести.

Извършени са общо 720 194 броя микробиологични, вирусологични, паразитологични и серологични анализа на биологични материали, като при 44 558 от тях са извършени и референтни лабораторни изследвания. България рутинно участва в системите за ранно предупреждение и отговор на ЕС и в специализираните електронни информационни системи за регистриране и надзор на заразните болести.

В България през последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на заболяемостта от активна туберкулоза – от 39.1 на 100 000 през 2006 г. до 13.0 на 100 000 през 2020 г., която продължава да надвишава средната за ЕС (9.6 на 100 000).

Тенденцията за намаляване на заболяемостта през последните години се дължи на дейностите в изпълнение на Националните програми за превенция и контрол на туберкулозата и Програмите, финансирани от Глобалния фонд, приключили през м. март 2019 г., 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.

Министерство на здравеопазването осигурява диагностикуми и консумативи за диагностика на туберкулоза за 33 микробиологични лаборатории в страната. В България са въведени и бързи тестове за диагностика на туберкулоза и рифампицин – резистентна туберкулоза (Real Time PCR тестове за бързо откриване на МТВ комплекс и резистентност към Рифампицин-GenExpert), което допринася за своевременно започване на лечението и ограничаване на разпространение на това заболяване.

В страната функционират 29 регионални лечебни заведения, които отговарят за превенция, диагностика, лечение и контрол на туберкулозата и два сектора за лечение на пациентите с мултирезистентна туберкулоза – за деца и възрастни. Наблюдава се ежегодно плавно намаляване на случаите с MDR-TB като през 2020 г. Новорегистрираните случаи са 12, за сравнение през 2014 г. са регистрирани 37 случаи на MDR- TB. 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 по-горящ брой лекарствени продукти.

Министерство на здравеопазването осигурява Изониазид за провеждане на специфична химиопрофилактика на туберкулозата на контактни лица и лицата с латентна туберкулозна инфекция (ЛТБИ) за нуждите на специализираните лечебни заведения за туберкулоза. За периода 2014 -2020 г. обхванатите контактни лица са 100 520 лица, проведена е химиопрофилактика на 22 100 лица.

В резултат на изпълнение на дейностите по Програмите се регистрира задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ в страната - под 1%; задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ сред младите хора на възраст 15-24 г. - под 1%.

Осигурява се адекватна и качествена диагностика на ХИВ и сексуално предавани инфекции всяка година. Диагностиката е безплатна за всеки, независимо от здравноосигурителния статус. Лечението е осигурено със средства от бюджета на Министерство на здравеопазването и е безплатно независимо от здравноосигурителния статус на пациентите.

Осигурява се и безплатна постекспозиционна профилактика (ПЕП) за медицински персонал претърпял рискова експозиция при изпълнение на служебните си задължения.

На територията на страната функционират 5 клиники/отделения за лечение на пациенти с ХИВ – инфекция, разкрити към следните лечебни заведения: СБАЛИПБ „Проф. д-р Иван Киров“, гр. София, УМБАЛ „Свети Георги“, гр. Пловдив, УМБАЛ „Проф. д-р Георги Странски“, гр. Плевен, УМБАЛ „Света Марина“, гр. Варна, УМБАЛ „Проф. д-р Ст. Киркович“, гр. Стара Загора.

Общо в България са регистрирани 3 483 лица с ХИВ инфекция. През 2020 г. броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е 199, 258 през 2019 г., 311 през 2018, 241 през 2017 и 207 през 2016 г. Запазва се тенденцията от последните години за намаляване на процента на новозаразените лица от групата на инжекционно употребяващите наркотици и увеличаване на дела на лицата сред хомо- и бисексуалната общност.

Броят на пациентите на съвременна антиретровирусна терапия (АРТ) към 31.12.2020 г. е 1 778, за 2019 г. техният брой е 1 649. В сравнение броят пациенти на АРТ към 31.12.2016 г. е 951 от общо 1158 лица с ХИВ, регистрирани за проследяване в 5-те сектора.

Увеличението на регистрираните случаи от ХИВ в страната е свързано в най-голяма степен с активните мерки за ранно откриване и осигуряване на съвременно лечение на заболяването (изцяло финансирано от държавния бюджет), както и на намаляване на съществуващата стигма спрямо заболелите лица.

От особена важност са и провежданите изследвания на бременни жени за превенция на вертикалната трансмисия на ХИВ инфекция. В България е постигнато ниското ниво на вертикалната трансмисия благодарение на програмите за изследване на уязвимите групи и осигуряване на антиретровирусно лечение за носителите на вируса, оперативно раждане за предотвратяване инфектирането на бебето, профилактика с антиретровирусни лекарствени продукти на новородените деца и хранене с адаптирано мляко.

Провеждат се ежегодно Национална АНТИСПИН кампания, реализирана във всеки един от 28-те областни административни центрове на България в четири етапа: 14 февруари – Свети Валентин, Ден на влюбените; Третата неделя на м. май – Ден за съпричастност със за сегнатите от ХИВ/СПИН; Първи декември – Световен ден за борба срещу СПИН и лятна АНТИСПИН кампания за доброволно и анонимно консултиране и изследване за ХИВ. В цялата страна дейностите се осъществяват от РЗИ, КАБКИС, НПО, общини, учебни заведения, младежки домове, социални услуги за деца.

По мярка 3.2.4. Усъвършенстване на системата за опазване на страната от внос на инфекции с висок епидемичен потенциал в съответствие с Международните здравни правила и за провеждане на ефективен граничен здравен контрол чрез материално и кадрово обезпечаване на дейностите на местно и национално ниво

Извършени са общо 720 194 броя микробиологични, вирусологични, паразитологични и серологични анализа на биологични материали, като при 44 558 от тях са извършени и референтни лабораторни изследвания.

От месец юни 2015 г. до момента продължава ежеседмичното събиране и обобщаване на информация за извършените дейности, свързани с опазване на общественото здраве и за медицинското осигуряване на настанените бежанци в регистрационно-приемателните центрове на Държавна агенция за бежанците към МС.

От началото на пандемията от COVID-19 е засилен граничния здравен контрол както на летище София, Пловдив, Варна и Бургас, така и на сухопътни гранични пунктове с Гърция, Република Турция Република Северна Македония, Република Сърбия и Румъния.

Политика 3.3. Ефективен и качествен държавен здравен контрол

По Мярка 3.3.1 Повишаване ефективността на държавния здравен контрол на обектите с обществено предназначение, продуктите и стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда в съответствие с националните и европейските изисквания

През 2020 г. са извършвани разнородни дейности за осигуряване на безопасна жизнена среда и са предприемани навременни и адекватни мерки за отстраняване на възникналите рискове за здравето на хората и не са допуснати сериозни и непосредствени опасности за здравето на населението.

Изпълнени са в пълна степен заложените в годишния план за 2020 г. оперативни цели за провеждане на официалния контрол на обекти с обществено предназначение, продукти и стоки със значение за здравето на човека, както следва: провеждане на ефективен държавен здравен контрол върху продуктите и стоките със значение за здравето на човека с цел защита здравето на населението и интересите на потребителите:

- провеждане на контрол в обектите за обществено предназначение за спазване на нормативните изисквания посочени в европейското и националното законодателство;
- извършване на оценка на ефективността при прилагането на системите за управление безопасността на храните в обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, както и на системите за проследимост
- провеждане на пълни и частични одити на дейността на органите на държавния здравен контрол;
- осигуряване на ефективен здравен контрол при внос на продукти и стоки със значение за здравето на човека от трети страни за които има въведени ограничения и забрани за пускането им на пазара;
- провеждане на мониторинг върху безопасността на продуктите и стоките и факторите на жизнената среда (йонизиращи и нейонизиращи лъчения, води за питейно-битово водоснабдяване и води за къпане);
- поддържане на системите за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара (Safety Gate RAPEX), за бързо съобщаване за наличие на опасни храни и фуражи (RASFF) и Информационна и комуникационна система за надзор на пазара (ICSMS), и приемане на незабавни мерки за ограничаване на вредата за човешкото здраве.

Проверени са всички обекти подлежащи на официален контрол. Проведени са проверки, свързани с получени нотификации по системите за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара (Safety Gate RAPEX), за бързо съобщаване за наличие на опасни храни и фуражи (RASFF) и Информационна и комуникационна система за надзор на пазара (ICSMS), проверки за осъществяване на последващ контрол за изпълнение на предписаните мероприятия при установяване на несъответствия с нормативните изисквания.

Във връзка с усложнената епидемична обстановка през отчетния период органите на държавния здравен контрол работиха при пълна натовареност и ангажираност на наличния персонал относно изпълнението на задълженията си по осъществяването на контрола на въведените противоепидемични мерки от министъра на здравеопазването.

С Решение на Министерски съвет № 55 от 1 февруари 2018 г. е приета Стратегия за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2027 г. и Национален план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2022 г. Стратегията има за цел да очертае съгласувана рамка за определяне на приоритети за действие за намаляване на риска от облъчване от радон. Съгласно българското законодателство при ситуации на съществуващо облъчване от радон в закрити помещения референтните нива за лица от населението и за работници се определят като средногодишна обемна активност на радон във въздуха. За ограничаване на облъчването от радон се въвежда референтно ниво от 300 Bq/m³ за средногодишната обемна активност на радон за жилищни, обществени сгради и работни места, регламентирано в Наредбата за радиационна защита (ДВ, бр. 16 от 2018 г.). При идентифициране на райони с жилищни и обществени сгради, където стойностите на обемната активност на радон (ОАР) са над референтното ниво, се предприемат мерки за намаляване на нивата на радон, в съответствие с принципа за оптимизация.

В изпълнение на Националния план за действие за намаляване на риска от облъчване от радон 2018 – 2022 г. всяка година поетапно се изпълняват дейности, за които се изготвя отделен отчет, който се публикува на интернет страницата на стратегията www.radon.bg.

През 2020 г. ще бъдат публикувани на сайта www.radon.bg отчети с обработените и анализирани резултати от три проучвания: пилотно проучване на ОАР на работни места в подразделенията на специализирани болници по рехабилитация, национален комплекс ЕАД (СБР-НК), детайлно проучване на ОАР в жилищни сгради на територията на област Сливен, с цел изготвяне на радонова карта и проучване в жилищни сгради с констатирани високи стойности на радон на територията на България.

Извън предварително планирания официален контрол своевременно са изготвяни указания и са предприемани мерки при възникналите в страната извънредни ситуации – наводнения, отклонения в качеството на питейните води, прекъснато питейно водоснабдяване, провеждане на радиационен мониторинг на атмосферния въздух, епидемиологични проучвания на епидемичните взривове, възникнали по хранителен и контактно-битов път и извършване на контрол по изпълнението на предприетите мерки за тяхното ограничаване и ликвидиране. Създадена е организация за координация на дейностите на териториалните структури на отделните компетентни ведомства по изпълнение на нормативно установените мерки, обмен на информация и предприемане на съвместни действия за предотвратяване на здравния риск.

Във връзка с наблюдавания през последните години миграционен натиск в Република България и през 2020 г. продължава засиленият държавен здравен контрол на обектите с обществено предназначение в населените места в пограничните райони на областите Хасково, Ямбол, Бургас.

С цел подобряване на формите и начините за предоставяне на информация на обществеността за състоянието на факторите на жизнената среда (води за питейно-битови нужди, води за къпане и др.), за възникнали отклонения и въведени ограничения, както и мерките които трябва да се предприемат, през 2019 г. на интернет страниците на всяка РЗИ и на МЗ своевременно е публикувана информация за резултатите от провеждания държавен здравен контрол и лабораторни анализи, както и препоръки към населението.

По Мярка: 3.3.2. Осигуряване на устойчиво развитие и укрепване на капацитета на общественото здраве

През 2020 г. продължи работата по изпълнение задълженията на Република България по Протокол „Вода и здраве“. Проведоха се разяснителни кампании с цел информиране на обществеността за поемането на лична отговорност на всеки един гражданин за опазване на подземните и повърхностните води на територията на страната и от там опазването на питейните води и общественото здраве.

Организирана е и проведена работна среща със служители от регионалните здравни инспекции по въпросите на козметичните продукти и организиране изпълнението на нови дейности, въведени със Закона за маслодайната роза. По време на работната среща беше проведено и практическо обучение по стартираната от началото на 2020 г. нова Система за бързо

предупреждение за опасни нехранителни продукти – Safety Gate RAPEX, която замени използваното до момента приложение GRAS-RAPEX, за да може да бъде осигурен достъп на служителите.

По Мярка 3.3.3. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси

През 2020 г. не бяха реализирани планираните дейности за усъвършенстване на механизмите за финансиране и въвеждане на финансови стимули за работа в системата на държавния здравен контрол чрез поетапно увеличение на възнагражденията на държавните здравни инспектори.

Не бе постигнат напредък и по отношение на кадровото обезпечаване на органите на държавния здравен контрол с лекари, с осигуряване на възможност за придобиване на специалност и инспектори по общественото здраве, които професионално и ефективно да провеждат политиките в областта на опазване на здравето на гражданите и държавния здравен контрол.

Това налага интензифициране на дейностите по реализацията на мярката, предвид дълбочаващият се кадрови дефицит в системата на фона на увеличаващите се изисквания към тяхната квалификация, компетентности и отговорности.

По Мярка 3.3.4. Подобряване на инфраструктурата и материално техническата осигуреност

В изпълнение на проект по Оперативна програма „Околна среда“ 2014-2020 г. по приоритетна ос „Води“, през 2020 г. е въведена в експлоатация лабораторна апаратура за извършване на химичен анализ на питейните води във връзка с осъществяването на функциите по контрол на качеството на питейните води, от страна на органите на държавния здравен контрол. Въведено е ново оборудване в седем РЗИ, които изпълняват междуобластни функции и в НЦРРЗ. Извършено е и обучение на служителите от съответните структури за работата с новопридобитото оборудване.

■ Окончателна оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия 2020

Съгласно Националната здравна стратегия 2020, обект на мониторинг и оценка са приоритетите и политиките за реализация на националните здравни цели, заложи в Националната здравна стратегия 2020 и разработения План за действие към нея. Процесът на мониторинг се осъществява непрекъснато и се отчита ежегодно при изготвяне на Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите. Въз основа на резултатите от изпълнението на стратегията следва да бъде оценена нуждата от актуализация за заложените цели и дейности за развитието на системата на здравеопазване в периода след 2020 г., като срокът на действие на стратегията се удължи за определен период от време или да се пристъпи към разработване на нова Национална здравна стратегия.

Окончателната оценка за изпълнението стратегията е представена с качествени показатели по отношение степента на изпълнение на заложените мерки, както и с количествени показатели по отношение на достигнатите нива на показателите, с които се измерва изпълнението на националните здравни цели.

Политиките от **Приоритет 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот** имат за цел да фокусират и адаптират общите политики за развитието на сектора към специфичните потребности на различните групи възрастови и рискови групи. Заложените мерки са изпълнени във висока степен, но се отчита необходимост от прилагане на по-ефективни мерки по отношение здравето и благополучието на определени групи от населението.

Политиките в областта на детското здраве (*Политика 1.1 и Политика 1.2*) са изпълнени в много висока степен, което намира отражение в трайните положителни тенденции по отношение здравните показатели на децата и юношите и във факта, че трите национални здравни цели за намаляване на смъртността във възрастовите групи от 1 до 19 години, заложи в стратегията, са изпълнени. Извършени са промени законовата и подзаконовата нормативна уредба в областта на майчиното и детско здраве. Ежегодно са изпълнявани дейности в рамките на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020. Продължи

процесът на деинституционализация чрез закриване на ДМСГД и създаване на центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, в които се осигуряват интегрирани здравно-социални услуги – лечение, рехабилитация, специализирани здравни услуги в дома или в централите за настаняване от семеен тип, психо-социална рехабилитация, социална подкрепа, подкрепа на семействата за превенция на изоставянето на деца с увреждания и настаняването им в специализирани институции. Реализирани са проекти, финансирани от европейски фондове, чрез които е обновена медицинската апаратура в АГ и неонатологични структури, обучени са медицински специалисти, изграждат се 20 центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи и 6 центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с високо-рисково поведение и потребност от специални здравни грижи. Незадоволително е изпълнението на дейностите, свързани с разширяване на компетентностите и мотивацията на специалистите в първичната медицинска помощ за консултиране на родители в областта на ранното детско развитие и необходимостта от ранна интервенция и ограничаване на детския травматизъм и превенция на домашното насилие спрямо деца.

Политиките за хората в икономически активните групи и за хората над 65 години (*Политика 1.3 – 1.4*) са изпълнени във висока степен, но е налице сравнително нисък темп и изоставане в нивата на показатели за изпълнение на националните здравни цели. Следва да се отбележи, че пандемията от COVID-19 оказва силно и негативно влияние на показателите за смъртност на хората в работоспособна възраст и на средната продължителност на живота на възрастните хора. Усъвършенствана е нормативната уредба, регламентираща профилактичните прегледи и диспансерното наблюдение на социално-значими заболявания, като е въведена оценка на риска от развитие на хронични заболявания на лицата в трудоспособна възраст. Създадени са условия за ранна диагностика и контрол на професионалните и свързаните с труда заболявания, както и механизми за финансиране на дейности, свързани с отход, възстановяване и рехабилитация на работещите. Предприети са мерки за осигуряване на условия за равен достъп на възрастните хора до медицински услуги, включително в малките населени места и отдалечените и труднодостъпни райони. Незадоволително е изпълнението на Националната програма за хронични незаразни болести 2014-2020, не са предприети мерки за въвеждането на ефективни санкциониращи механизми при неизпълнение на отговорностите за участие в профилактични и скринингови програми, финансирани от държавния бюджет или НЗОК, за обучение на медицинските специалисти по промоция на здравето и работоспособността, за развитие интегрирани здравно-социални услуги, на подкрепящи услуги за подобряване на достъпа на възрастните хора до здравни услуги и на дългосрочните грижи.

Политиките за специфичните групи от населението, нуждаещи се от по-специална здравна грижа (*Политика 1.5 – 1.7*) са изпълнени във висока степен, но са необходими още усилия за гарантиране здравето и благополучието на тези групи от населението.

Доброто психично здраве (*Политика 1.5*) е неразделна част от човешкото здраве и благополучие. Финансирането на стационарната психиатрична помощ е гарантирано от държавата чрез бюджета на Министерство на здравеопазването, но процесът на деинституционализация и на оптимизиране на функциите на големите психиатрични болници от резидентен тип не се развива с достатъчно бързи темпове. Незадоволително е изпълнението на политики за психично здраве с акцент върху превенцията на честите психични разстройства. Налице е положително развитие по отношение на създаването на стратегическа рамка и финансови механизми за планиране и реализация на политики за психично здраве, тъй като макар и в края на периода на действие на НЗС 2020, е разработена и публикувана за обществено обсъждане Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2020 – 2030 г. и План за действие към нея.

С цел осигуряване на условия за достъп до навременни и качествени медицински и здравни грижи за хората с увреждания (*Политика 1.6*) са предприети действия за усъвършенстване на нормативната уредба в областта на промоцията на здраве, превенцията на заболяванията, осигуряването на комплексно лечение на определени заболявания и на медицинската

експертиза. Усъвършенствана е системата за събиране, обработка и предоставяне на данни за лицата с трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане. Създадени са условия за развитие на структурите за физикална терапия и рехабилитация и рехабилитационната помощ в амбулаторни и стационарни условия. Отчита се необходимост от подкрепа за мерки, свързани със създаване на иновативни междусекторни услуги, включващи рехабилитация, трудо-терапия, социални услуги в общността, според индивидуалните потребности на човека с увреждане.

Здравната уязвимост е резултат от изключващите процеси, свързани с неравенствата в достъпа до образование, работа, пари и ресурси, както и условията, в които хората се раждат, растат, живеят, работят и остаряват. С оглед това, изпълнението на множество мерки, насочени към подобряване на достъпа до медицински и здравни услуги, заплащани от НЗОК и до медицински и здравни услуги извън обхвата на здравното осигуряване, посочени в отчета по останалите политики, е от ключово значение за здравето на уязвимите групи (Политика 1.7). В допълнение са реализирани редица дейности, насочени към за повишаване на имунизационния обхват сред уязвимите групи, подкрепа за дейността на здравните медиатори, предоставяне на мобилни медицински услуги. Незадоволително е изпълнението на мерките, свързани с обучението на медицинските специалисти за работа с лица от уязвими групи и за внедряване на механизми за наблюдение и оценяване на здравното състояние на уязвими групи.

Приоритет 2. Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати включва политики, ориентирани към отделните части от системата на здравеопазване, която е изправена пред сложни предизвикателства, свързани с влошаващи се показатели на здравно-демографското състояние на населението, нарастване на здравните неравенства, недостиг на здравни специалисти, което изисква иновативни, комплексни и ефективни решения. Заложените мерки са изпълнени във висока степен, но се отчита необходимост от прилагане на по-ефективни мерки за повишаване на капацитета на системата за извънболнична медицинска помощ и за преодоляване на недостига и регионалните дисбаланси в разпределението на медицински специалисти.

Политиката за осигуряване на финансова устойчивост на системата на здравеопазване (Политика 2.1) се характеризира с тенденция за ежегоден ръст на разходите за функция „Здравеопазване“ на консолидирана основа, които от 3 971,5 млн.лв. през 2015 г. нарастват до 6 387,1 млн.лв. през 2020 г., или 160,82 % ръст. Като дял от БВП разходите нарастват от 4,4 % за 2015 г. на 5,4% за 2020 г. Здравната система е финансово обезпечена през 2020 г. и за целия отчетен период, като с ръста на разходите е осигурена устойчивост, стабилност и предвидимост в системата на здравеопазването, включително и в условията на извънредна епидемична обстановка. Ежегодното увеличаване на публичните средства за здравеопазване даде възможност за ръст на финансирането както от страна на МЗ за всички дейности, за които пряко отговаря, включително за повишаване на възнагражденията на работещите в системата, така и на НЗОК за повишаване на цените на клиничните пътеки, достъп на здравноосигурените лица до повече медицински услуги, лекарствени продукти и др., обект на заплащане от страна на касата.

Анализът на динамиката на разходите за здравеопазване и на здравно-демографските показатели за състоянието на населението показват ясно, че устойчивото нарастване на публичните средства за здраве не се съпътства от съответно подобрене на показателите за здравето на българските граждани. Моделът на финансиране на сектора, чрез задължително здравно осигуряване, до голяма степен изчерпа своите възможности, появили се сериозни диспропорции при финансирането, както между отделните видове медицинска помощ, така и по отношение на заплащането на труда на медицинския персонал. През този период се направиха няколко опита да се усъвършенства модела на орга-низация и финансиране на здравеопазването, но положителни резултати могат да бъдат отчетени частично. Все още не е налице политически, обществен и професионален консенсус по отношение на необходимите промени в

сега действащия модел на финансиране на здравеопазването в дългосрочен план. Разнопосочни са становищата по отношение на необходимостта от радикална промяна на действащия модел и дали този модел има потенциал за развитие в бъдеще. Паралелно с организирани обществени дискусии по варианти за нов модел на здравно осигуряване и финансиране на здравеопазването през 2018 г. и 2019 г., Министерството на здравеопазването разработи и бяха приети няколко основни наредби, свързани с осигуряването на ефективни механизми за устойчиво финансиране на здравната система, като ключов фактор за реализиране на основните приоритети и адаптиране на системата към променящите се здравни потребности.

В изпълнение на политиката за осигуряване на качествени, безопасни и ефективни лекарствени продукти и медицински изделия (*Политицка 2.2.*), които да бъдат оптимално достъпни на населението, са предприети комплексни мерки, които в голямата си част са изпълнени. Въвеждането на Национална аптечна карта ще допринесе до равен достъп на населението до лекарствени продукти, определяйки областите, общините и населените места с недостиг на открити аптеки чрез извършване на анализ на достъпа на населението до аптеки. Чрез измененията на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти се предотвратява увеличението на цените на лекарствените продукти за масова употреба, което също ще оптимизира достъпа на гражданите до лекарствени продукти. С изготвения проект на Наредба 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, се очаква да се осигурят качествени помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия, предназначени за хората с увреждания. Въвеждането на електронната рецепта дава възможност за постигане на високо качество и ефективност на здравните услуги. С електронизиране на дейността се подобрява координацията и приемствеността на здравните и фармацевтични грижи, а това води до по-продуктивна комуникация и взаимодействие между медицинските специалисти и техните пациенти. Възможността за удобно и в реално време споделяне на информация между медицинските специалисти подобрява безопасността на пациентите, намалява броя на грешките, помага да бъдат избегнати неблагоприятни събития и да се анализира прилагането на назначеното лечение. Направените изменения и допълнения в Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от държавния бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване преодоляват съществуващото затруднение при закупуване на лекарствени продукти, предназначени за лечение на инфекциозни заболявания, за които липсва алтернатива за лечение с други лекарствени продукти.

Политиката в областта спешната медицинска помощ (*Политика 2.3*) е изпълнена в много висока степен. Като елемент от Националната здравна карта беше утвърдена Карта на системата за спешна медицинска помощ, съдържаща броя и местоположението на структурите за спешна медицинска помощ. С утвърждаването на медицински стандарт „Спешна медицина“ са регламентирани норми и правила, които осигуряват възможност за подобряване организацията, координацията и управлението на системата, съответно на качеството на предоставяната на гражданите спешна медицинска помощ, въведен е съвременен модел на триаж на пациентите, регламентирано е участието на парамедици в спешните екипи. Беше осигурена финансова стабилност на системата за спешна медицинска помощ чрез усъвършенстване на механизмите за финансиране на дейността на ЦСМП и на спешните отделения, включително и чрез 100% увеличение на средствата за възнаграждения на спешните медици. Чрез финансиране от европейските фондове бяха предприети мащабни и комплексни мерки за подобряване на инфраструктурата и материално-техническата осигуреност на системата за спешна медицинска помощ, за пълна подмяна на автопарка на ЦСМП, включително с автомобили с висока проходимост, както и за продължително и надграждащо обучение на персонала. Като недостатък може да бъде отчетена липсата на специализиран въздушен транспорт.

Степента на изпълнение на мерките за развитие на първична медицинска помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ (*Политика 2.4.*) е добра. Безспорен успех е голямото увеличение на относителния дял на средствата за първична и специализирана

извънболнична медицинска помощ, включително и за медико-диагностична дейност. Нормативната уредба е усъвършенствана, като са създадени по-добри условия за профилактика на социално-значими заболявания чрез оценка на рискови фактори за развитие на заболяване и за диспансерно наблюдение на пациенти с хронични заболявания. Предприети са мерки за повишаване на капацитета на специалистите от извънболничната помощ с акцент върху промоцията и превенцията на хроничните незаразни болести и психично здраве. Създадените облекчения за специализация по обща медицина и въведените механизми за стимулиране заемаването на свободни практики, с акцент към практиките с неблагоприятни условия, все още не дават висок резултат. Не бяха въведени програми за координация на грижата, включително и мениджмънт на случаите/управление на грижата и управление на заболяванията, както и системи за обективна оценка на качеството на ПИМП и СИМП.

Политиката в областта на болничната помощ (*Политика 2.5.*) е изпълнена във висока степен. Приета е Национална здравна карта със задължителен характер, в която са определени конкретните потребности от легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури за всички области на страната. Създадени са механизми за осъществяване на конкурентен подбор на базата на обективни и прозрачни критерии при избор на изпълнители на медицински услуги, финансирани от бюджета на НЗОК. Въз основа на картата на високотехнологичните диагностични и терапевтични дейности са обособени високоспециализирани болнични центрове лечение на определени социално-значими заболявания. Усъвършенствани са механизмите за субсидиране на лечебни заведения в отдалечени и труднодостъпни райони и са предприети мерки за стимулиране преобразуване на леглата за активно лечение в легла за дългосрочни грижи, както и развитие на едnodневната хирургия, дневните стационари и амбулаторната дейност. Апробираното създаване на болнични обединения с цел осигуряване на комплексно обслужване на пациентите и ефективно използване на болничните ресурси не даде очакваните резултати. Не е въведена система за заплащане на болничната дейност, основана на резултати. Незадоволително е приложението на Националната здравна карта, особено по отношение разкриването на легла за дългосрочни грижи.

Изпълнението на мерките от *Политика 2.6* за развитие на електронното здравеопазване е добро, но е необходимо да се положат допълнителни усилия. С въвеждането на дългоочакваната електронна рецепта (бяла и бл. МЗ-НЗОК № 5 и 5А) и електронно направление за медико-диагностична дейност (бл. МЗ-НЗОК № 4, за изследвания за COVID-19) и не на последно място електронното медицинско досие (ЕМД)/електронен здравен запис (ЕЗЗ), които са част от Националната здравна информационна система, се положи основата за въвеждането и развитието на електронно здравеопазване. Достъпът до посочените по-горе софтуерни приложения, както и други електронни услуги, свързани с европейския цифров сертификат са достъпни чрез разработения здравен портал www.his.bg. Принос в тази посока имат и въведените в експлоатация Национална информационна система за борба с COVID-19, която предоставя достъп на всички заинтересовани лица и участници процеса и Информационна база данни (наричана още Информационна система за контрол на медицинската експертиза), която поддържа електронен профил на всички лица, които са били или са обект на медицинската експертиза, както и одобрения проект за трансграничен обмен на здравни данни в рамките на Механизма за свързване на Европа.

Предвид дългосрочния характер на заложените мерки за изграждане на Националната здравна информационна система, на разработването и прилагането на концепция за развитие на телемедицината в Република България, и развитието на електронното здравеопазване, е необходимо в следващия период да бъдат положени допълнителни усилия, както и да бъдат осигурени съответните ресурси – финансови и човешки, за постигане на планираните резултати.

Изпълнението на мерките от *Политика 2.7.* за развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазването е добро, но са необходими още усилия за преодоляване на недостига на определени специалисти и на регионалните дисбаланси.

С Националната здравна карта са определени конкретните потребности от лекари по специалности и от специалисти от професионално направление "Здравни грижи" за осигуряването на достъп на населението до медицинско обслужване в извънболничната медицинска помощ. Облекчен е достъпът до специализация, включително и за специалност и с установен недостиг, създадени са механизми за обвързване на приема за обучение на специализантите (лекари, специалисти по здравни грижи и др.) на места, финансирани от държавата с установените потребности и дисбаланса в осигуреността с кадри в системата. Регламентирани са нови категории персонал в системата на здравеопазване (лекарски асистенти и парамедици) както и възможности специалистите по здравни грижи (медицински сестри, акушерки, рехабилитатори и лекарски асистенти) азкриват самостоятелни лечебни заведения – амбулатории за здравни грижи. Въпреки предприетите мерки все още се отчита недостиг на лекари и на медицински сестри в някои области поради небалансираното им географско разпределение. По отношение на професията „медицинска сестра“ е необходимо да бъдат положени сериозни целенасочени усилия, които излизат извън компетентността на Министерството на здравеопазването, с цел прекратяване на негативните тенденции при тази професия. При отчитане на резултатите от предприемането на дадени мерки следва да се има предвид фактът, че обучението на медицинските специалисти е времеемък процес, съответно промяна и най-вече отчитане на конкретна тенденция при промяната в броя на медицинските специалисти може да се осъществи едва 8-10 години след предприемането на дадена мярка. Не са предприети мерки за въвеждане на съвременни системи за управление на дейностите по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в системата на здравеопазване.

Степента на изпълнение на заложените мерки за осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване (*Политика 2.8.*) е добра. Постиженията са свързани основно с оптимизиране на контрола върху качеството и безопасността на медицинското обслужване, включително и чрез създаването на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“. Не са изпълнени част от планираните мерки, като нормативно регламентиране на индикатори за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване, на медицинската грешка и на оправдания медицински риск.

Мерките за ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система (*Политика 2.9.*) са изпълнени във много висока степен. В рамките на периода на действие на стратегията се отчита активно участие на Министерство на здравеопазването в разработването и актуализиране на националните и секторните стратегически документи и включване на мерки за здраве във всички политики. Представителите на медицинската общност, неправителствения сектор, гражданското общество и медиите участваха активно при реализация на политиките в здравеопазването. Въведена е система за ежегоден мониторинг и оценка на въздействието на политиките, имащи отношение към развитието на системата на здравеопазването и отражението им върху здравния профил на страната. Въпреки предприетите мерки за повишаване на управленската компетентност на ръководните кадри на всички нива в системата на здравеопазването все още не са постигнати желаните резултати по отношение на ефективността в управлението на лечебните заведения с държавно участие.

Приоритет 3. Укрепване капацитета на общественото здравеопазване е насочен към провеждането на политики за подобряване на общественото здраве, свързани с промоция на здраве, интегрирана профилактика на незаразните болести, надзор на заразните болести и ефективен държавен здравен контрол за ограничаване на заболяемостта от незаразни и заразни болести и предпазване от неблагоприятното въздействие на поведенческите рискови фактори и факторите на жизнената среда.

Мерките в областта на промоцията на здраве и профилактика на болестите (*Политика 3.1.*) са изпълнени в добра степен. Превантивните стратегии за контрол на хроничните незаразни болести се основават на въздействие върху факторите на риска, водещи до възникването на тези болести. Ефективната им профилактика изисква едновременно развитие на дейности в

следните основни направления: подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични); приобщаване на населението към здравословния начин на живот; разработване и реализация на програми за профилактика и ранна диагностика на хроничните незаразни болести на общностно ниво; прилагане на интердисциплинарни модели на интервенции срещу тези болести. За изминалите години чрез реализирането на политиката бяха постигнати положителни резултати в поведението на населението, свързано със здравето, с редуциране нивото на някои фактори на риска за здравето. Предизвиканите промени в показателите за здравното състояние на населението са значителни. Поведението на населението като цяло изисква продължително и системно въздействие за постигане на измерими значителни промени. Промените, настъпили до момента, са в по-голямата си част положителни и това се дължи на адекватната политика на програмата, както и на съвместните усилия на МЗ, НЦОЗА, РЗИ, общините, обществените коалиции за здраве, неправителствените организации и активното участие на обществото.

Политиката в областта на надзора на заразните болести (*Политика 3.2.*) е изпълнена във висока степен. Поддържа се висок имунизационен обхват в тясно взаимодействие с всички ведомства, неправителствения сектор, местната власт с акцент върху обхващането на деца в риск и трудно достъпните групи от населението се осъществява ефективно. Изпълнява се Националният имунизационен календар. Страната ни пълноценно участва в системите за ранно предупреждение и отговор на ЕС и СЗО и в специализираните електронни информационни системи за регистриране и надзор на заразните болести. Постигнати са отлични резултати при изпълнение на дейностите за превенция и контрол на социално значими заболявания – ХИВ и туберкулоза. В резултат на последователна и целенасочена държавна политика за осъществяване на Националната програма за превенция и контрол на ХИВ, страната ни остава с по-ниско разпространение на ХИВ, в сравнение с страните от ЕС. Благодарение на изпълнение на дейностите по Националните програми за превенция и контрол на туберкулозата в България през последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на заболяемостта от активна туберкулоза. С организирането на множество информационни кампании, обучения и други инициативи се повишават знанията на медицинските специалисти и информираността на обществото по въпросите на профилактиката на заразните болести.

Провеждането на ефективен и качествен държавен здравен контрол (*Политика 3.3.*) е приоритетно насочено към превантивен контрол на рисковите фактори, които могат да доведат до влошаване както на индивидуалното, така и на общественото здраве като цяло. Основната цел да се осигури възможност за предприемане на информирани, навременни и адекватни мерки за отстраняване на възникналите рискове за здравето е изпълнена. Подобро е междусекторното сътрудничество в тази област, което е от съществено значение за предотвратяване на рисковете, свързани с факторите на околната среда за постигане на целите за устойчиво подобряване на здравето на населението. Изпълнени са мерки за недопускане предлагането и разпространението на пазара на опасни продукти и стоки за ограничаване ползването и респективно негативното влияние на тези стоки и продукти върху здравето на хората от различни възрастови групи. В пълна степен се изпълняваха заложените в годишните планове оперативни цели за провеждане на официалния контрол на обекти с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека. Важен акцент за укрепване на капацитета на системата на общественото здравеопазване с цел осигуряване на ефективен и качествен държавен здравен контрол е модернизиранието и повишаването на административния капацитет на лабораториите в системата на общественото здраве. Незадоволително е изпълнението на мерките, свързани с укрепване административния капацитет на общественото здраве, което налага необходимостта от политически и обществен консенсус за значението на държавния здравен контрол, който да отговаря на потребностите на населението за подобряване на здравето, безопасността и благосъстоянието до средните нива на ЕС.

Следва да се отбележи, че в ежегодния мониторинг на изпълнението на Националната здравна стратегия в годишните доклади за здравето за периода 2015-2019 г. са отчитани положителни тенденции при всички показатели, макар и с различни темпове на развитие.

През 2020 г. обаче светът се изправи пред предизвикателствата и последиците от възникването и широкото разпространение на ново инфекциозно заболяване. Пандемията от COVID-19 се оказа сериозна заплаха както за общественото здраве, така и за функционирането на здравните системи. В хода на пандемията и изучаването на това ново заболяване беше установено, че в много случаи COVID-19 протича тежко и води до усложнения на органи и системи и до смърт, особено при хора с придружаващи заболявания. Негативните последици от епидемията се отразиха и на изпълнението на националните здравни цели, касаещи възрастовите групи 20 – 65 години и над 65 години, при които беше отчетен регрес.

Количествена оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия 2020 е представена чрез анализ на достигнатите нива на изпълнение на националните здравни цели (Таблица 70).

Таблица 70.

Национални здравни цели	Изходно ниво на наблюдаваните показатели и за РБ (2014 г.)	Целева стойност на показателя до 2020 г.	Целева стойност на показателя до 2025 г. (показатели на ЕС)	Стойност на показателите за 2019 г.	Стойност на показателите за 2020 г.	Оценка на изпълнението
Снижаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст	7,6 на 1000 живородени	6,8 на 1000 живородени	3,69 на 1000 живородени	5,6 на 1000 живородени	5,1 на 1000 живородени	Целевата стойност е достигната през 2015 г.
Снижаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст	0,28 на 1000 нас. на 1-9 г.	0,24 на 1000 нас. на 1-9 г.	0,12 на 1000 нас. на 1-9 г.	0,21 на 1000 нас. на 1-9 г.	0,17 на 1000 нас. на 1-9 г.	Целевата стойност е достигната през 2016 г.
Снижаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст	0,34 на 1000 нас. на 10-19 г.	0,28 на 1000 нас. на 10-19 г.	0,18 на 1000 нас. на 10-19 г.	0,34 на 1000 нас. на 10-19 г.	0,29 на 1000 нас. на 10-19 г.	Целевата стойност не е достигната, но показателят е едва с 0.01 пункта над целевата стойност за изпълнение до 2020 г.
Снижаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст	5,25 на 1000 нас. на 20-65 г.	4,19 на 1000 нас. на 20-65 г.	2,94 на 1000 нас. на 20-65 г.	5,17 на 1000 нас. на 20-65 г.	6,07 на 1000 нас. на 20-65 г.	Целевата стойност не е достигната. До 2019 г. е отчетена положителна тенденция, но през 2020 г. е налице увеличение с 15,6% спрямо изходното ниво.
Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст	16 години	16,4 години	19,7 години	16,2 години	15,8 години	Целевата стойност не е достигната. До 2019 г. е отчетена положителна тенденция, но през 2020 г. е налице намаление с 1,3% спрямо изходното ниво

Въз основа на данните за стойностите на показателите, измерващи изпълнението на националните здравни цели, могат да се направят следните изводи:

- Две от националните здравни цели са изпълнени, като целевите стойности са достигнати преди 2020 г.
- Една от националните здравни цели показателят надвишава едва с 0.01 пункта целевата стойност за изпълнение до 2020 г.
- Две от националните здравни цели не са постигнати, като въпреки по-бавния темп на развитие, през периода 2015-2019 г. се наблюдават положителни тенденции.
- Най-значим е напредъкът по постигане на националните здравни цели за намаляване на смъртността при децата и юношите (от 0 до 19 години), а най-незадоволителен по отношение на целта за намаляване на смъртността при лицата в работоспособна възраст и на целта за удължаване средната продължителност на живота след навършване на 65 години.
- Регистрираната за периода 2015-2020 г. динамика на измерителите на националните здравни цели предполага различни времеви периоди за достигане на определените целеви стойности.
- Данните показват необходимост от стратегическа рамка за периода 2021-2030 г., чрез която да се осигури устойчивост и надграждане на прилаганите политики в областта на майчиното и детско здраве и да се гарантира провеждането на активни и ефективни политики по отношение на здравето и благополучието на лицата в икономически активните възрастови групи и на възрастните хора.

7. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

■ Здравно-демографско състояние

Към 31.12.2020 г. населението в България е 6 916 548 души като в сравнение с предходната година то е намаляло с 34 934 души (0.5%). Запазва се структурата на градското и селското население в сравнение с предходната година. Запазват се и териториалните различия в нивата на отделните здравно-демографски показатели.

Продължават негативните промени във възрастовата структура на населението, изразени с процес на демографско остаряване – броя и дела на населението до 15-годишна възраст се запазва на нивото на 2019 г. и е 14.4% от общия брой на населението и е по-нисък от същия за ЕС (15.1%), и увеличаване на дела на населението над 65 години, който през 2020 г. достига 21.8%. В 26 области на страната, населението на възраст над 65 години е повече от 1/5 от цялото население на областта. Демографското остаряване на населението е проблем, характерен и за другите страни- членки на ЕС.

Средната продължителност на живота у нас – 74.6, и намалява в сравнение с предходната година, като остава и по-ниска от тази в ЕС – 81.3 г.

Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта (8.5‰), обективно обусловена от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори, и остава по-ниска от средната стойност за ЕС (9.1‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2020 г. е 327.1. Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената.

Високото ниво на смъртността в България е продължение на започналата преди 50 години трайна тенденция на нарастване на този показател. 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 за 2020 г. нараства значително спрямо предходната година – от 15.5‰ на 18.0‰ и остава значително по-висок от средния за ЕС – 11.6‰.

Показателят за преждевременната смъртност запазва нивото си от 2019 г. и е 20,5%. Преждевременната смъртност при мъжете – 26.6% е почти 2 пъти по-висока от тази при жените – 13.7%.

България остава страната с най-висок стандартизиран коефициент за обща смъртност 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. През 2020 г. на трето място като причина за смърт е COVID 19.

Достигнатото равнище на детската смъртност (5.1‰) продължава устойчивата тенденция за постоянно намаляване, оставайки по-високо, отколкото в ЕС (3.4‰).

Неблагоприятни остават повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална) в сравнение с ЕС.

Показателят за мъртвораждаемостта се увеличава спрямо предходната година – 6.0‰.

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 дихателната система и болести на органите на кръвообращението, обуславящи 84.3% от всички умирания в тази възраст.

Майчина смъртност през 2020 г. е 6.8‰, като през 2019 г., по данни на НСИ, няма починали жени по причини от клас „Бременност, раждане и послеродов период“. За 2018 г. този показател е 6.4‰.

През 2020 г. в България са регистрирани общо 22 261 случая на остри заразни заболявания (без COVID-19, грип и ОРЗ, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции), заболяемост 320,23‰. Отчита се значителен спад в броя на случаите спрямо предходните три години (2019 г. – 54 397 сл., заболяемост 777,10‰; 2018 г. – 48 092 сл., заболяемост 682,15‰; 2017 г. – 52 393 сл., заболяемост 737,74‰). Значителният спад в броя на случаите спрямо предходните три години е в резултат и на комплексното въздействие на прилаганите нефармацевтични мерки и други фактори действали в хода на пандемията от COVID-19 до края на същата година.

В структурата на инфекциозната заболяемост през 2020 г. с най-висок относителен дял са случаите на варицела (55,10%) и случаите на гастроентерити и ентероколити (22,99%), но и те са значително по-малко в сравнение с предходни години.

През 2020 г. не са регистрирани заболявания от дифтерия и полиомиелит, рубеола и са регистрирани 12 266 от варицела и 257 случая на морбили при 1 231 за 2019 г.

Паразитозоозите (ехинококоза и трихинелоза) все още запазват медико-социалното си значение, поради поддържането на високи стойности на заболеваемост, значително превишаваща показателите за другите европейски страни, въпреки тенденцията към понижаване в последните години.

Имунизационният обхват със задължителните ваксини в детска възраст през 2020 г. е между 88 и 97%. Имунизационният обхват на новородените с БЦЖ ваксина (97,0%) през 2020 г. е повишен спрямо предходната година. Задължителна имунизация (три приема ваксина) срещу дифтерия, тетанус и коклюш при деца до 1-годишна възраст е при 91,2% (2019 г. – 92,8%). Обхватът с три дози полиомиелитна ваксина е 91,2% и е понижен в сравнение с 2019 г. Имунизация срещу хепатит Б при 91,5% от подлежащите на имунизация срещу хепатит Б деца през 2020 г. се регистрира намаление в сравнение с предходната 2019 г. (93,3%). Имунизация срещу морбили, паротит и рубеола: Имунизационният обхват – 88,3% за първи прием (МПП1) не е достигнал изискванията за ваксинално покритие, което би гарантирало прекъсване разпространението на дивите вируси на морбили и рубеола в обществото. С втори прием (МПП2) ваксина морбили-паротит-рубеола (МПП) имунизационният обхват е 84,5%. При реимунизациите се отчита снижение спрямо предходните години (87,7% -2019 г., 88,5% – 2018 г., 91,8% – 2017 г. и 89,1 – 2016 г.).

През 2020 г. и на регионални, и на национално нива се отчита снижение на показателите за имунизационен обхват при имунизации и реимунизации със задължителни ваксини, спрямо предходната година. Причините, които допринасят за по-нисък имунизационен обхват са свързани основно с епидемията от COVID-19, която силно повлия върху нормалното провеждане на имунизациите в страната, но и с определяне на действителния подлежащ на имунизации контингент, с осигуряването на ваксини за изпълнението на имунизационния календар, с миграция на население, с отказ от имунизации.

В България през последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на заболеваемостта от активна туберкулоза – от 39.1 на 100 000 през 2006 г. до 13.0 на 100 000 през 2020 г., която продължава да надвишава средната за ЕС (9.6 на 100 000).

През 2020 г. намалява заболеваемостта от злокачествени новообразувания спрямо предходната година, Най-висока е Заболеваемостта от рак на храносмилателните органи (94.6‰).

Броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства от 1 614 313 (20 857.0‰) през 2005 г. до 1 963 826 (28 321.6‰) през 2020 г., но намалява в сравнение с предходната година общо, както и основно във възрастовите групи над 18 г.. От 2016 г., съгласно измененията на Наредба 49 на МЗ от 2010 г., освен хоспитализираните случаи на болничните легла, се отчитат отделно и обслужените лица на местата за краткотраен престой. Най-голям е броят на хоспитализираните на 100 000 население сред лицата над 65 годишна възраст. Сред причините за хоспитализация водещи са фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби, 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 2018 и 2019 г. се увеличава и през 2020 г. отново намалява и достига 52 879 души.

През последните няколко години намалява броят на освидетелстваните деца до 16 г. възраст, с признати вид и степен на увреждане, като делът на децата с 71-90% е 26.5%, а с най-тежката степен над 90% са 17.7%.

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, зрителни аномалии, гръбначни изкривявания, болести на нервната система. Водещо място в структурата на заболяванията при децата от 1 до 7 г. заема бронхиалната астма. Увеличава се обхватът на децата и учениците с профилактични прегледи, но си остава незадоволителен.

Проблемите със зрението на учениците продължават да бъдат сред водещите патологии, поради прекалено дългото време, което децата прекарват пред екраните на компютри, лаптопи, таблети, всички видове клетъчни телефони, електронни книги и други дигитални устройства. Всички те, освен че застрашават зрението и стойката на ученика, предразполагат и към развиване на психическа зависимост със всички негативни здравни последици за детската психика.

Прилагането на ефективни мерки за превенция на наднорменото тегло, затлъстяването, зрителните аномалии и гръбначните изкривявания, като водещи в структурата на регистрираните заболявания за поредна година, се очертава значим фактор за подобряване на здравето в ученическа възраст. Продължителното дистанционно обучение в електронна среда през учебната 2020/2021 г., поради обявената извънредна епидемична обстановка, като допълнителен риск за тези здравословни проблеми, изисква системна профилактика чрез създаване на условия за упражняване на препоръчителния за съответната възраст минимум физическа активност, включително и чрез масов спорт в и извън училище, спазване на здравните изисквания при работа с видеодисплеи и насърчаване на здравословен начин на живот.

■ **Рискови фактори**

Реалните доходи на домакинствата нарастват с 4.4% през 2020 г. в сравнение с предходната 2019 г., като най-висок е индексът на реалните доходи през 2020 г. спрямо 2011 г. – 165.9% при запазена структура.

Работната заплата продължава да бъде най-значителният източник на приход (56.1%) или с 0.5% по-малко в сравнение с 2019 г. Населението продължава да разчита предимно на доходи от наеман труд, прослужено време и възраст.

Разходите на българските домакинства нарастват през 2020 г. (6220 лв. средно на лице). За периода 2011 – 2020 г. разходите на домакинствата се увеличават 1.8 пъти. Основната част са за задоволяване на потребностите. Нараства делът на разходите за храна. Разходите за образование, свободно време и културен отдих, за данъци, както и за жилища, вода, електроенергия и горива също нарастват. Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. През последните 9 години с изключение на 2012 г. и 2015 г. се наблюдава тенденция на запазване нивото на публичните разходи за здравеопазване. По разходи за здравеопазване като част от БВП – 8.1% държавата е на средно европейско равнище в общостта. Запазва се организацията на действащата здравна система, при която българският пациент да доплаща най-много средства от себе си за здравна услуга, докато я получава (48%), в сравнение с останалите пациенти в Европа, които доплащат 20-25%. Най-голям дял от доплащанията продължават да са за медикаменти и медицински изделия – над 40%. Съотнесени с размера на населението, разходите за здравеопазване (публични и частни) у нас са едни от най-ниските в ЕС – 590 евро на човек при средно равнище от 2887 евро в ЕС. Средният разход за здравеопазване на едно домакинство през 2019 г. достига до

размер от 842 лв., докато за 2020 г. е 836 лв. Средният разход за едно лице през 2019 г. достига 386 лв. и 388 лв. за 2020 г.

През 2019 г. и 2020 г. делът на домакинствата, заплашени от бедност и социално изключване, като средна стойност в ЕС, се запазва относително устойчив. На национално ниво има държави, сред които и България, в които заплахата от увеличаването на бедността нараства през последните години. Линията на бедност за България за 2020 г. е 451.00 лева средномесечно на лице от домакинството и бележи ръст от 9.2% спрямо предходната 2019 г. (431.04 лв.). По данни на НСИ при този размер на линията под прага на бедност са били 23.8% от населението на страната. В сравнение с предходната година размерът на линията на бедност нараства с 9.2%, а относителният дял на бедното население нараства с 1.2%. Покачва се и делът на лицата, живеещи под линията на бедност през 2020 г. – 4.7%. Най-висок е относителният дял на бедните сред едночленните домакинства с лице на възраст над 65 години (61.8% за 2020 г.), както и домакинствата с три и повече деца (59.2% за 2020 г.). През 2020 г. 28.3% от децата на възраст от 0 до 17 години в България са били изложени на риск от бедност, което е влошаване на ситуацията с 0.8 процентни пункта спрямо 2019 г.

Безработицата в преобладаващата си част е дългосрочна, което подчертава нейния предимно структурен характер, при липсата на правилно насочени и достатъчни политики на активиране на заетостта за най-уязвимите групи от населението. Коефициентът на продължителна безработица се увеличава с 0.4 процентни пункта и достига 2.6%. Въпреки положителните данни за коефициента на заетост, за България той остава под средния за 28-те страни на ЕС.

Резултатите за 2020 г. от мониторинга на качеството на атмосферния въздух маркират редуциране на експозицията с фини прахови частици, в сравнение с данните за предходните 2019 г. и 2018 г. Въпреки това, в голяма част от населените места с контролирано качество на атмосферния въздух продължават да се регистрират превишения на средноденоношната норма за ФПЧ10 в дните през отоплителния период.

Мерките, свързани с намаляване нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението, трябва да обхващат предимно изнасяне на промишлените дейности извън урбанизираните територии; газифициране на населените места; регламентиране на стандарти за качеството на твърдите горива и ефективността на отоплителните уреди, оптимизиране на транспортния трафик; обновяване на транспортните средства; поощряване на иновационни технологии, целящи създаване на екологично чисти производства.

През 2020 г. не са установени нови дифузни замърсявания на почвите в страната, които да наложат спешни дейности по ограничаване на здравния риск.

Акустичната обстановка в градовете на страната през 2020 г. се променя бавно, в положителна посока. 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. Най-важната мярка за намаляване на експозицията на наднормен шум за населението е факторът шум да бъде включен приоритетно в мерките на национално ниво.

Обобщените резултати от мониторинга на качествата на питейната вода за 2020 г. не показват съществени различия спрямо предходните години и като цяло отразяват сравнително високо ниво на съответствие с нормативните изисквания по контролираните микробиологични показатели.

В по-голямата част от зоните на водоснабдяване в страната се подава питейна вода, без трайни несъответствия. В някои зони продължават да се регистрират отклонения по здравнозначими и индикаторни химични показатели, което изисква реализиране на адекватни комплексни мерки за отстраняване на причините и ограничаване на здравния риск.

Необходими са насочени мерки за подобряване обработката/дезинфекцията на водите и състоянието на водоснабдителните мрежи и съоръжения.

Няма регистрирани епидемични взривове, свързани с питейните води.

През 2020 г. не са установени неразрешени генни модификации.

Резултатите на НЦОЗА от направените измервания на ЕМП на територията на страната, показват че са в границите на пределно-допустимите нива, съгласно изискванията на Наредба 9/1991 г. на МЗ и МОСВ. Същото се потвърждава и от извършения мониторинг от структурите на ДЗК в страната.

През 2020 г. медицинското облъчване от рентгенологията и нуклеарната медицина формира сумарна колективна ефективна доза 7136 man.Sv. Основен е приносът на рентгеновата диагностика, който е около 30 пъти по-голям от приноса на нуклеарно-медицинската диагностика. Средногодишната индивидуална ефективна доза на глава от българското население от медицинско облъчване е: 1,03 mSv.a-1.

Предвид получените резултати за големината на колективните и средните ефективни дози през последните години, е необходимо полагане на специални усилия от лечебните заведения за подобряване на дейностите по осигуряване на качеството и оптимизация на медицинските радиологични процедури в рентгенологията и нуклеарната медицина, което се препоръчва и от европейското и национално законодателство. Желателно е преразглеждане и оптимизиране според степента на риска на програмите за провеждане на инспекции от органите на ДЗРК в обектите използващи източници на йонизиращи лъчения за медицински цели.

Подобряването на оценките на облъчване на населението в резултат на медицински процедури, респективно предприемане на мерки за радиационна защита на пациентите, би могло да се постигне чрез установяването на информационна връзка между PACS системите на лечебните заведения и НЦРРЗ. Това би позволило получаването на по-бърза и по-точна информация за броя и честотите на рентгенологичните и нуклеарномедицинските изследвания и процедури и по-точна оценка на дозите.

През 2020 г. общият брой трудови злополуки по оперативна информация е по-нисък спрямо 2019 г., намалява и броят на тези с летален изход и инвалидизиращите злополуки на работното място, като регистрираните нива са най-ниските за периода 2000-2020 г. Разкриваемостта и регистрацията на професионалните заболявания остава в пъти по-ниска в сравнение с повечето страни в ЕС. Превантивните мерки за ограничаване на пандемията от COVID-19 на работното място са в съответствие с прилаганите в ЕС.

През 2020 г. се наблюдава положителна тенденция в модела на потребление на някои храни – намаляване консумацията на хляб и тестени изделия, картофи и добавени мазнини. Средно дневното потребление общо на плодове и зеленчуци е над препоръчителните нива за дневен прием. Консумацията общо на бобови храни също съответства на препоръките. Наблюдава се леко увеличение в консумацията на риба, но все още не се достигат препоръчаните нива. Отчита се намаляване в потреблението на захар.

Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на месо, за сметка на свинското, остава високо потреблението на обработено месо, трайни и малотрайни колбаси, на готварска сол, на захарни и шоколадови изделия, на безалкохолни и алкохолни напитки (бира). Наблюдава се много ниско потребление на прясно и кисело мляко.

При децата от 1 до 5-годишна възраст – висок относителен дял на деца с възможен риск от свръхтегло – 14,9% и деца с наднормено тегло (свръхтегло и затлъстяване) – 12,0%. Отчита се благоприятна тенденция за намаляване относителния дял на деца с поднормено тегло и затлъстяване в тази възрастова група. Сериозни проблеми в хранителния статус при децата от 5 до 19-годишна възраст са високият относителен дял на наднормено тегло – 32,0%, в т.ч. затлъстяване – 12,3%. Сериозни проблеми в хранителния статус на лицата от 19 до 75+-годишна възраст са високият относителен дял на наднормено тегло – 54,7%, (свръхтегло – 33,3% и затлъстяване – 21,4%) с тенденция за нарастване с увеличаване на възрастта.

Тютюнопушенето е широко разпространено сред населението в България. Данните от Националното проучване на факторите на риска за здравето, проведено през 2020 г. показват, че 39.4% от населението над 20 г. и 16.9% от децата на възраст 10-19 г. в страната употребяват никотинови изделия. На фона на намаляване на тютюнопушенето в ЕС, броят на пушачите в България се запазва стабилен. Отбелязва се известно намаление на потреблението на цигари

средно на лице от домакинство през 2020 г. (727 цигари) спрямо 2019 г. (733). Това налага разработването на научно обоснован алгоритъм и въвеждането на интегрирани подходи към решаването на проблема.

Проведеното Национално проучване на факторите на риска за здравето в Р България 2020 г. показва, че 65.5% от анкетираните лица над 20-годишна възраст и 28% от децата на 10-19 г. консумират алкохолни напитки. По данни на НСИ, България отбелязва значителен ръст на потреблението на алкохолни напитки през последните години, като се наблюдава увеличение с 8.1 л. за периода 2010-2020 г..

Над 60% от анкетираните на възраст над 20 г. (61.3%) са с недостатъчна физическа активност през свободното време, включително и тези, които не я извършват поради болест или инвалидност. Сериозен е проблемът с ниската физическа активност и при децата на възраст 10-19 години. Почти всяко 10-то дете не упражнява физическа активност, а при всяко 5-то тя е недостатъчна.

Недостатъчни са знанията, уменията и мотивацията сред населението за превенция и контрол на предотвратимите за социално-значими заболявания рискови фактори, включително и ниската физическата активност.

Употребата на наркотици остава стабилна, но продължава да поддържа високи нива. Най-масово употребяваното наркотично вещество в България е марихуаната. Намалява броят на високорисково употребяващите опиоиди (хероин, метадон, морфин) и се увеличават употребяващите стимуланти и канабис. Инжекционната употреба все по-често се свързва с употребата на метадон за сметка на хероин.

По данни от „Национално представително проучване относно нагласи и употреба на психоактивни вещества сред общото население в България (на възраст 15-64 години)“, проведено през 2020 г., общо 9,5% от възрастното население са употребили поне веднъж в живота си някакво наркотично вещество. В сравнителен план делът на тези хора е по-висок от всички други предходни години. Само 0,6% от изследваните лица посочват употреба на нови (т.нар. от медиите „дизайнерски“) наркотици или продукти, различни от вече познатите и разпространявани поне веднъж някога в живота.

Според последните данни от ESPAD 2019 за употреба на алкохол, цигари и наркотици, представени през септември 2020 г. пушенето и пиенето сред 15-16-годишните ученици показва тенденция към намаляване, но има загриженост за потенциално рисковата употреба на канабис и за предизвикателствата, които поставят новите поведения на зависимост.

През 2020 г. в България са регистрирани общо 3 483 лица с ХИВ инфекция. Броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е 199 – 168 (84%) са мъже и 31 (16%) жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2020 г. са 43. При 7% от случаите със СПИН, диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

■ **Заплащане на медицинските услуги от публичните средства**

Първичната извънболнична медицинска помощ е медицинската услуга, която е най-достъпна и най-широко използвана сред населението. С нея е предвидено да се гарантира профилактика на населението за предотвратяване на заболявания и навременното оказване на първична медицинска помощ в случай на заболяване.

С регулацията на специализираните медицински дейности в извънболничната медицинска помощ са обезпечени дейностите по профилактиката и диспансерното наблюдение, за групите от населението, които се нуждаят от специални грижи. С всяка изминала година броят на лицата включвани в регистъра на диспансерно болните нараства спрямо предходната година и спрямо предходното тримесечие, което води до нарастване със същия темп и на средствата, обезпечаващи този вид дейност.

Разширяването на обхвата на прилаганата лекарствена терапия; увеличаването на броя на болните с едно и повече заболявания, за чието домашно лечение НЗОК заплаща, пряко свързано с тенденциите на застаряване на населението и нарастване на дела на ЗОЛ над 65 години; увеличаването на броят на болните с редки заболявания, обърнали се към системата,

в резултат на научния прогрес и увеличените възможности на диагностиката, налагането в медицинската практика на терапевтични подходи, включващи използването на иновативни лекарствени продукти за прицелна терапия, които дават по-добър терапевтичен отговор и оказват влияние върху продължителността и качеството на живот на пациентите, резултира пряко в значителен ръст на разходите за лекарствени продукти и медицински изделия.

Тенденцията на застаряване на населението като цяло и особено осигурените лица води до по-висока необходимост от медицинска помощ. От друга страна по-ниските доходи на част от лицата в тази възрастова група водят до негативната тенденция свързана с незакупуване и неприлагане на предписаното извънболнично лечение на заболяванията, в следствие на което нараства потребността от болнично лечение.

Въвеждането в алгоритъма на дейностите, заплащани от НЗОК, на новите високотехнологични и високоспециализирани методи и терапии, които с по-добрата си медицинска ефективност са предпочитани за прилагане, както от пациентите, така и медицинските специалисти, води до бързо увеличаване на отчитаните обеми от тези дейности. Предвид изискваните ресурси тези дейности се заплащат на по-високи цени от НЗОК, което допълнително увеличава финансовата тежест върху системата.

Съгласно ЗЗО и вписванията на Република България в европейските регламенти за координация на системите за социална сигурност и съответните двустранни спогодби, НЗОК следва да гарантира с бюджета си здравноосигурителните права на осигурените в НЗОК лица, при техния престой или пребиваване на територията на другите държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария, Македония, Сърбия и Черна гора, както и на осигурените в тези държави граждани при техния престой или пребиваване на територията на Република България.

Намалението на извършените дейности, в т.ч. и дейностите по профилактика и диспансерно наблюдение, в следствие от ограниченията на достъпа до здравните дейности, наложени от извънредната епидемична обстановка, е предпоставка за бъдещо увеличение на броя на хоспитализациите в болнична помощ, вкл. и на хоспитализациите в по-висока степен на тежест на заболяванията и изискващи интензивно лечение, което съответно би рефлектирало в ръст на разходите за болнична медицинска помощ за бъдещи периоди. Това дава основание за поставяне за обсъждане на следните препоръки:

- оптимизиране структурата на диагностично-лечебните алгоритми на дейностите в болнична помощ, като обхват на процедури и дейности, а също и като обхват на диагнози, и съответно оптимизиране на пакета на дейностите в болнична помощ, което би довело до отпадане на някои КП и АПр или трансформиране на КП в АПр;
- включване на нови дейности в пакета болнична помощ за пациенти, които досега са обслужвани извън страната – напр. ретинобластом при деца, ретинопатия на новороденото или дейности, които подобряват качеството на живот при пациенти с някои заболявания – напр. пластика на пикочен мехур и интраоперативна лъчетерапия при хирургични процедури на матка и простатна жлеза.
- въвеждане на степен на тежест на състоянието при хоспитализация и съответно диференциране на заплащането съобразно степенна скала на ресурсната необходимост, която се поражда от съответната скала на тежест на заболяването, като повод за хоспитализация.

Наложилите се в медицинската практика терапевтични подходи, включващи използването на иновативни лекарствени продукти, представляващи персонализирана прицелна терапия, осигуряват по-добър терапевтичен отговор и оказват влияние върху продължителността и качеството на живот на пациентите. Включването в Позитивния лекарствен списък (ПЛС) на лекарства–сираци за лечение на редки заболявания, при които технологията по създаването на лекарствения продукт е скъпоструваща, определя висока стойност на курс лечение на един пациент. И двете тенденции водят до значителен ръст на разходите на НЗОК.

Съгласно Закона за бюджета на НЗОК за 2020 г. бюджетът на НЗОК е приет с балансирано бюджетно салдо, като за приходи и трансфери – всичко са заложили средства в размер на

4 744 704,9 хил. лв. През годината с допълнителен трансфер, съгласно ПМС № 247 от 03.09.2020 г. средствата са увеличени с 1 847 хил. лв. В резултат на промяната годишният план е в размер на 4 746 551,9 хил. лв.

Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери – всичко към 31.12.2020 г. възлиза на 4 733 419,7 хил. лв., което представлява 99,7% спрямо заложените в годишен план за 2020 г. средства. В сравнение с 2019 г. се отчита увеличение с 336 892,2 хил. лв. или със 7,7%, което основно се дължи на увеличениния размер на здравноосигурителните приходи и получените трансфери от Централния бюджет и МЗ през 2020 г.

Основните източници на средствата по приходите и трансферите през 2020 г. са следните:

- здравноосигурителни приходи – 4 585 532,8 хил. лв., което представлява 96,9% от получените приходи и трансфери – всичко;
- неданъчни приходи – 19 226,6 хил. лв., което представлява 0,4% от получените приходи и трансфери – всичко;
- получени трансфери от Министерството на здравеопазването по чл.1,ал. 1, ред 3 от ЗБНЗОК за 2020 г. – 83 400,0 хил. лв., представляващи 1,8% от получените приходи и трансфери – всичко.
- допълнителни трансфер, съгласно ПМС № 247 от 03.09.2020 г. – в размер от 1 847 хил. лв. и по ПМС № 362 от 10.12.2020 г. в размер на 61 015,9 хил. лв.
- получен трансфер от Държавна агенция "Електронно управление"(ДАЕУ) в размер на 14,4 хил. лв.

През 2020 г. са разходвани 4 738 218,1 хил. лв. или 99,8% от заложените в годишен план средства. В сравнение с 2019 г. се отчита увеличение с 304 654,6 хил. лв. или с 6,9%, което се дължи основно на увеличението в отчетените здравни плащания.

Към 31.12.2020 г. за ПИМП са изплатени 277 629,5 хил. лв., което представлява 6,1% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита ръст с 51 193 хил. лв. или с 22,6%.

Към 31.12.2020 г. за СИМП са изплатени 277 999,6 хил. лв. (в т.ч. 1 037,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 6,1% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита ръст с 27 776,7 хил. лв. или с 11,1%.

Към 31.12.2020 г. са изплатени 210 979,3 хил. лв., което представлява 4,6% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита ръст с 46 406,1 хил. лв. или с 28,2%.

Към 31.12.2020 г. са изплатени 108 493,5 хил. лв. (в т.ч. 791,7 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 2,4% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита ръст с 18 769,4 хил. лв. или с 20,9%.

Към 31.12.2020 г. за БМП са изплатени 2 251 459,7 хил. лв. (в т.ч. 89 477,0 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 49,1% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Спрямо извършените към 31.12.2019 г. плащания за БМП се отчита увеличение със 175 899,1 хил. лв. или с 8,5%.

■ Дейности по предоставяне на здравни услуги по линия на НЗОК

През 2020 г. заплатената от НЗОК дейност на изпълнителите на ПИМП по направления се характеризира с:

- Общо намаление на регистрираните ЗОЛ – отчетен средномесечен брой от 5 868,1 хил. ЗОЛ, което е с 54,3 хил. лица или с 0,9% по-малко от 2019 г. Продължава тенденцията на застаряване на ЗОЛ – делът на ЗОЛ на и над 65-годишна възраст нараства от 25% през 2019 г. на 25,4% през 2020 г.

- Общо намаление на отчетената профилактична и диспансерна дейност в следствие на ограниченията, въведени по времето на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка – отчетени общо 8 972,6 хил. прегледа и имунизации, което е с 1 040 хил. бр. дейности или с 10,4% по-малко спрямо 2019 г. Единствената категория дейности в ПИМП, за които през 2020 г. се отчита ръст в отчетените обеми са прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания – отчетени 958,5 хил. прегледа, което е с 14,9 хил. прегледа или с 1,6% повече от отчетените през 2019 г. прегледи от тази група.
- Като една от мерките за компенсиране на последиците от пандемичната обстановка, към договореното с НРД увеличение от 01.01.2020 г. на цените, заплащани на изпълнители на ПИМП (средно с 14,2%), от 01.08.2020 г. беше договорено допълнително увеличение на цените средно с 9,3%.

Анализът на изпълнение на отчетените дейности в ПИМП и СИМП по видове дейности за 2020 г., сравнени с потреблението за същия период на миналата година, могат да се направят следните изводи:

1. Осигуреността с ОПЛ през 2020 г. средно за страната е един лекар на 1 741 здравноосигурени лица по пациентска листа, сравнено с миналата година средно за страната един ОПЛ е обслужвал 1 718 ЗОЛ.

2. Най-ниска осигуреност с ОПЛ се наблюдава в РЗОК – Кърджали и Разград. Запазва се тенденцията за най-добра осигуреност на ЗОЛ от ОПЛ в РЗОК Плевен.

3. При дейностите по „Детско здравеопазване“ се наблюдава намаление с 11,72% в отчетените профилактични прегледи на 1 ЗОЛ през 2020 г., спрямо 2019 г.

4. За дейностите по „Майчино здравеопазване“ през 2020 г. се наблюдава спад от 17,97% в отчетените профилактични прегледи в сравнение с 2019 г. По програма „Майчино здравеопазване“ продължава трайна тенденция към намаление на бременните, наблюдавани от ОПЛ, профилактиката на бременни жени с нормална бременност се осъществява основно от лекари-специалисти по „Акушерство и гинекология“ в СИМП.

5. Средният брой на отчетените диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ през 2020 г. е 2,49 прегледа, а през 2019 г. е бил – 2,74 прегледа. В сравнение с 2019 г. броят на лицата включени в регистър "Диспансерно наблюдение" при ОПЛ нараства с 3,07% – 1 748 969 диспансеризирани ЗОЛ (2020 г.) и 1 696 941 диспансеризирани ЗОЛ (2019 г.). Това не е довело до увеличение на броя на извършените прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ през 2020 г. Отчетените от ОПЛ прегледи по диспансерно наблюдение са по-малко от договорените средно четири прегледа за календарна година.

6. През 2020 г. средната стойност на показателя „Брой инцидентни посещения на 10 000 ЗОЛ при ОПЛ“ е 23,99 броя, а през 2019 г. – 31,47 броя, наблюдава се понижение на показателя с 23,76% спрямо 2019 г.

7. През 2020 г. средно за страната се отчитат 0,73 първични консултативни прегледи на 1 ЗОЛ, през 2019 г. този показател е бил 0,81. При запазена тенденция от 2019 г., през 2020 г. най-много първични прегледи на едно ЗОЛ над средния за страната показател се отчитат в РЗОК – Плевен, Русе, Варна, Пловдив и София град. Посочените области са региони, в които има, както 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.

8. През 2020 г./2019 г., средно за страната са отчетени по 0,28/0,33 вторични консултативни прегледа на 1 ЗОЛ.

9. През 2020 г. съотношението между първични и вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ от 0-18 г. при специалист по педиатрия и профилни специалности средно за страната е 0,70, т.е. не надвишава допустимото съотношение 1:1. Това означава, че на 30% от преминалите деца на първичен преглед не са им извършвани и съответно отчитани вторични прегледи.

10. Общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение през 2020 г. средно за страната са 1,11 прегледа на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП. За 2019 г. стойността на този показател е 1,40 прегледа.

11. Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2020 г., при лицата над 18 години е 0,34 прегледа на едно ЗОЛ, при предвиден един преглед годишно. За същия период на 2019 г. стойността на показателя е била 0,40 прегледа на едно ЗОЛ.

12. На 10 000 ЗОЛ средно за страната през 2020 г. са отчетени по 8 149 физиотерапевтични процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“, което представлява спад от 18% спрямо 2019 г. (9 920). Най-голям спад в потреблението по този показател през 2020 г. спрямо 2019 г., отчитат РЗОК- София град, Благоевград, Хасково (22%).

13. През 2020 г. средно за страната на 10 000 ЗОЛ са отчетени 983 високоспециализирани медицински дейности, което е с 9% спад в сравнение с 2019 г. година, когато са отчетени 1 085 високоспециализирани медицински дейности на 10 000 ЗОЛ. През 2020 г. се запазва тенденцията от 2019 г. с най-голям брой за страната се отчитат в РЗОК-Видин, Велико Търново, Ловеч.

14. През 2020 г. се забелязва спад от 10,94% на отчетените медико-диагностични изследвания, средно за страната са 26 233 броя на 10 000 ЗОЛ, а през 2019 година средната стойност на показателя е била 29 454. Всички РЗОК отбелязват спад на отчетените МДИ, с изключение на РЗОК-Силистра. В 6 РЗОК стойността на този показател е над средната за страната.

15. През 2020 г. средно за страната са отчетени 2 248 броя високоспециализирани медико-диагностични изследвания (ВСМДИ) на 10 000 ЗОЛ, като показателя е намалел 2% спрямо 2019 г., когато стойността на този показател е 2 294 изследвания на 10 000 ЗОЛ. С относителен дял 47% от отчетените обеми ВСМДИ са изследвания на хормони.

16. Средната осигуреност с лекари по дентална медицина, оказващи ПИДП, е един лекар на 1 037 здравноосигурени лица през 2020 г. и 1035 през 2019 г. Стойността на показателя е пряк резултат от намаления брой на лекарите по дентална медицина в ПИДП с 0,9% (от 7 026 на 6 957) и намаление броя на здравноосигурените лица с 0,7%.

17. Делът на здравноосигурените лица, получили дентална помощ през 2020 г., е намалел спрямо делът за 2019 г. от 24,7% на 21,2%. Намаление се наблюдава във всички РЗОК. При ЗОЛ до 18 г., общо за страната, делът на получилите дентална помощ през 2020 г. е намалел от 27,4% на 23%, а над 18 г. – от 24,2% на 20,8%.

18. Различията в отчетените дейности за възрастовите групи се дължат основно на нееднаквите обеми на пакетите дейности при ЗОЛ над 18 години (три лечебни дейности), и при ЗОЛ до 18 години (четири лечебни дейности).

19. По отношение на броя на сключените договори от ЛЗ за оказване на болнична медицинска помощ, по клинични пътеки (КП), клинични процедури (КПр) и амбулаторни процедури (АПр) на национално ниво и по РЗОК, не се наблюдава съществена динамика в броя сключени договори от лечебните заведения през 2020 г. спрямо 2019 г.

Сключените договори по КП към 31 декември 2020 г. са 19 184 бр. или със 54 бр. КП повече спрямо 2019 г. Най голям брой Клинични пътеки през 2020 г. са договорени в СЗОК и РЗОК Пловдив.

20. Най-голям брой сключени договори има по Клинична пътека № 999 „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“, КП № 158

„Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани“, КП № 29 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“, КП № 181 „Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство“, КП № 182 „Оперативни процедури при хернии“.

21. През 2020 г. за изпълнение на клинични процедури/процедури (КПр) са сключени договори с 95 изпълнители на болнична медицинска помощ, за изпълнение на 229 броя КПр. или с 26 бр. повече спрямо 2019 г.

22. За изпълнение на амбулаторни/процедури (АПр) са сключени договори с 314 изпълнители на болнична медицинска помощ за изпълнение на 2 592 броя АПр или с 35 бр. АПр повече спрямо 2019 г.

23. При съпоставка на констатациите от извършените през 2020 г. проверки с тези за същия период на 2019 г., се забелязва тенденция към повторяемост на основните нарушения. Най-често установяваните нарушения при проверка на изпълнителите на болнична помощ са:

- неспазени индикации за хоспитализация; нарушава се основния принцип на болничен прием, а именно, че пациентите би следвало да се хоспитализират, след като се изчерпят всички възможности за диагностика и лечение в извънболничната медицинска помощ. Към медицинската документация на ЗОЛ не е приложен амбулаторен лист, като доказателство, че пациентите са лекувани в извънболничната помощ и лечебната цел не е достигната;
- неизпълнение на диагностично – лечебния алгоритъм; в медицинската документация на пациентите не се отразяват две ежедневни визитации от лекуващ/дежурен лекар; неспазени критерии за дехоспитализация на ЗОЛ – лечебния процес не е довел до положителни резултати в условията на минималния болничен престой, липса на медицинско заключение при дехоспитализацията на ЗОЛ за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение, въз основа на обективни данни за стабилизиране състоянието на пациента;
- отчитане на дейност на едно и също ЗОЛ по терапевтична КП, в хода на лечението по която се индикира оперативно лечение;
- неосигуряване на пациентите на непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват;
- неспазване на изискванията за завършена КП (неизвършване на посочения в нея определен брой диагностични и/или терапевтични процедури);
- нарушаване на установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, както и документиране на лечебния процес в хода на хоспитализацията;
- повторни хоспитализации в рамките на 30 дни по същата/различни КП;
- отсъствие на пациенти, осъществени при внезапен контрол в ЛЗБМП;
- лечебното заведение неоснователно е изисквало заплащане на потребителска такса от пациенти;
- неоснователно е изискано заплащане за извършена медицинска дейност по КП, включена в пакета от болнични здравни дейности, които се заплащат от НЗОК;
- неосигурено лечение на придружаващи заболявания и усложнения на ЗОЛ.

■ **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.

Финансирането на здравни дейности от Министерство на здравеопазването се осъществява, чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики: Политика в областта на „Промоцията, превенцията и контрол на общественото здраве“ (разходите по политиката през 2020 г. – 471.4 млн. лв. при 90.08 млн. лв. за 2019 г.; Политика в областта на „Диагностиката и лечението“ – през 2020 г. – 572 млн. лв. при 470 млн. лв. за 2019 г.; Политика в областта на „Лекарствените продукти и медицинските изделия“ – 36.3 млн. лв. при 29.3 млн. лв. спрямо 2019 г.

Ръстът в разходите през 2020 г. спрямо отчетените 2019 г. в системата на Министерството на здравеопазването е над 57,8%, което е вследствие на усложнената епидемична обстановка, свързана с разпространението на коронавирусна инфекция на територията на Република България. Министерството на здравеопазването инициира редица действия, в т.ч. и нормативни промени, с цел създаване на организация за осигуряване на лечението на засегнатите и ограничаване на разпространението на заразата. Предвид опасността за здравето на нацията, се наложи да бъдат предприети редица бързи и целенасочени мерки за реструктуриране на здравната система, най-вече на лечебните заведения за болнична помощ.

През 2020 г. са отчетени разходи по национални програми в размер на 6 416,7 хил. лв. при 7225.8 хил. лв. за 2019 г. или намаление с 17%.

Общият размер на получените от НЗОК приходи и трансфери – всичко към 31.12.2020 г. възлиза на 4 733 419,7 хил. лв. В сравнение със същия период на 2019 г. се отчита увеличение с 336 892,2 хил. лв. или със 7,7%, което се дължи основно на ръста на здравноосигурителните приходи през 2020 г.

Общият размер на получените в за 2020 г. здравноосигурителни приходи са в размер на 4 585 532,8 хил. лв. В сравнение със същия период на 2019 г. се отчита ръст от 266 456,8 хил. лв. или с 6,2%.

Осигуреността с лекари през 2020 г. се увеличава – на 43.0 на 10 000 души от 42.6%оо през 2019 г. и надвишава средните европейските показатели (ЕС – 35.1 на 10 000). Лекарите по дентална медицина също са намалели на 7 312, спрямо 7 376 за 2019 г.

През 2020 г. осигуреността със специалисти по здравни грижи, намалява – 64.6 на 10 000 души.

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

И през 2020 г. се установяват диспропорции в осигуреността с медицински специалисти по области и региони.

Кадровото обезпечаване в структурите, свързани с опазване на общественото здраве в страната продължава да е недостатъчно, с най-голям дефицит на лекари и други медицински специалисти. Недостигът на специалисти в сферата на общественото здравеопазване излага на риск ефективното провеждане на всички дейности, касаещи както превенцията на човешкото здраве и благополучие в частност, така и здравната сигурност на страната.

Липсата на квалифицирани кадри, на съвременен лабораторно оборудване и адекватно финансиране води до значителни затруднения при изпълнение на служебните задължения и на поетите ангажименти от страна на Република България по националното и европейско законодателство и международни договори и споразумения се отразява негативно на обема и качеството на извършвания държавен контрол.

Осигуреността на населението с болнични легла общо в лечебните заведения за болнична помощ, вкл. тези към други ведомства, и в други лечебни заведения – комплексни онкологични центрове, центрове за психично здраве и центрове за кожно-венерически заболявания през 2020 г. нараства на 78.4 на 10 000 души при 77.7 през 2019 г., при запазена ниска осигуреност на населението с легла за дългосрочна грижа (2.7 на 10 000 души). Над половината от общия болничен леглови фонд (59.3%) е концентриран в 7 области – София (столица) (21.5%), Пловдив (13.3%), Бургас (5.8%), Варна (5.3%), Стара Загора (4.7%), Плевен (4.7%), Пазарджик (4.0%).

Задържа се тенденцията за задължнялост на болничните лечебни заведения. Увеличават се и рисковете за закриване на болници в общините и отдалечените райони, поради недостатъчна осигуреност с лекари и други медицински специалисти в следствие на неравномерното им разпределение на територията на страната.

Честотата на хоспитализациите намалява значително от 34.58 хоспитализации на 100 души от населението през 2019 г. на 28.32 през 2020 г., като използваемостта на леглата остава ниска – 53.0%.

Въз основа на данните за стойностите на показателите, измерващи изпълнението на националните здравни цели, могат да се направят следните изводи:

- Три от националните здравни цели са постигнати, като при две от тях целевите стойности са достигнати преди 2020 г.
- Две от националните здравни цели не са постигнати, като въпреки по-бавния темп на развитие, през периода 2015-2019 г. се наблюдават положителни тенденции.
- Най-значим е напредъкът по постигане на националните здравни цели за намаляване на смъртността при децата и юношите (от 0 до 19 години), а най-незадоволителен по отношение на целта за намаляване на смъртността при лицата в работоспособна възраст и на целта за удължаване средната продължителност на живота след навършване на 65 години.
- Регистрираната за периода 2015-2020 г. динамика на измерителите на националните здравни цели предполага различни времеви периоди за достигане на определените целеви стойности.
- Данните показват необходимост от стратегическа рамка за периода 2021-2030 г., чрез която да се осигури устойчивост и надграждане на прилаганите политики в областта на майчиното и детско здраве и да се гарантира провеждането на активни и ефективни политики по отношение на здравето и благополучието на лицата в икономически активните възрастови групи и на възрастните хора.

Системата се характеризира с редица недостатъци:

- Нарастване на публичните средства за здравеопазване без постигане в желаната степен на медицинските резултати и удовлетвореност от пациентите;
- Ръст на разходите за лекарствени продукти и за медицински дейности, който изпреварва ръста на средствата по бюджета поради разкриване на нови дейности и разширяване обхвата на договорните партньори на НЗОК;
- Отсъствие на интегрирана информационна система за проследяване и контрол върху дейностите и разходите;
- Липса на обвързаност между растящите разходи в извънболничната помощ спрямо тенденциите за хоспитализация;
- Небалансирана система в полза на разходите за лекарства спрямо тези за дейности, особено свързаните с превенция и профилактика;
- Пациентите доплащат за дейности в рамките и извън обхвата на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК;
- Липсва на взаимодействие между отговорностите на лекарите в извънболничната и болнична системи;
- Система, ориентирана към последващия контрол, а не към контрола на входа, преди реализиране на дейностите;
- Недостатъци в механизмите на финансиране на някои дейности, отсъствие на медицински критерии и стандарти за проследяване качеството и ефективността на лечение на пациентите;
- Недоволство на населението от качеството на предоставяните услуги и големият и нерегламентиран размер на доплащанията;
- Неравномерно разпределение на медицински специалисти на територията на страната и териториални дисбаланси в наличните ресурси.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1. Медицински персонал

	1990	2000	2010	2018	2019	2020
<i>Брой</i>						
Лекари	28 497	27 526	27 997	29 667	29 612	29 717
Лекари по дентална медицина	6 109	6 778	6 355	7 240	7 376	7 312
Медицински специалисти по здравни грижи	88 387	49 840	47 468	46 332	46 491	44 676
В т.ч.:						
фелдшери	7 617	3 158	2 417	2 145	2 011	1 919
акушерки	7 544	4 131	3 247	3 155	3 269	3 251
медицински сестри	53 810	31 479	31 786	30 589	30 546	29 160
лаборанти (клинични и рентгенови)	7 604	5 964	5 765	5 978	6 009	5 909
зъботехници	2 858	1 305	1 280	1 624	1 702	1 573
други	8 954	3 803	2 973	2 841	2 954	2 864
<i>На 10 000 население</i>						
Лекари	32.9	33.8	37.3	42.4	42.6	43.0
Лекари по дентална медицина	7.0	8.3	8.5	10.3	10.6	10.6
Медицински специалисти по здравни грижи	102.0	61.2	63.2	66.2	66.9	64.6
Население на:						
един лекар	304	296	268	236	235	233
един лекар по дентална медицина	1419	1202	1181	967	942	946

По данни на НСИ

Таблица 2. Медицински персонал по области на 31.XII.2020 г.

Области	Лекари	Лекари по дентална ме- дицина	Медицински спе- циалист и по здравни грижи	в това число		
				Фелдшери	Акушерки	Мед. сестри
<i>На 10 000 население</i>						
Общо ¹⁾	43.0 ²⁾	10.6 ²⁾	64.6	2.8	4.7	42.2
Благоевград	30.0	10.2	50.6	2.9	2.5	36.4
Бургас	33.4	7.3	52.9	3.2	3.0	34.9
Варна	50.9	13.1	62.2	1.2	7.6	35.5
В. Търново	32.0	9.0	53.2	4.5	2.0	36.5
Видин	35.0	10.6	48.5	8.7	4.1	26.8
Враца	37.9	7.4	66.3	4.8	4.7	45.7
Габрово	37.7	8.8	69.0	6.0	3.7	43.9
Добрич	26.7	6.9	41.6	2.3	3.2	26.1
Кърджали	24.3	8.1	51.6	5.2	5.2	32.3
Кюстендил	35.2	9.3	49.6	5.1	3.3	31.6
Ловеч	37.9	7.7	57.8	5.3	2.4	38.7
Монтана	34.9	6.4	64.0	6.1	5.5	42.4
Пазарджик	35.8	8.9	54.6	2.4	3.2	37.6
Перник	31.2	11.5	43.5	1.7	2.4	30.9
Плевен	63.4	6.7	89.2	3.0	7.6	57.1
Пловдив	51.8	17.2	71.0	0.9	4.3	46.3
Разград	29.6	5.6	50.1	5.0	1.8	33.3
Русе	37.3	8.1	67.4	4.1	6.6	42.0
Силистра	27.5	6.0	51.5	4.6	5.2	33.7
Сливен	29.1	7.0	55.1	3.0	3.4	37.1
Смолян	30.5	12.1	60.8	6.5	5.0	37.0
София (столица)	55.5	14.1	75.6	0.8	6.5	47.8
София	37.0	5.4	49.1	0.8	2.6	34.5
Ст. Загора	42.4	9.3	66.8	2.3	4.8	45.3
Търговище	28.5	5.5	58.8	3.9	4.9	37.7
Хасково	30.1	8.5	50.8	3.8	4.3	34.0
Шумен	29.6	6.6	54.0	3.7	3.3	37.4
Ямбол	27.3	6.8	51.7	5.7	2.7	31.8

1) Вкл. персонала към други ведомства, който не е разпределен по области.

2) Включително персонал в индивидуални и групови практики, работещи по договор с НЗОК в повече от една област.

Таблица 3. Легла¹⁾ в лечебните заведения за болнична помощ и други лечебни заведения на 31.XII.2020 г. по видове²⁾

Области	Общо	В това число:				Психиатрични легла
		За активно и интензивно лечение	За Рехабилитация	За дългосрочна грижа	Други легла	
<i>На 10 000 население</i>						
Общо	50 636	42 053	6 437	2 146	-	3 914
Благоевград	1 838	1 440	375	23	-	80
Бургас	2 928	1 735	1 100	93	-	132
Варна	2 665	2 417	239	9	-	165
В. Търново	1 576	1 194	307	75	-	200
Видин	335	307	20	8	-	19
Враца	1 197	916	118	163	-	40
Габрово	905	696	21	188	-	108
Добрич	755	607	110	38	-	166
Кърджали	826	774	10	42	-	270
Кюстендил	1 004	648	356	-	-	38
Ловеч	1 003	973	14	16	-	407
Монтана	994	844	150	-	-	63
Пазарджик	2 011	1 700	172	139	-	100
Перник	447	384	50	13	-	25
Плевен	2 370	2 053	62	255	-	115
Пловдив	6 737	5 848	825	64	-	250
Разград	553	520	7	26	-	40
Русе	1 850	1 702	126	22	-	385
Силистра	483	450	17	16	-	15
Сливен	1 072	970	77	25	-	20
Смолян	1 060	573	465	22	-	40
София (столица)	10 868	9 316	1 183	369	-	325
София	1 709	1 397	255	57	-	45
Ст. Загора	2 386	1 686	254	446	-	503
Търговище	625	625	-	-	-	79
Хасково	1 096	977	89	30	-	80
Шумен	891	865	25	1	-	179
Ямбол	452	436	10	6	-	25

¹⁾ Без леглата от заведенията към други ведомства.

²⁾ В съответствие с използваната от Евростат статистическа групировка.

Таблица 4. Дейност на стационарите на лечебните заведения през 2020 г.

Видове заведения	Постъпили	Изписани	Умрели	Проведени леглодни	Преминали	Използваемост на леглата (%)	Оборот на леглата	Среден престой на 1 болелен (дни)	Леталитет (%)
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко ¹⁾	1 798 452	1 763 778	35 197	9 251 716	1 812 681	53.0	38	5.1	2.0
Многопрофилни болници	958 021	929 882	28 649	4 814 387	966 503	50.9	37	5.0	3.0
Многопрофилни болница за активно лечение	955 791	927 658	28 643	4 797 802	964 273	50.9	37	5.0	3.0
Специализирани болници	200 531	200 031	729	1 341 458	202 049	56.0	31	6.6	0.4
Специализирана болница за активно лечение	121 355	120 814	623	636 580	122 387	59.3	42	5.2	0.5
Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация	13 870	13 868	105	205 979	14 231	63.0	16	14.5	0.8
Специализирана болница за рехабилитация	63 512	63 532	-	463 368	63 578	49.1	25	7.3	-
Психиатрични болници	7 243	7 374	68	571 117	8 786	74.0	4	65.0	0.9
Частни заведения за болнична помощ	632 657	626 491	5 751	2 524 754	635 343	52.1	48	4.0	0.9
Комплексни онкологични центрове	60 922	60 280	648	248 897	61 125	58.1	52	4.1	1.1
Центрове за кожно-венерически заболявания	1 279	1 281	-	8 275	1 281	75.6	43	6.5	-
Центрове за психично здраве	13 050	13 030	18	329 575	13 727	88.5	13	24.0	0.1

1) Без заведенията към други ведомства.