

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Д О К Л А Д

**за състоянието на здравето
на гражданите –
първостепенна инвестиция в
бъдещето на нацията**

2005 – 2007 година

СЪКРАЩЕНИЯ

| | |
|-----------|---|
| БВП | Брутен вътрешен продукт |
| БДС | Болести на дихателната система |
| БЛС | Български лекарски съюз |
| БНАЕМПК | Българска национална асоциация по етерични масла, парфюмерия и козметика |
| БП | Болнична помощ |
| ВБИ | Вътреболнични инфекции |
| ВСД | Високо специализирани дейности |
| ДВСК/РВСК | Държавен/регионален ветеринарно-санитарен контрол |
| ДАЗД | Държана агенция за защита на детето |
| ДКЦ | Диагностично-консултативен център |
| ДМСГД | Дом за медико-социални грижи за деца |
| ДМКБМП | Дирекция “Договаряне, методология и контрол на болничната медицинска помощ” |
| ДПФЗ | Диспансер за пневмо-фтизиатрични заболявания |
| ДКВЗ | Диспансер за кожно-венерически заболявания |
| ДОЗ | Диспансер за онкологични заболявания |
| ДПЗ | Диспансер за психични заболявания |
| ДПП | Добра производствена практика |
| ДХП | Добра хигиенна практика |
| ЕПИБУЛ | Епидемиологични проучвания и изследвания в Р. България |
| ЕС | Европейски съюз |
| ЗБР | Здраве и безопасност при работа |
| ЗЗО | Закон за здравното осигуряване |
| ЗБУТ | Закон за безопасни условия на труд |
| ЗЗОЛ | Задължително здравноосигурени лица |
| ЗКНВП | Закон за наркотичните вещества и прекурсорите |
| ИБС | Исхемична болест на сърцето |
| ИТМ | Индекс на телесна маса |
| КАБКИС | Кабинети за безплатно консултиране и изследване |
| КП | Клинична пътека |
| ЛЗ | Лечебно заведение |
| ЛЗБП | Лечебно заведение за болнична помощ |
| МБАЛ | Многопрофилна болница за активно лечение |
| МДД | Медико-диагностични дейности |
| МДЛ | Медико-диагностична лаборатория |
| МДПБА | Министерство на държавната политика при бедствия и аварии |
| МЗ | Министерство на здравеопазването |
| МЗП | Министерство на земеделието и продоволствието |
| МОН | Министерство на образованието и науката |
| МОСВ | Министерство на околната среда и водите |
| МРРБ | Министерство на регионалното развитие и благоустройството |
| МОТ | Международна организация на труда |
| МСБ | Мозъчносъдова болест |
| МСЦ | Медико-стоматологичен център |
| МТЛ | Медико-техническа лаборатория |

| | |
|--------|--|
| НЗОК | Национална здравноосигурителна каса |
| НЗС | Национални здравни сметки |
| НМКЦ | Национален медицински координационен център |
| НПДОСЗ | Национален план за действие по околната среда – здраве |
| НСБХ | Национален съвет по безопасност на храните към МС |
| НСУТ | Национален съвет по условията на труд |
| НППЗ | Национална програма за психично здраве |
| НРД | Национален рамков договор |
| НСИ | Национален статистически институт |
| НСЗБР | Национална система за здраве и безопасност при работа |
| НТМ | Наднормена телесна маса |
| НЦЗИ | Национален център по здравна информация |
| НЦРРЗ | Национален център по радиобиология и радиационна защита |
| ОПЛ | Общопрактикуващ лекар |
| ПДК | Пределно допустима концентрация |
| ПИМП | Първична извънболнична медицинска помощ |
| ПНМК | Полиненаситени мастни киселини |
| ПТП | Пътнотранспортно производство |
| РАПЕКС | Европейската система за бързо съобщаване за наличие на пазара на опасни стоки |
| РКЦ | Регионални координационни центрове |
| РЦЗ | Регионални центрове по здравеопазване |
| СБАЛ | Специализирана болница за активно лечение |
| СЗО | Световна здравна организация |
| СИМП | Специализирана извънболнична медицинска помощ |
| СБДПЛ | Специализирана болница за долекуване и продължително лечение |
| СБДПЛР | Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация |
| СБР | Специализирана болница за рехабилитация |
| СИНДИ | Национална интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести |
| СМН | Специализиран медицински надзор |
| СМП | Спешна медицинска помощ |
| СНМП | Спешна и неотложна медицинска помощ |
| СО | Спешно отделение |
| СПО | Спешно приемно отделение |
| СТМ | Служби по трудова медицина |
| СЦ | Стоматологичен център |
| ТМО | Трудово медицинско обслужване |
| УТ | Условия на труд |
| ХНБ | Хронични неинфекциозни болести |
| ЦСМП | Центрове за спешна медицинска помощ |
| ЧБЛЗ | Частни болнични лечебни заведения |
| ЕАОС | Европейска агенция на околната среда |
| EMCDDA | Европейския мониторинг център по наркотиците и наркоманиите |
| EFSA | Европейски орган по безопасност на храните |
| UNFPA | Фонд на ООН за население |

СЪДЪРЖАНИЕ

| | |
|--|-----|
| ВЪВЕДЕНИЕ | 7 |
| 1. ЗДРАВЕ И ИКОНОМИЧЕСКИ РАСТЕЖ..... | 12 |
| 1.1. ВЪЗДЕЙСТВИЯ НА МИКРО И МАКРОИКОНОМИЧЕСКО НИВО..... | 12 |
| 1.2. СНИЖАВАНЕ НА БЕДНОСТТА..... | 17 |
| 2. ЗДРАВЕ И ЗДРАВНА ПОЛИТИКА | 19 |
| 2.1. ОБЩ ПОГЛЕД ВЪРХУ ЗДРАВЕТО | 19 |
| 2.1.1. Здравно състояние: тип патология и тенденции | 19 |
| <i>Демографски процеси</i> | 19 |
| <i>Заболеваемост</i> | 26 |
| <i>Физическо развитие</i> | 28 |
| 2.1.2. Хранене | 30 |
| 2.1.3. СПИН..... | 38 |
| 2.1.4. Туберкулоза | 41 |
| 2.1.5. Репродуктивно здраве..... | 43 |
| <i>Раждаемост и плодовитост</i> | 44 |
| <i>Сексуално образование и профилактика на нежелана бременност, СПИН и</i> <i>полово-предавани инфекции</i> | 47 |
| <i>Репродуктивно здраве и икономическо развитие</i> | 50 |
| 2.1.6. Психично здраве..... | 52 |
| 2.1.7. Самооценка на здравето | 55 |
| 2.2. ЗДРАВНО-ПОЛИТИЧЕСКИ ДЕЙНОСТИ | 57 |
| 2.2.1. Разходи в здравеопазването | 57 |
| 2.2.1.1. Място на здравеопазването в политиката на правителството | 57 |
| 2.2.1.2. Национални здравни сметки | 65 |
| 2.2.2. Преодоляване на неравенствата в здравеопазването | 71 |
| 2.2.2.1. Мобилни практики и практики в места с неблагоприятни условия | 74 |
| 3. ИНВЕСТИРАНЕ ЗА ЗДРАВЕ..... | 75 |
| 3.1. РОЛЯ НА ПРАВИТЕЛСТВОТО | 75 |
| 3.1.1. Управление на здравната система | 75 |
| 3.1.1.1. <i>Органи на управление</i> | 76 |
| 3.1.1.2. <i>Промени в нормативната уредба</i> | 78 |
| 3.1.1.3. <i>Национална здравна стратегия и национални приоритети</i> | 81 |
| 3.1.1.4. <i>Национална здравна карта</i> | 82 |
| 3.1.1.5. <i>Осигуряване на качеството и контрол на дейностите</i> | 82 |
| 3.1.1.6. <i>Информационно осигуряване. Стратегия за внедряване на електронно</i> <i>здравеопазване в България</i> | 86 |
| 3.1.1.7. <i>Противодействие на корупцията</i> | 87 |
| 3.1.2. Човешки ресурси | 89 |
| 3.1.3. Предоставяне на здравни услуги | 92 |
| 3.1.3.1. <i>Извънболнична медицинска и дентална помощ</i> | 92 |
| 3.1.3.2. <i>Спешна медицинска помощ</i> | 98 |
| 3.1.3.3. <i>Болнична помощ</i> | 102 |
| 3.1.3.4. <i>Опазване на общественото здраве</i> | 102 |
| 3.1.3.4.1. <i>Кризисни ситуации</i> | 116 |
| 3.2. РОЛЯ НА ЧАСТНИЯ СЕКТОР И НПО..... | 118 |

| | |
|--|-----|
| 3.3. ОГРАНИЧАВАНЕ ЧЕСТОТАТА НА БОЛЕСТИТЕ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННАТА СМЪРТ | 121 |
| 3.3.1. Рискови фактори..... | 121 |
| 3.3.1.1. Генетични фактори..... | 121 |
| В момента се разработва национална програма в тази област, със срок на приемане 2008 г. | 124 |
| 3.3.1.2. Биологични фактори..... | 124 |
| 3.3.1.3. Поведенчески фактори..... | 125 |
| Тютюнопушене..... | 125 |
| Злоупотреба с алкохол..... | 127 |
| Вредна употреба на наркотици | 128 |
| Ниска физическа активност | 131 |
| Затлъстяване | 132 |
| 3.3.1.4. Социални фактори..... | 134 |
| Доходи..... | 134 |
| Образование..... | 135 |
| Санитарно-хигиенни фактори на бита | 135 |
| 3.3.1.5. Околна среда..... | 135 |
| Атмосферен въздух | 135 |
| Питейни води..... | 137 |
| Почви..... | 139 |
| Шум | 141 |
| Нейонизиращи лъчения | 142 |
| 3.3.1.6. Безопасност на храните | 144 |
| 3.3.1.7. Козметични продукти и детски играчки | 148 |
| 3.3.1.8. Трудова среда: осигуряване здравословни и безопасни условия на труд | 150 |
| 3.3.2. Намалена работоспособност, трудови злополуки и смърт | 152 |
| 3.3.3. Национални здравни програми | 153 |
| 3.3.4. Разход-ефективни интервенции за здраве | 163 |
| 3.3.5. Нарастване на разходите за здравеопазване – необходимо, но недостатъчно условие за подобряване на здравето..... | 165 |
| 4. ЗДРАВЕ ВЪВ ВСИЧКИ ПОЛИТИКИ..... | 168 |
| 4.1. ПАРТНЬОРСТВО И МЕЖДУСЕКТОРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО | 168 |
| 4.2. ВЪНШНА ОЦЕНКА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО | 173 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 175 |
| РЕЗЮМЕ | 178 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ..... | 195 |
| Фиг. 1. Детерминанти на здравето..... | 12 |
| Фиг. 2. Заболеваемост от туберкулоза на 100 000 | 14 |
| Фиг. 3. Здравето като предпоставка за икономическо развитие | 16 |
| Фиг. 4. Раждаемост, смъртност и естествен прираст в Р. България през периода 1986-2007 г.(на 1 000 души) | 20 |
| Фиг. 5. Тенденция на стандартизираните показатели за общата смъртност в България и ЕС за периода 1980-2006 г. (на 100 000 души)..... | 22 |
| Фиг. 6. Структура на умираанията по причини в България през 2007 г. | 23 |
| Фиг. 7. Тенденция на стандартизираните показатели за смъртност от болести на органите на кръвообращението в България и ЕС за периода 1980-2006 г. | 24 |

| | |
|---|-----|
| Фиг. 8. Тенденция на стандартизираните показатели за смъртност от злокачествени новообразувания в България и ЕС за периода 1980-2006 г.(на 100 000 души)..... | 24 |
| Фиг. 9. Консумация на безалкохолни напитки от населението в България | 31 |
| Фиг. 10. Консумация на месо и месни продукти от населението в България | 31 |
| Фиг. 11. Консумация на мляко и млечни продукти от населението в България | 32 |
| Фиг. 12. Основни демографски показатели в България за периода 1986-2007 г. | 45 |
| Фиг. 13. Раждания и аборти по желание сред жени на възраст 15-19 години | 46 |
| Фиг. 14. Разходи за здравеопазване в 25-те страни на ЕС и България като % от БВП (2006) | 58 |
| Фиг. 15. Свърхтегло и затлъстяване при възрастно население в България (Национално проучване храненето на населението, 2004 г.)..... | 133 |
| Фиг. 16. Свърхтегло и затлъстяване при момчета и момичета на 7-19 години в България (Национално проучване храненето на населението, 2004 г.)..... | 133 |
| Фиг. 17. Ефективност на управлението на правителството, 2002 г. | 166 |
| | |
| Табл. 1. Средногодишен праг на бедност по еквивалентни единици и обхват на бедността (1995-2005 г.) | 17 |
| Табл. 2. Население под, в и над трудоспособна възраст | 21 |
| Табл. 3. Ниво на заболяемостта и болестността от активна туберкулоза за периода 1980-2006 г. на 100 000 население..... | 41 |
| Табл. 4. Коефициенти на раждаемост и плодовитост в Р България..... | 44 |
| Табл. 5. Чести психични разстройства (% от общото население над 18 години). Сравнителна таблица с няколко европейски страни | 53 |
| Табл. 6. “ Как оценявате вашето здраве към днешния ден?” | 55 |
| Табл. 7. “Как оценявате здравето си в момента?” | 56 |
| Табл. 8. Консолидиран държавен бюджет за здравеопазване (млн. лева)..... | 60 |
| Табл. 9. Бюджет на НЗОК от1999 до 2007 г. (в хил. лева) | 61 |
| Табл. 10. Къде в България корупцията е най-разпространена? | 69 |
| Табл. 11. Показатели за контролна дейност | 84 |
| Табл. 12. Установени нарушения..... | 84 |
| Табл. 13. Проверки, извършени от дирекция “СМН” на МЗ през 2005-2006 г..... | 85 |
| Табл. 14. Акредитирани ЛЗ по видове и техните оценки (към 03.07.2007) | 86 |
| Табл. 15. Брой преминали болни за периода 2000-2006 г. | 103 |
| Табл. 16. Използваемост на леглата по видове болнични лечебни заведения за 2000-2006 г. (в дни) | 104 |
| Табл. 17. Използваемост на леглата в % (спрямо 365 дни)..... | 104 |
| Табл. 18. Среден престой в болничните лечебни заведения за периода 2000-2006 г..... | 105 |
| Табл. 19. Оборот на леглата в болничните лечебни заведения през 2000-2006 г. | 105 |
| Табл. 20. Водещи класове болести в структурата на хоспитализираните случаи за периода 2000-2006 г. и относителен дял..... | 107 |
| Табл. 21. Вродени дефекти: групи, честота и очакван максимален брой на увредени деца при 70 000 раждания | 122 |
| Табл. 22. Разпределение на регистрираните в страната шумови нива по диапазони за 2005 и 2006 година | 142 |

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години все повече се обсъжда значението на двупосочното взаимодействие между здраве и икономическо развитие, като път за постигането на по-ефективна и действена здравна система, допринасяща за икономическия растеж и социалното развитие на страните.

Отчитайки факта, че здравето е резултат от взаимодействието на много детерминанти, европейските страни разглеждат възможностите за подобряване на здравето като част от един продължителен процес, който стартира на 55-та сесия на Регионалния комитет на Европейското бюро на Световната здравна организация през септември 2005 г. По време на сесията бе приета резолюция за следващата фаза на Европейската стратегия на Световната здравна организация за работа със страните-членки, насочена към укрепване на здравните системи с разбирането, че инвестирането в здраве е инвестиция за бъдещето. Това разбиране се подкрепя и от конкретни действия, като приемането на специална харта от конференцията на министрите на здравеопазването, която е проведена в Талин, Естония на 25-27 юни 2008 г. под надслов “Здравни системи, здраве и благосъстояние“. Конференцията допринася за утвърждаването на разбирането, че здравеопазването трябва да излезе от рамките на лечебната система и да се насочи към здравето и благосъстоянието на нацията.

Отчитайки този значителен международен интерес, както и необходимостта от по-нататъшното развитие на българското здравеопазване в контекста на икономическото развитие на страната, се изготви настоящия годишен доклад на министъра на здравеопазването. Той продължава традицията на представянето на годишни доклади от министъра на здравеопазването, като основната тема на всеки доклад е здравето на нацията в неговата проекция през конкретните приоритети за даден период.

Първият доклад¹ беше породен от необходимостта от преразглеждане и оценяване на здравната ситуация в страната и степента на изпълнението на провеждащата се реформа в здравеопазването. Отчитайки постиженията и неуспехите в достигането на главната цел на българското здравеопазване във връзка с осигуряването на възможно най-добро здраве за цялото население, се очертаха и необходимите противодействия при неговото влошаване. Още в този доклад беше подчертано, че решаването на проблемите на здравето трябва приоритетно да се свързват с конкретните инвестиции в развитието на икономиката и намаляването на бедността.

Следващият доклад² продължи тази тема, тъй като беше посветен на оценката на ефективността в здравеопазването с оглед най-рационалното

¹ Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век . Анализ на реформата в здравеопазването.С., 2004 г.

² Национален доклад и план за действие за подобряване ефективността на здравната система и достъпа до здравни услуги, включително на уязвимите групи. – С., 2006

използване на предоставените ресурси с акцент върху уязвимите групи. Подчертавайки важността на подобряването на достъпа до здравни услуги и поставяйки акцент върху социалните детерминанти на здравето, още веднъж се стига до извода за взаимовръзката между степента на икономическото развитие и възможностите за повлияване върху социалните детерминанти.

Настоящият доклад логично продължава обсъждането на този проблем, като си поставя за **цел** да определи особената важност на инвестициите в здравето, с оглед цялостното социално-икономическо и културно развитие на нацията.

Безспорен е фактът, че постиженията в областта на здравеопазването в повечето случаи са тясно свързани с икономическите възможности на страната да осигури необходимия финансов ресурс за пълноценното функциониране на здравната система, в нейното по-широко разбиране. В същото време здравото и трудоспособно население, осигурено с необходими доходи, добро социално положение и подходящо образование, е основната предпоставка за устойчиво икономическо развитие.

При изготвянето на доклада са ползвани данни и анализи от предишните два доклада, статистически публикации на НСИ, Икономическия доклад за Президента на Р.България (2007), годишните статистически сборници на НЗЦИ, годишните отчети на НЗОК, отчетни доклади на НЦЗПБ, НЦРРЗ, обобщени доклади на РИОКОЗ, предоставени материали от дирекции на МЗ и НЦООЗ, социологически проучвания, собствени разработки и редица литературни източници.

Известна част от официално публикуваните данни не са от последните години, което затруднява провеждането на сравнителни анализи. Това се отнася особено за данните за регистрираните заболявания, които от 2001 г. се определят и публикуват от НЦЗИ на базата на екстраполация и отразяват непълно съществуващата ситуация в страната по отношение на регистрираните заболявания по обръщаемост.

Построяването на доклада е базирано върху четири основни платформи, които осигуряват многопосочното и задълбочено разглеждане на проблема.

Първата платформа се гради на фундаменталното разбиране за взаимовръзката между здраве и икономически растеж и съответните въздействия на микро и макро ниво. Доброто здраве се разглежда като резултат от икономическия статус на отделния индивид и икономическото развитие на страната като цяло, тъй като е резултат от взаимодействието между редица фактори (индивидуалните особености, начин на живот и поведение, влияние на социално-икономическите и културни фактори). Влошаването на здравния статус на хората с ниски доходи води до задълбочаване на социално-икономическото неравенство по отношение на здравето, поради което в изложението се набляга на една от най-важните

детерминанти на здравето на населението - икономическото благосъстояние. Това определя и специалното внимание, което се отделя на въпросите на снижаването на бедността, преодоляването на неравенствата и осигуряването на необходимия достъп до здравни услуги.

От своя страна, здравето също оказва влияние върху икономическия растеж, като най-силно това влияние се проявява чрез ефекта върху човешкия капитал и развитието на трудовия пазар, чрез по-високата производителност на труда, по-големия интерес за извършване на инвестиции, като важни условия за повишаване на икономическото благосъстояние на населението и намаляването на бедността.

Втората платформа поставя акцент върху здравето и провежданата здравна политика.

Общият преглед на здравето на нацията разкрива някои от съществуващите неблагоприятни тенденции и тяхното отрицателно влияние върху икономическото развитие. Подробното разглеждане на въпросите на храненето се определя от тясната им връзка със социалните детерминанти и рисковете за здравето. Специалният фокус върху СПИН/ХИВ инфекцията се поражда от глобалното предизвикателство на тази епидемия и изключителните ѝ социално-икономически последици. Туберкулозата също е разгледана не само като медицински, но и като значим социално-икономически проблем, свързан с бедността и социално-икономическите неравенства. Въпросите на репродуктивното здраве се анализират в контекста на икономическото развитие и спешната необходимост от преустановяване на установените негативни тенденции в тази област. Представена е и водещата роля на психичното здраве за пълноценното функциониране на всяка личност. Самооценката на здравето, на базата на проведените социологически проучвания, е използвана като допълващ елемент в общия поглед върху здравето и връзката му с икономическото развитие.

В анализа на осъществяваните здравно-политически дейности специално място е отделено на осигуряването на финансовия ресурс за здравеопазването и гарантирането на равен достъп до здравни услуги на цялото население. Разходите за здравеопазване са разгледани не само от гледна точка на тяхното осигуряване, разпределение и възможностите за рационално използване, но и от гледна точка на съществуващите проблеми с нерегламентираните плащания в здравната ни система.

Специален раздел е посветен на възможностите за преодоляване на неравенствата в ползването на здравни услуги от лица в неравностойно положение, като е обърнато внимание и на осигуряването на достъпа до тези услуги в места с неблагоприятни условия.

Третата платформа, посветена на инвестирането за здраве, е построена върху разбирането за водещата роля на правителството в областта на управлението на здравната система със съответните

управленски органи, законодателни инициативи, национална здравна стратегия и национални приоритети, национална здравна карта, осигуряване качеството на медицинските дейности, информационно осигуряване и електронно здравеопазване, както и противодействие на корупцията.

Човешките ресурси и предоставянето на услуги във всички сфери - извънболнична медицинска и дентална помощ (първична и специализирана), болнична помощ, спешна помощ и дейностите по опазване на общественото здраве, са разгледани в контекста на осигуряването на равен достъп и рационално използване на предоставения ресурс, включително и ролята на частния сектор и неправителствените организации. Специално място е отделено и на кризисните ситуации и организацията на медицинското осигуряване и неговото усъвършенстване.

Ограничаването на честотата на болестите и преждевременната смърт е основно изискване за осигуряване на реалните действия за подходящи инвестиции за високо ниво на здраве. Ограничаването на болестите е възможно на базата на задълбоченото познаване на рисковите фактори (генетични, биологични, поведенчески) и въздействието върху тях, осигуряването на достатъчни доходи, подходящо ниво на образование и здравословна околна среда. Създаването на здравословна околна среда включва преди всичко гарантирането на високо качество на атмосферния въздух, водите и почвата, намаляването на нивото на шума, предпазването от вредното въздействие на нейонизиращите лъчения. В контекста на основната цел на доклада се обсъждат безопасността на храните и козметичните продукти, здравословните условия на труд и тяхната взаимовръзка с икономическото развитие и предпоставките за благосъстояние. Отделено е и специално място на проблемите на хората с увреждания и на трудовите злоупотреби, които оказват определено влияние върху икономическия растеж.

Подробното разглеждане на националните здравни програми насочва вниманието към засилената ангажираност на МЗ и обществото върху някои важни здравни приоритети. Тук със своя интегриран подход се откроява ефективното прилагане на програмата СИНДИ, имаща съществено значение за профилактиката на хроничните неинфекциозни болести.

Всички компоненти на тази платформа имат и съществена проекция върху ефективността на разходите и степента, в която увеличените разходи за здравеопазване биха допринесли за постигане на най-високи резултати.

Четвъртата платформа третира включването на здравето във всички политики, което е в основата за постигане на ефективни резултати. Подчертава се, че партньорството и междусекторното сътрудничество са от изключително значение за постигане на успехи в опазване на здравето и осигуряване на икономическия растеж. В тази платформа като допълващ елемент е включена външната оценка на системата на здравеопазването чрез изследване на мнението на населението.

Установените факти, направените анализи и оценки позволяват да се очертаят стратегическите линии за бъдещите действия и реалния шанс за постигане на икономически растеж и социално благополучие чрез оптимални инвестиции за по-добро ниво на здраве.

1. ЗДРАВЕ И ИКОНОМИЧЕСКИ РАСТЕЖ

1.1. ВЪЗДЕЙСТВИЯ НА МИКРО И МАКРОИКОНОМИЧЕСКО НИВО

Здравето на индивида не може да се разглежда самостоятелно. То е резултат от взаимодействието между редица фактори, които действат на различни нива според Дж. Далгрен и М. Уайтхед (1993) – Фиг. 1:

Фиг. 1. Детерминанти на здравето



Източник: WHO, 2007, стр. 152

В центъра на системата е човекът с неговите индивидуални особености: възраст, пол, ген, които обуславят здравния му потенциал. На второ ниво са неговият начин на живот и поведение. Влошени здравни показатели се наблюдават при лицата с ясно изразени рискови фактори: тютюнопушене, недोхранване, употреба на алкохол и др. Индивидуалното поведение до голяма степен се определя от средата, в която човек расте и се развива, контактите, които създава, т.е. на трето ниво в системата се нареждат влиянието на социалната среда и обществото. Следват факторите на жилищната и работната среда, които включват: условия на живот и работа, осигуреност с храна, достъп до основни услуги. На това ниво здравето на индивида зависи не само от политиката и действията, предприети в рамките на здравната система, но и от успешното

междусекторно взаимодействие в областта на образованието, транспорта, социалните служби и т.н. Определящи са социално-икономическите и културните фактори.³ От тях най-голямо влияние върху горепосочените нива имат степента на икономически растеж и развитието на трудовия пазар. Постигнатият стандарт на живот влияе върху индивидуалния избор на жилище, работа, социална среда, хранителни навици, които са основните детерминанти на здравето на индивида. Следователно, доброто здраве може да се разгледа като резултат от икономическия статус на отделния индивид и икономическото развитие на страната като цяло.

- *Влияние на икономическия растеж върху здравето*

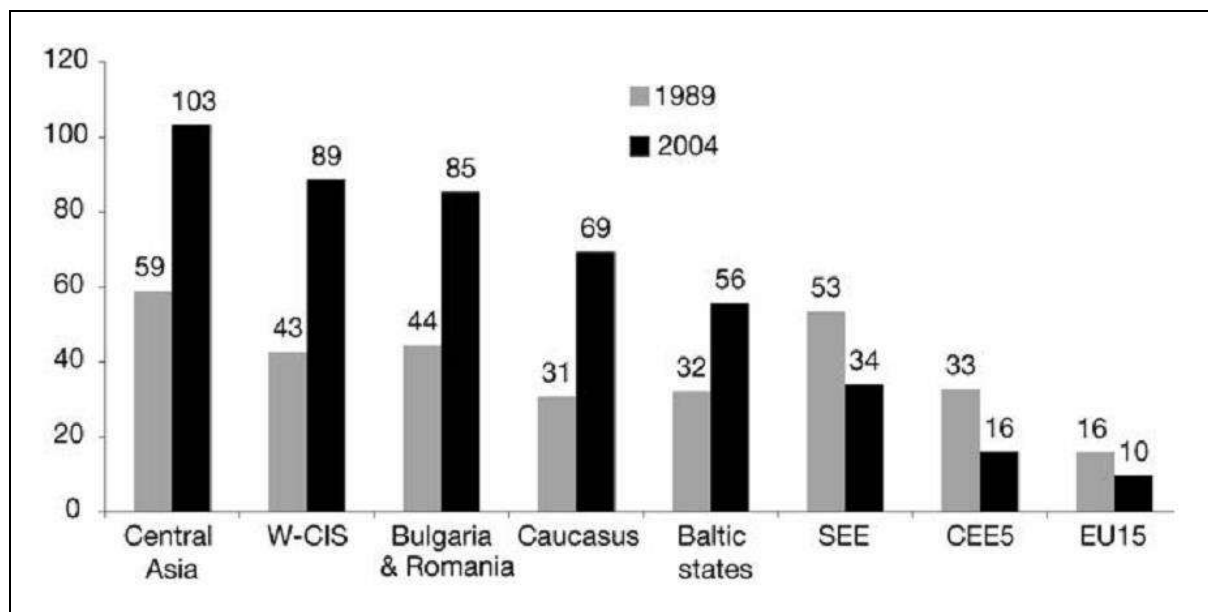
Ниските темпове на икономическо развитие през годините на преход доведоха до влошаване на здравния статус на населението, тъй като хората с минимални доходи:

- ✓ не разполагат с необходимите средства за закупуване на качествена храна и здравни услуги, а държавата не може да осигури съответните финансови ресурси, за да отговори на нарастващите здравни потребности;
- ✓ тези, които живеят в отдалечени райони, имат ограничен достъп до лечебни заведения поради невъзможността да си позволят допълнителни разходи за транспорт и при тях опасността от трайно увреждане на здравето е по-голяма. Като цяло, тези хора имат по-лош здравен статус в сравнение с останалите. Това води до задълбочаване на социално-икономическото неравенство по отношение на здравето;
- ✓ имат по-ниско образование, което е важна детерминанта на здравето – липса на минимална здравна култура и на знания за рисковите фактори, водене на нездравословен начин на живот;
- ✓ живеят в лоши санитарно-хигиенни условия, забелязва се увеличаване на използваемостта на твърдото гориво, особено в малките населени места, където няма достъп до централно отопление – все рискови фактори за разпространение на заболявания.

Пример за негативния ефект на влошените икономически показатели върху здравето е завръщането на туберкулозата (ТВ) през 90-те години след 40 години отсъствие. Графиката показва темповете на нейното развитие в пет региона, като през 2004 г. се наблюдава значително по-висока заболяемост в сравнение с първите години на прехода, което се отнася и за нашата страна (Фиг. 2).

³ WHO. (2001). Macroeconomics and Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.

Фиг. 2. Заболеваемост от туберкулоза на 100 000



Източник: WHO, Regional Office for Europe, 2006

Причините за завръщането на ТВ са многобройни. Сред тях е влошеното икономическо положение в страните, намиращи се на първите места (България и Румъния са на 3-то място по този неблагоприятен показател): бедността, социалното напрежение, недохранването, пренаселеността в социалните заведения и домове и в затворите, др.

Ниските темпове на икономически растеж оказват негативно влияние и върху репродуктивното здраве. В годините на преход се наблюдава намаляване на броя на ражданията, което е една от причините за демографския срив у нас. Отчита се завишаване на абортите по желание поради икономически причини (Виж „Репродуктивно здраве”).

Следователно най-важният детерминант на здравето на населението е икономическото благосъстояние. Неговото влошаване през годините на прехода към пазарна икономика обяснява негативните тенденции в заболеваемостта и смъртността.

- *Влияние на здравето върху икономическия растеж*

Връзката здраве – икономическо развитие е двупосочна. От своя страна, здравето също е определящ детерминант за икономическия растеж на една страна, като най-силно това влияние се изразява чрез ефекта върху човешкия капитал и развитието на трудовия пазар.

Различни проучвания показват положителния ефект на здравето върху производителността на труда и образованието⁴. Според тях, лицата в добро здраве произвеждат повече и по-качествени продукти в резултат на по-

⁴ WHO (2007). Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and central Asia.

ефективно използване на новите технологии, апаратура и оборудване. Също така, по-високият образователен статус води до по-добра производителност и доходи. Ако децата са здрави, те няма да отсъстват от училище, а това е стъпка напред в тяхното бъдещо развитие. Освен това, ако се приеме, че здравите хора живеят по-дълго, те са мотивирани да инвестират в своето образование и обучение, а това от своя страна води до по-висока производителност на труда, което пък е фактор за икономическия растеж в страната.

От друга страна, обаче, влошаването на здравето може да има негативен ефект върху икономиката. Според проучване за изследване на динамиката на доходите⁴ наличието на заболяване води до по-ниска работоспособност или липса на такава, а оттук и до намаляване на надницата с 11.7% и 23.8% (мъже и жени).

През 2006 г. в четири страни (Албания, Босна и Херцеговина, България и Косово) е извършено проучване за влияние на здравето върху пазара на труда⁴. Резултатите показват следното:

- ✓ вероятността човек да бъде нает на работа се увеличава, когато той е в добро или много добро здраве и е нулева, ако е с лоши здравни показатели;
- ✓ лицата с хронични заболявания са по-склонни да се трудоустрояват и/или пенсионират независимо от възрастта си. Това оказва негативно влияние върху степента на предлагане на работна сила.

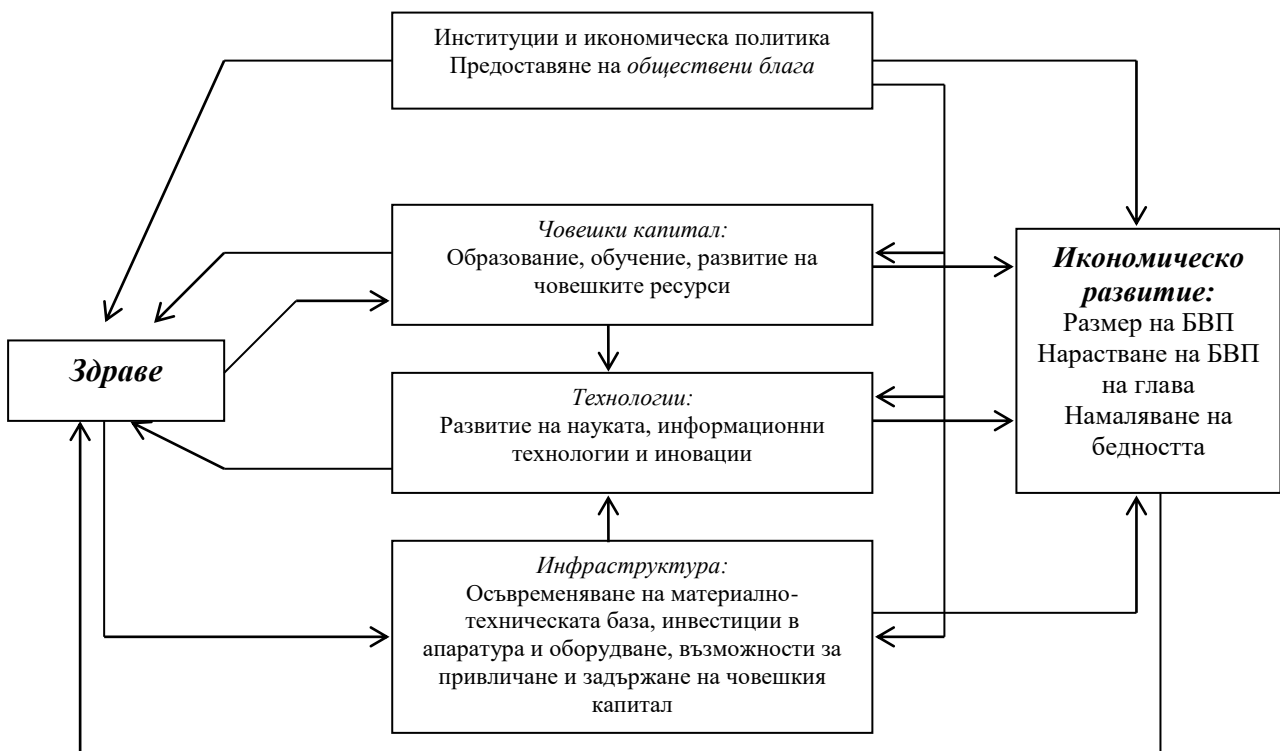
Един от основните здравни проблеми, които се очаква да окаже негативно влияние върху трудовия пазар, е разрастването на епидемията от ХИВ/СПИН в източноевропейските страни. Според UNAIDS, през 2006 г. около 270 000 лица от този регион са били заразени с ХИВ, което води до увеличаване на техния брой на 1.7 милиона. Друг проблем е, че предимно млади хора са засегнати от това заболяване: 75% от общия брой на заразените за периода 2000 – 2004 г. са хора под 30 г.

Редица проучвания насочват вниманието към икономическата цена, която ХИВ/СПИН се очаква да има върху индивидите, домакинствата и страните като цяло, защото е засегнат основният капитал на производството – човешкият⁴. Влиянието на болестта е предимно върху предлагането на трудов ресурс: от една страна, наблюдава се намаление на броя на работещите поради настъпила смърт, а от друга – намаляване на производителността на труда сред тези, които вече са болни, или имат заразен член в семейството. Като цяло се засяга човешкият капитал на една страна, защото се отнася най-вече за младите хора. Освен това, обществото трябва да отделя значителни ресурси както за самото лечение, така и за превенция на ХИВ-позитивните лица от пълно развитие на СПИН. Спестяванията на финансови средства при тези лица също намаляват: те изразходват средствата си предимно за лечение и престават да инвестират в себе си.

Според експерти, очаква се СПИН да намали продължителността на живота при мъжете и жените с 2 до 4 години ⁵. Това означава намаление на работната сила с 1-2% до 2014 г., което ще засегне предимно младите хора. От своя страна, този процес ще окаже негативно влияние върху икономиката както по отношение на изразходвани финансови средства за преодоляване на епидемията, така и заради загубата на човешки капитал.

Мястото на здравето в икономическото развитие на страната и намаляването на бедността е представено на фиг. 3.

Фиг. 3. Здравото като предпоставка за икономическо развитие



Източник: WHO, 2001, стр. 26⁶

Следователно доброто здраве води до по-висока производителност на труда, по-голям интерес за извършване на инвестиции, а това са важни условия за повишаване на икономическото благосъстояние на населението и намаляване на бедността. Това означава, че разходите за здравеопазване трябва да се разглеждат като инвестиция в здравето, оттук – и в човешкия капитал.

- **Необходимост от действия на всички нива**

Представената диаграма на Дж. Далгрен и М. Уайтхед показва, че детерминантите на здравето действат на различни нива. Дейностите в

⁵ WHO. (2007). Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and central Asia.

⁶ WHO. (2001). Macroeconomics and Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.

областта на промоцията на здравето ще са най-ефективни, ако започнат отгоре – надолу, т.е. с най-голямо значение са тези, насочени към подобряване на икономическото развитие на страната, което от своя страна оказва влияние върху условията на живот и работа, достъпа до основните услуги, средата, в която човек расте и се развива и най-накрая – върху самия индивид. Човекът носи индивидуална отговорност за своето здраве, но това е от значение само, ако той има възможност и желание да води здравословен начин на живот. Това означава, че държавата посредством правителството е длъжна да осигури необходимите социално-икономически и културни условия за развитие на обществото. Необходимо е добро взаимодействие между всички сектори на икономиката, защото всеки един от тях оказва своето влияние върху здравето на индивида. Ролята на здравното министерство в този случай е да определи рамката, в която ще се развива това сътрудничество, и да разработи здравната политика на държавата.

Този процес изисква провеждане на задълбочени анализи на заболяемостта и смъртността, на основните детерминанти на здравето и социалното неравенство във връзка с достъпа до необходимите здравни услуги. Подобни анализи биха помогнали при избора на ефективни интервенции и програми за подобряване на здравето в рамките на съществуващите бюджетни ограничения, утвърждаване на система от индикатори за оценка на ефективността на извършваните промени, както и въвличане на населението чрез обществените организации, за да се осъзнае значението на индивидуалната отговорност за здравето за цялостното развитие на обществото.

1.2. СНИЖАВАНЕ НА БЕДНОСТТА

Нивото на относителна бедност в България (процентът на бедните) през последните 10 години варира между 14 и 16%, близо до нивото в страните от ЕС. По абсолютно равнище на бедност, обаче, България е значително под средното европейско равнище - прагът на бедност в страната съставлява едва 22% от този в останалите страни от ЕС. Това означава, че жизненият стандарт на бедните в България е по-нисък от този в страните от ЕС с около 3.5 пъти⁷.

Размерът на линията на бедност (табл.1) продължава да се увеличава, като нарастването през 2008 г. спрямо 2007 г. е 9.2% . Според проучвания на Института за социални и синдикални изследвания към КНСБ 33% от населението се намира под прага на бедността.

⁷ Икономически доклад за Президента на Република България: България 2007 - Социални предизвикателства и евроинтеграция

Табл. 1. Линия на бедност

| Години | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------------------|------|------|------|
| Размер на линията на бедност/ лв. | 152 | 166 | 194 |

Източник: НСИ

Бедността и болестите образуват порочен кръг, като при това бедността се явява не само основна детерминанта на неблагоприятния здравен статус, но и негово потенциално следствие. Бедността се асоциира с по-кратка очаквана продължителност на живота, висока детска смъртност, повишен риск за заразяване от някои инфекциозни заболявания (преди всичко туберкулоза и СПИН), по-високи нива на употреба на различни вредни вещества (тютюн, алкохол и наркотични средства), по-високо ниво на разпространение на хроничните неинфекциозни заболявания, на депресивните състояния, на самоубийствата, по-чести актове на антиобществено поведение и насилие, а също и по-изразено и дълготрайно въздействие на вредни фактори на околната среда.

Особено силно е влиянието на бедността върху младежта, поради пряката връзка на този социален феномен със здравното състояние и такива социални проблеми, като насилието, самоубийствата и злоупотребата с психоактивни вещества. Както безработицата, така и неувереността от запазването на работното място, оказват неблагоприятно въздействие върху здравето, повишава риска от психологически и физически нарушения и самоубийства.

Проблемът с бедността в градовете се характеризира с нарастване на числеността на градската бедност и значително обществено разслоение вътре в градовете. Бедната част от градското население в по-голяма степен е подложена на риск от болести, поради това, че в редица случаи са налице лоши жилищни условия, липса на оптимална инфраструктура, непълноценно хранене, емисии на вредни вещества и др. За част от тези хора е характерен и ограничен достъп до медицинска помощ и стоки, свързани със здравето, поради дефицит на средства и по този начин нерядко те се оказват социалнодезадаптирани.

В доклада на Комисията на СЗО по макроикономика и здравеопазване специално се подчертава водещата роля на инвестициите в здравеопазването, които внасят конкретен принос в икономическото развитие и намаляване мащабите на бедността. Макроикономическите данни свидетелстват за това, че страните със слаби позиции в областта на здравеопазването и образованието се сблъскват с извънредно големи трудности в опитите си да постигнат ниво на устойчиво икономическо развитие в сравнение с тези страни, в които ситуацията в здравеопазването и образованието е по-благополучна.

Със състоянието на здравеопазването, както е очевидно, в голяма степен може да бъде обяснено съществуването на различия в темповете на икономически растеж. Затова на страните с нисък и среден размер на доходите на населението се препоръчва да планират постепенно увеличение на размера на бюджетно финансиране на здравеопазването си, като интегрират в този процес и оторизираните международни институции, които могат да им окажат подкрепа в тази насока.

Във връзка с горното, ние считаме за особено важни изводите, направени в Икономическия доклад за Президента на Република България: „България 2007 - Социални предизвикателства и евроинтеграция”, изготвен от авторитетен научен колектив. Според тези заключения, социалната защита на засегнатите от бедността слоеве от населението у нас може да бъде значително подобрена чрез целенасочени мерки в следните конкретни насоки :

- ✓ По-тясно обвързване на социалното подпомагане с официално установен праг на бедност.
- ✓ Социалното подпомагане да има за обект домакинството.
- ✓ Обвързване на различните социални програми.
- ✓ Възприемане на ясно определени критерии, диференциращи достъпа до социални помощи.
- ✓ Модернизиране на диалога на национално равнище между правителството и социалните му партньори относно политиката на доходите.
- ✓ Обективизиране на социалния диалог по политиката на работната заплата на национално ниво.

2. ЗДРАВЕ И ЗДРАВНА ПОЛИТИКА

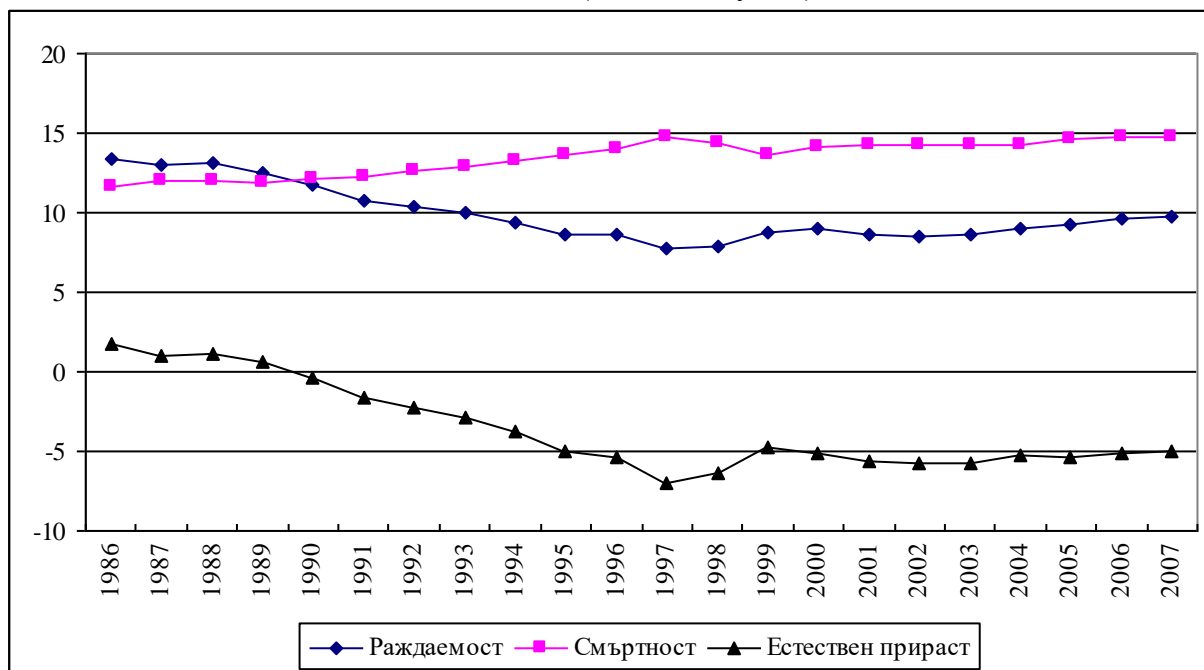
2.1. ОБЩ ПОГЛЕД ВЪРХУ ЗДРАВЕТО

2.1.1. Здравно състояние: тип патология и тенденции

Демографски процеси

Демографските процеси в нашата страна се характеризират с трайна тенденция на намаляване броя на населението и на неговото застаряване. Основните причини за това са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора.

Фиг. 4. Раждаемост, смъртност и естествен прираст в Р. България през периода 1986-2007 г.(на 1 000 души)



Източник: НСИ

През последното десетилетие във възрастовата структура на населението на нашата страна настъпиха промени. Относителният дял на лицата над 65-годишна възраст нараства и през 2006 г. достига 17.25%; през 2007 г. няма съществени промени – този относителен дял е 17.32%. В сравнение със съответния дял в страните от Европейския съюз – ЕС-(16.47% през 2005 г.), той е по-висок⁸.

Средната възраст на населението също се увеличава. През 2000 г. този показател е бил 39.9 години, а през 2005 г. - 41.4 години. През 2007 г. средната възраст на населението общо за страната е 41.5 години. Процесът на застаряване е по-изразен в селата, като средната възраст на населението (45.4 години) е по-висока в сравнение с тази в градовете (39.9 години).

Процесът на застаряване на населението е в пряка връзка с броя на икономически активното население. Населението над трудоспособна възраст през 2007 г. е 1 717 хил. души. За една година то е намаляло с 22 хил. души. Това се дължи не само на естественото движение на населението (смъртността), но и на изключването от тази категория на една част поради промяната във възрастовата граница за пенсиониране и отнасянето ѝ към трудоспособното население.

Към края на 2007 г. населението в трудоспособна възраст възлиза на 4 817 хиляди души или 63% от цялото население. В сравнение с

⁸ Всички сравнителни данни за ЕС и България са от базата данни на СЗО: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Updated November 2007

предходната година тази категория население се е увеличила с близо 3 хиляди души. Увеличението, сравнено с предишни години е по-слабо, защото възрастта за пенсиониране при мъжете вече е 63 години и не се увеличава всяка година с 6 месеца, както това продължава при жените.

Сред населението под трудоспособна възраст се очертава трайна тенденция на намаление. Спрямо 2005 г. намалението е 23 хиляди и в края на 2006 г. тази категория население наброява 1 120 хил. души. Броят на населението в тази възрастова категория през 2007 г. е 1106 хил. души.

Табл. 2. Население под, в и над трудоспособна възраст

| Година | Общо | Възrastови групи | | |
|--------|------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| | | под трудоспособна възраст - % | в трудоспособна възраст - % | над трудоспособна възраст - % |
| 1990 | 100 | 21.6 | 55.5 | 22.9 |
| 1995 | 100 | 19.1 | 56.6 | 24.3 |
| 2001 | 100 | 16.3 | 59.2 | 24.5 |
| 2005 | 100 | 14.8 | 62.4 | 22.8 |
| 2006 | 100 | 14.6 | 62.8 | 22.6 |
| 2007 | 100 | 14.5 | 63.0 | 22.5 |

Източник: НСИ

През периода 2005 – 2007 г. **средната продължителност на живота** у нас нараства. През 2007 г. тя възлиза на 72.70 години, като средната продължителност на живота на мъжете е по-ниска от тази на жените – съответно 69.20 и 76.30 години.

В сравнение със средната продължителност на живота в ЕС през 2004 г. - 78.45 години, у нас този показател е по-нисък – 72.4 години.

В някои от европейските страни, като Естония, Латвия, Литва и Румъния, показателят за мъжете е по-нисък от този в България. За всички останали страни той е с по-висока стойност - 77 години. В Литва, Латвия, Унгария и Словакия жените живеят с около 1 година повече от жените в България. Във всички останали европейски страни средната продължителност на живота сред жените е над 80 години, като във Франция, Испания и Италия тя е над 83 години.

Съгласно Годишен доклад на СЗО⁹ очакваната средна продължителност на живота в години добро здраве (HALE) през 2000 г. е 60.8 години, а за жените – 65.2 години. Очакваната средна продължителност на живота без затруднения за извършване на основни дейности от ежедневието (DFLE) през 2002 г. е 52.5 години за мъжете и 66.8 години – за жените. По този показател България е на 32-ро място сред мъжете и на 30-то – сред жените от 52 страни в Европа.

⁹ World Health Report, WHO, 2002

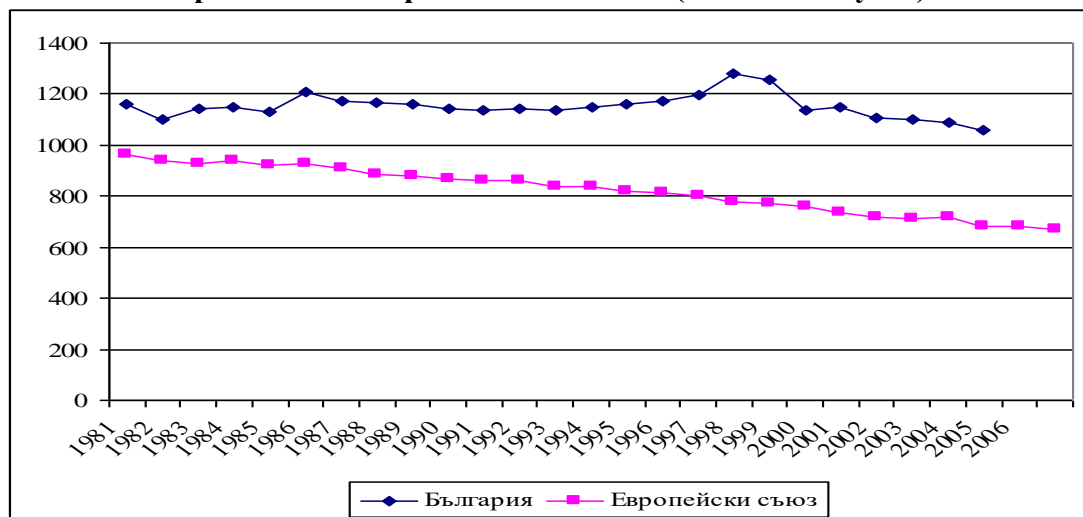
Ниската **раждаемост** е един от факторите за намаляване броя на населението. През 2007 г. тя възлиза на 9.8 на 1000 души. Веднага трябва да се отбележи, че спрямо предходната 2006 г. е налице слабо нарастване на този показател.

В светлината на икономическото развитие на нашата страна специално внимание следва да се обърне на **смъртността**, която нараства през последните две десетилетия. През 2007 г. в България броят на умрелите е 113 004 души и е близък до този през 2006 г. (113 438), а коефициентът на обща смъртност достига 14.8‰.

Смъртността продължава да бъде по-висока сред мъжете (16.1‰), отколкото сред жените (13.5‰); по-висока е в селата (2070‰), в сравнение с градовете (1230‰). Динамиката на умиранията по пол показва по-висок темп на нарастване при мъжете.

В смъртността по възрастови групи се наблюдават, макар и неголеми, благоприятни промени на задържане на нивото на показателите. Независимо от това, брутният показател за Р. България е значително по-висок от този в ЕС. Стандартизираният показател, елиминиращ влиянието на възрастовата структура, също остава по-висок, съответните стандартизирани показатели за смъртност на 100 000 население през 2004 г. са: 681.94 (ЕС) и 1056.37 (България).

Фиг. 5. Тенденция на стандартизираните показатели за общата смъртност в България и ЕС за периода 1980-2006 г. (на 100 000 души)



Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Updated July 2008

В сравнение с отделните европейски страни равнището на общата смъртност на населението в България е доста по-високо. През 2007 г. с най-ниска **смъртност** са Ирландия - 6.6‰, Люксембург - 8‰, и Нидерландия - 8.3‰. Приблизително на същото равнище е смъртността във Франция и Испания – 8.4‰ . За по-голямата част от страните на Европа нивото на

смъртността е в границите между 9.0 и 10.0‰. В няколко държави (Естония, Литва, Унгария и Румъния) коефициентът на **смъртност** е между 12.0‰ – 13.2‰. С по-висока **смъртност**, близка до тази в България, е Латвия (14.5‰).

Един от основните проблеми, породени от застаряване на населението у нас, е нарастване на патологията, свързана с напредналата възраст.

В смъртността по причини водещи от много години са болестите на органите на кръвообращението. През 2007 г. техният дял е 65.8%. На второ място са злокачествените новообразувания (15.9%), следвани от болестите на дихателната система (4.0%) и травмите и отравянията (3.4%).

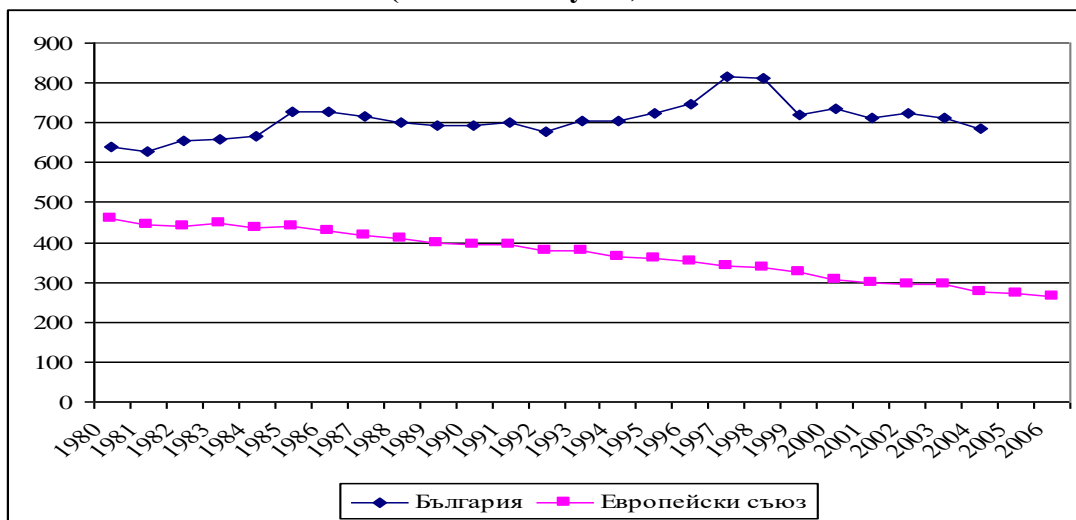
Фиг. 6. Структура на умираанията по причини в България през 2007 г.



Източник: НЦЗИ

Смъртността от болести на органите на кръвообращението продължава да нараства и през 2006 г. достига 978.5 на 100 000 души от населението и по този показател През 2007 г. този показател намалява незначително и възлиза на 971.0 на 100 000 души. България е една от водещите страни в Европа със значително по-висок от този в ЕС стандартизиран показател за смъртност - 685.35 (България) и 276.3 (ЕС) на 100 000 души.

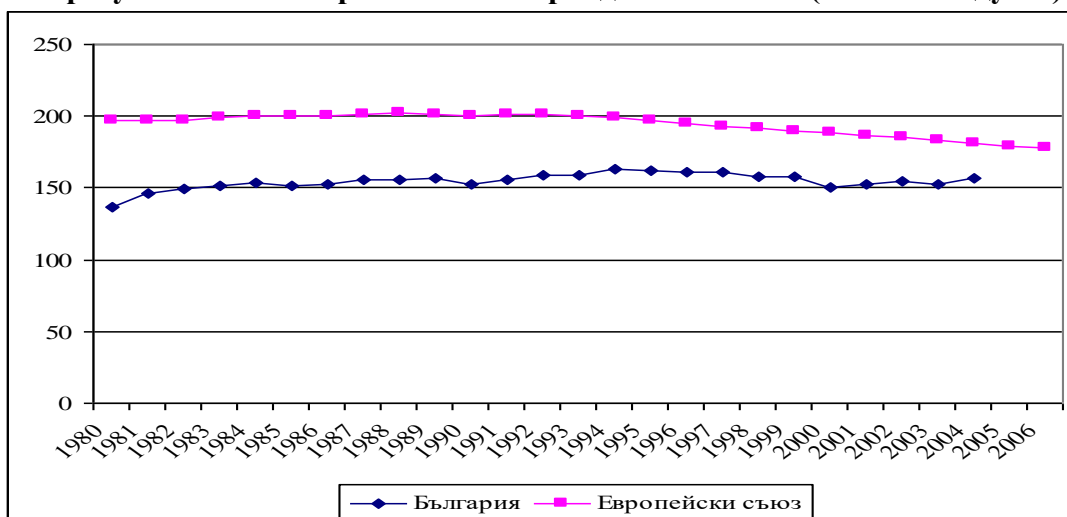
Фиг. 7. Тенденция на стандартизираните показатели за смъртност от болести на органите на кръвообращението в България и ЕС за периода 1980-2006 г. (на 100 000 души)



Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Updated July 2008

На второ място като причина за смърт са умиранията от новообразувания, смъртността от които през 2007 г. е 234.9 на 100 хил. души от населението. Смъртността от новообразувания в България е по-ниска от средната за ЕС, но с тенденция на увеличаване, като при мъжете само Малта, Финландия, Швеция и Кипър са с по-ниска смъртност, а при жените смъртността е по-ниска в Гърция, Португалия, Испания и Кипър.

Фиг. 8. Тенденция на стандартизираните показатели за смъртност от злокачествени новообразувания в България и ЕС за периода 1980-2006 г.(на 100 000 души)



Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Updated July 2008

В структурата на травмите и отравянията най-висок е делът на самоубийствата и на пътнотранспортните злополуки, т.е. на така наречените “външни причини” за смърт. През 2007 г. суицидната смъртност в страната възлиза на 11.8 на 100 000 души. В сравнение с предходната година, е налице снижение спрямо нивото на смъртността от 2006 г. През периода 1999 – 2005 г. суицидната смъртност е по-висока от смъртността от пътнотранспортни злополуки. Трябва специално да се отбележи, че за първи път след 1989 г. суицидната смъртност през 2006 г. спада под нивото на тази от пътнотранспортни злополуки (14.0).

При средни стойности на смъртността от външни причини (травми и отравяния) за ЕС от 64.61 при мъжете и 22.91 при жените, показателите за България са съответно 72.68 и 19.67. С тези стойности на стандартизираните коефициенти на смъртност страната ни заема 15-та позиция спрямо страната, която е с най-ниска смъртност при мъжете от тези причини (Малта) и 7 позиция спрямо Гърция, където смъртността при жените от външни причини е най-ниска.

По данни на СЗО, през 2005 г. според показателя за измерване на общото бреме на болестите и отразяващ броя години от живота, загубени вследствие на болести, инвалидност и преждевременна смърт – DALY, на първо място са сърдечносъдовите заболявания с 34 421 загубени години от живота; на второ място са нервно-психичните разстройства с 29 370 загубени години от живота, на трето - онкологичните заболявания със 17 025 загубени години от живота.

Детската смъртност (брой на умрелите деца на възраст до 1 година на 1000 живородени) е един от най-значимите индикатори за материалното, здравното и културното равнища на населението.

Детската смъртност, която през 1988 г. достига 13.6 на 1000 живородени, след 1990 г. нараства и през 1997 г. достига 17.5. След това показателят намалява и през 2007 г. е 9.2. Както и през предходните години, детската смъртност в градовете е по-ниска от тази в селата съответно - 7.9 и 12.7 на 1000 живородени.

Независимо от отбелязаното снижение на детската смъртност у нас, тя остава по-висока от тази в ЕС. През 2005 г. детската смъртност в ЕС е 5.06 на 1000 живородени.

Перинаталната смъртност на 1000 живородени намалява след 1980 г. и през 2007 г. е 11.0. Неонаталната детска смъртност също бележи снижение и през 2007 г. спада до 4.9 на 1000 живородени. Това се отнася и до постнеонаталната детска смъртност (на 1000 живородени без умрелите до 28-мия ден); показателят през 2007 г. е 4.3. В сравнение с ЕС най-големи са различията в постнеонаталната детска смъртност; съответният показател за ЕС през 2005 г. е 1.72.

По-подробният анализ на детската смъртност (2006 г.) сочи, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през

перинаталния период – 304 (46.0%), на второ място са дихателните и сърдечносъдови нарушения, характерни за перинаталния период – 184 (27.8%), следвани от вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 133 (20.1%).

Броят на починалите деца от 0 до 4 навършени години е 857, като децата на възраст до 1 година са 720, или 84.5 %. Интегративният показател, характеризиращ вероятността за умирање на децата преди достигане на 5-годишна възраст в България за 2005 г. е 14.4‰ живородени – ниво повече от 2 пъти по-високо от това в ЕС (6.06‰ за 2005 г.). Показателят за нашата страна е и с около 2 пункта по-висок и от средния за новите членки на ЕС (приети през 2004 и 2007 г.), където той е 9.92‰ за 2005 г.

Основните причини за смърт на децата до 4 навършени години, са някои състояния, възникващи през перинаталния период, на които се дължат 32.6% от общия брой умирања в тази възрастова група. Следват болестите на дихателната система – 17.4%, вродени аномалии – 15.8%, болести на органите на кръвообращението – 10.7% и външни причини за заболяемост и смъртност с относителен дял от 5.1%. На изброените групи причини се дължат 81.6% от общия брой умирања при децата до 4 навършени години. В тясна връзка с детската смъртност в светлината на възпроизводството на населението в страната и икономическото развитие е и **майчината смъртност**.

Налице е тенденция на снижение на починалите поради усложнения на бременността, раждането и послеродовия период. Майчината смъртност на 100 000 живородени намалява и през 2006 г. е 12.0. Съответният показател за ЕС за 2005 г. е много по-нисък от този в нашата страна – 6.01.

Заболеваемост

Честотата на регистрираните заболявания за периода 1990 – 2005 г. намалява от 1511.9 до 1369.3 на 1000 души от населението ¹⁰.

Сред всички регистрирани заболявания най-високи са честотата и относителният дял на заболяванията на дихателната система (около 38%), следвани от болестите на нервната система, болестите на органите на кръвообращението, травмите и отравянията.

Болестността и заболеваемостта от злокачествени новообразувания нарастват. През периода 1990 – 2007 г. болестността се увеличава и достига 3330.7 на 100 000 души от населението. Заболеваемостта (новооткритите случаи) нараства от 245.1 на 413.9 на 100 000 население през 2007 г. Най-висока е болестността на 100 000 души от населението от рак на млечната жлеза при жените (1124.8), на женските полови органи (981.3) и от меланом и други злокачествени новообразувания на кожата (716.6), а заболеваемостта на 100 000 души от населението е най-висока от рак на

¹⁰ От 2001 г. данните са получени чрез екстраполация от НЦЗИ.

храносмилателните органи (105.1), рак на млечната жлеза при жените (86.0) и рак на женските полови органи (82.3).

Психичните заболявания също показват тенденция на нарастване. Увеличават се болните, намиращи се под наблюдение в психиатричните заведения, независимо от промените в нормативната уредба. Тяхната честота се увеличава от 2656.7 на 100 000 души от населението през 1990 г. до 2892.1 през 2004 г. Следва снижение и през 2007 г. показателят е 2255.0 на 100 000 души от населението.

Редица заразни болести са ликвидирани или сведени до единични случаи: дифтерия, коремен тиф, бруцелоза, детски паралич, морбили и др. Сред заразните болести, подлежащи на задължително съобщаване, с най-висока болестност на 100 000 души от населението са варицела (434.4) и от скарлатина (50.9).

Болестността от туберкулоза спада след 2002 г. и през 2007 г. тя е 120.0 на 100 000 души. Намалява и заболяемостта – през 2007 г. е 37.1 на 100 000 души.

Тенденция на намаление след 2000 г. бележи и болестността от кожно-венерически и кожно-заразни заболявания. През 2007 г. най-висока е болестността от сифилис (51.3). Заболеваемостта също спада и през 2006 г. е 6.2 на 100 000 души.

Застаряването на населението в нашата страна поражда редица здравни, социални и икономически проблеми. Нарасналите потребности от здравни грижи и социално подпомагане водят до увеличаване на разходите в тези сфери и до необходимост от по-големи ресурси. Хроничните неинфекциозни заболявания определят нивото на общата смъртност и причиняват значими човешки и материални загуби, затруднявайки развитието на страната.

През последните години се разработиха редица програми, които придават повече значение на терапията на най-тежките болести, а профилактиката им и промоцията на здраве са на по-заден план, като средствата за тях са символични. Реформата в първичната и болничната помощ не допринесе за по-ранно откриване и лечение на болестите и за контрол на факторите на риска, с които са свързани.

Ситуацията налага изпълнението на стратегията за преодоляване на демографската криза в страната. Изпълнението на разделите на националната здравна стратегия, имащи отношение към активното прилагане на промоцията на здравето и профилактиката на болестите, ще допринесе за решаването на проблемите с бремето на хроничните болести.

Физическо развитие

Проучванията на НЦООЗ¹¹ (по данни от 2005 г.) показват, че децата и подрастващите в училищна възраст (6-18 г.) от гр. София, страдат от много и различни хронични неинфекциозни заболявания със социално-значим характер – 32.7% от общата популация, а 26.7% са фамилно обременени с такива. Водещо място заемат алергиите (50.4%), психичните заболявания, в широкия смисъл на това понятие (48.7%), артериалната хипертония и хипертоничните реакции (16.0%), свръхтеглото и затлъстяването (съответно 7.9% и 21.0%), неврози и невротични реакции (6.3%), хронични стомашно-чревни заболявания (5.8%), нарушения в съзряването и развитието на костно-скелетната система, свързано с увеличаване дела на гръбначните деформации (до 25.0%), залага се и началото на такова тежко хронично заболяване каквото е остеопорозата и т.н. Особено тревожен е фактът, че началото на всички тези тежки хронични заболявания се слага още в детската градина – 66.9%, а колкото в по-ранна възраст започне едно хронично страдание, толкова по-тежка е неговата прогноза.

Данните сочат още, че нивото на физическо развитие на децата и подрастващите в училищна възраст сега, в сравнение с предишните поколения техни връстници, изразено чрез основните антропометрични показатели (ръст, гръдни обиколки, обиколка на ръка, обиколка на талия и др.), е статистически снижено, както е снижено значимо и нивото на физическата дееспособност (сила, бързина, издръжливост и др.)¹². Установява се и един много съществен и важен по отношение на здравето факт: при сегашното поколение деца и подрастващи се регистрират значимо по-ниски стойности на гръдните обиколки при “пауза”, “вдишване”, “издишване” в сравнение с предишното поколение. Това означава, че функционалните възможности на дихателната система на съвременните деца и ученици са ограничени, което в условията на екологично замърсената и с намалено съдържание на кислород във въздуха околна среда ги поставя, по отношение на най-важната жизнена функция – дишането, в условия на повишен здравен риск.

Тенденциите относно здравето състояние и физическото развитие на съвременните деца и подрастващи не са благоприятни, тъй като всички практически здрави ученици са обременени с много и различни по своя негативен характер фактори, които действат перманентно и трудно могат да бъдат отстранени от жизнената среда. Такива са нездравословният начин на живот, нездравословното хранене, перманентно действащият стрес, обездвижването, екологично замърсената среда, вредните навици (тютюнопушене, употреба на алкохол, наркомании), антропогенното

¹¹ Попиванова, Цв. И кол. Някои здравно-хигиенни и психосоциални проблеми на двигателната активност в училищна възраст. Научна тема НЦООЗ 335 с., НАЦИД –рег. № 840002666, 2005

¹² По данни на П. Слънчев и кол. (III Национално изследване на физическото развитие, физическата дееспособност и нервно-психическа реактивност на населението на Р. България от 0-70 г., 1992).

замърсяване, електронно-виртуалната среда и др. Според получените данни всеки един от практически здравите ученици е обременен с 5 до 15 и повече рискови фактори, което създава сериозна предпоставка за последващото им включване в групата на хронично болните.

Неблагоприятна е и тенденцията за все по-нарастващото обездвижване на подрастващото поколение – 51.0% от общата популация са силно обездвижени. Физическото развитие и физическата дееспособност на тези деца и ученици е на значително по-ниско ниво. Възрастовата динамика в развитието на антропометричните им показатели е неравномерна и забавена с 1 цяла година. Пиковото израстване на костния скелет се извършва не на 15 г., а на 16 г. Те притежават малки вътрешни ресурси за контрол и саморегулация на поведението си, имат ниска съпротивляемост на стресови ситуации, срещат затруднения в социалните си контакти, често се приобщават към вредни навици, което също нарушава възможностите им за успешна реализация.

Големият дял на хроничните неинфекциозни заболявания, както и неблагоприятните промени във физическото развитие и физическата дееспособност на децата и подрастващите в училищна възраст водят до сериозни нарушения в адаптационните им възможности на различни нива: морфологично (намалява телесната маса, силата на ръцете и др.), психологично (снижава се устойчивостта на вниманието, обемът на кратковременната памет, повишава се социално-ситуативната тревожност и др.), психо-социално (намалява мотивацията за обучение, затруднява се усвояването на учебния материал, нарушава се социалната комуникативност и др.). Всичко това значително ограничава възможностите им за адекватна личностна реализация в учебния процес и в живота, като оказва, в близка и далечна перспектива, силно негативно въздействие и върху икономическото развитие на страната поради намаляване на потенциалния резерв на човешкия ресурс, както и на абсолютния брой на професионалните кадри, способни да се реализират успешно в различните сфери на стопанската дейност.

Представените данни и произтичащите от тях проблеми изискват:

✓ Да се възстанови училищното здравеопазване с оглед осъществяване на пряк и ежедневен контрол и превенция, ранна диагностика, диспансеризиране и наблюдение на хронично болните, на рисковите групи, вкл. и на практически здравите ученици в условията на учебната и училищна среда от компетентен медицински специалист, какъвто е училищният лекар. Това ще създаде реални условия за пълноценно провеждане на ежегодните антропометрични измервания и профилактичните медицински прегледи на учениците, които сега се извършват частично или не се извършват.

✓ Да се въведе още от детската градина и в системата на образованието здравно обучение с оглед формиране още от най-ранно детство на знания и навици за здравословен начин на живот.

✓ Да се подготви и реализира “Национална програма за промоция на здравето, профилактика и лечение на хроничните неинфекциозни заболявания при деца и подрастващи в Р. България”, включваща срочни (неотложни) и далечни (перспективни) цели.

✓ Да се въведе в системата на образованието т.н. “програмирано обучение” по физкултура/спорт, съобразено с възрастта, физическото развитие и здравето състояние на всеки един ученик. При “програмираното обучение” учениците се разделят на “силови” групи, вкл. и на групи по лечебна физкултура. Да се въведат и извънкласни и извънучилищни форми на спортна дейност за по-високо ниво на физическо натоваване, съобразено с нуждите на растящия и в процес на развитие организъм на учениците.

2.1.2. Хранене

Данните, получени от ежегодните бюджетни проучвания на домакинствата в България, провеждани от Националния статистически институт, върху представителна извадка от населението, са база за оценка на тенденциите в промените на хранителната консумация. Икономическият преход в страната след 1989 г. доведе до редица позитивни промени, но и до някои неблагоприятни тенденции в модела на хранене на населението.

За периода 1989-2006 г. се установява известна положителна тенденция за намаляване консумацията на добавени мазнини, за сметка основно на употребата на млечно масло и свинска мас¹³. Докато употребата на слънчогледово олио е намаляла само с 15%, консумацията на масло е по-ниска около 4 пъти, а на мас- 5 пъти. Наблюдава се постоянна тенденция на повишаване консумацията на маргарин, която за периода 2000-2006 г. се е увеличила с 52%. Промените в консумацията на добавени мазнини са свързани с променящите се пазарни условия - търсене, предлагане, доходи.

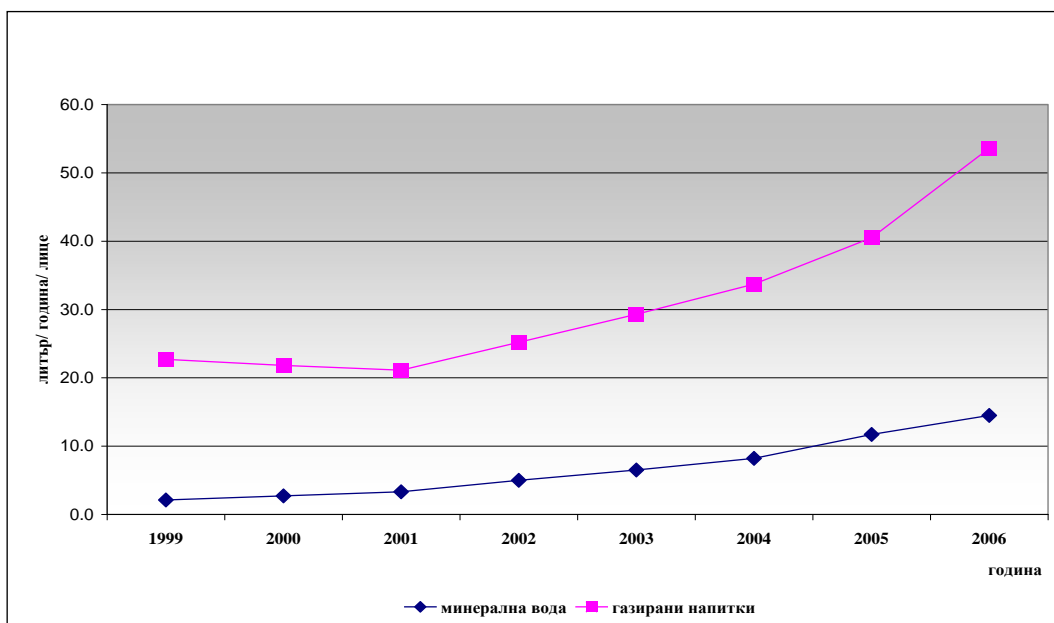
Наблюдава се положителна тенденция за увеличаване консумацията на боб и леща (2 пъти за периода 1989–2006г.) и консумацията на пълнозърнест и други черни видове хляб.

За периода 1989-1998г. данните от бюджетните проучвания на домакинствата показват положителна тенденция за намаляване консумацията средно на лице на *захар, захарни и сладкарски изделия (2 пъти), на газирани безалкохолни напитки (със 62%) и на алкохолни напитки (вкл. на бира, вино и концентрирани спиртни напитки) – 2.5 пъти.* За периода 1999-2006г. трайно се наблюдава това по-ниско ниво на потребление на захар, захарни и сладкарски продукти, но значително се

¹³ . По данни на Бюджети на домакинствата в Република България, НСИ, 1995, 2007

увеличава потреблението на газирани напитки (2 пъти). Същевременно през този период се установява постоянна положителна тенденция за увеличаване потреблението на минерална вода, като през 2006 г. то е 7 пъти по-високо в сравнение с това през 1999 г. (Фиг. 9).

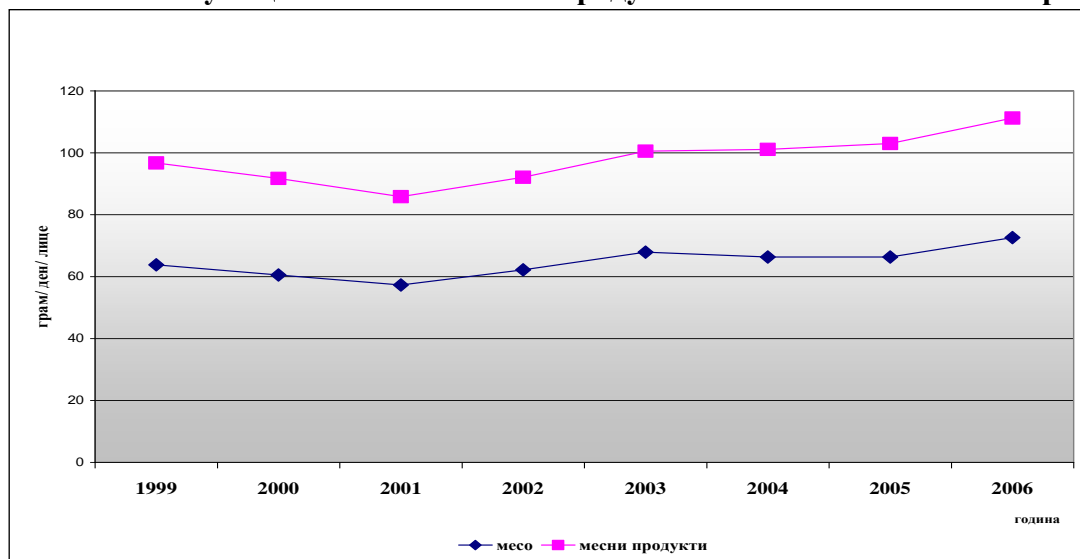
Фиг. 9. Консумация на безалкохолни напитки от населението в България



Източник: НСИ, 2007

Консумацията на месо и месни продукти значително намалява през последните 17 години. Докато през 1990 г. потреблението на месо е 100 г, а на месни продукти 49 г средно дневно на лице, през 2006 г. тя е 73 г месо и 39 г месни продукти средно дневно на лице (Фиг. 10). Установява се твърде голяма разлика в консумацията на месо при различните социални групи в зависимост от дохода.

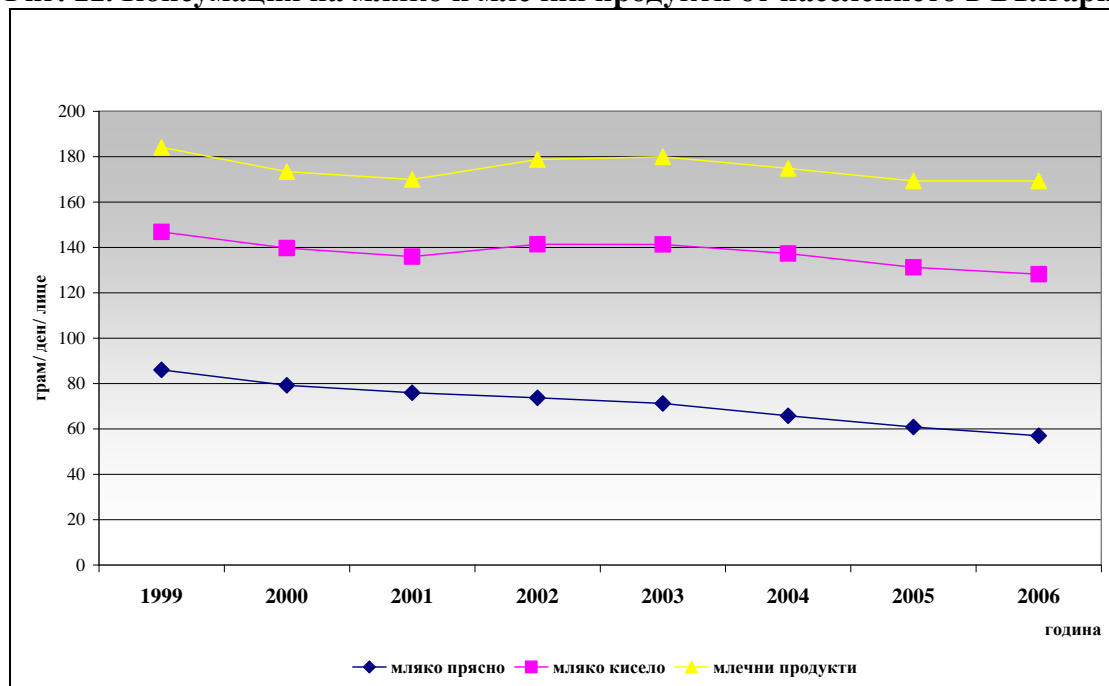
Фиг. 10. Консумация на месо и месни продукти от населението в България



Източник: НСИ, 2007

Консумацията на мляко и млечни продукти значително намалява за периода 1989-2006 г. За първите 10 години от прехода особено драстично намалява потреблението на кисело мляко, което е традиционна българска храна - 2.5 пъти (1989 г. – 175 г, 1998 г – 64 г средно дневно на лице). Редукцията в консумацията на прясно мляко е с 40%, а на млечни продукти - с 20%. Тъй като тази група храни е основен източник на лесноусвоим калций, такава съществена негативна тенденция поставя значителна част от населението в риск от недостатъчен прием на калций, което се установява при националните епидемиологични проучвания на храненето¹⁴. За периода 1999-2006 г., консумацията на прясно мляко продължава да намалява, докато при млечните продукти и киселото мляко се установява тенденция за повишаване (Фиг. 11).

Фиг. 11. Консумация на мляко и млечни продукти от населението в България



Източник: НСИ, 2007

За периода 1989 - 2006г. не се наблюдават ясно изразени тенденции в консумацията общо на плодове и зеленчуци, с изключение на рязко намаляване на приема им през кризисната 1997г. Установява се положителна тенденция за редуциране на сезонната разлика в консумацията на плодове и зеленчуци, но независимо от това през 2006г. потреблението им общо през зимно-пролетния сезон е по-ниско 1.5-3 пъти в сравнение с лятно-есенния сезон . Особено голяма е сезонната разлика в консумацията

¹⁴ С. Петрова (2004). Съвременни проблеми в храненето на населението в България. В: *Науката за хранене в опазване на човешкото здраве*, ИК „Бленда”, София, 88-95

на пресни плодове и зеленчуци, която е по-малка от 3 до 5 пъти през зимата и пролетта, а това прави нашето население рисковно през тези сезони по отношение приема на витамини и минерали. За периода 1989-2006г. се наблюдава положителна тенденция за намаляване с около 2 пъти консумацията на туршии.

Консумацията на риба е ниска (8-10 г средно дневно на лице, при препоръка поне 30 г) и тази тенденция се поддържа. За периода 1999 -2006г. се наблюдава относително увеличена консумация (от 9 г средно дневно на лице на 12 г за 2006г.). Причините са свързани с липсата на традиция за редовна консумация на риба, а при групите с ниски доходи и с относително високите цени на рибата.

Наблюдава се *значителна разлика в консумацията на хранителни продукти в зависимост от доходите на населението*. Средното потребление на основни групи храни (месо и месни продукти, мляко и млечни продукти, пресни зеленчуци и плодове) при домакинствата с най-ниски доходи е средно 3 пъти по-ниско от това в домакинствата с най-високи доходи. При многочленните домакинства, при тези с повече деца и при домакинствата, в които главата на семейството е безработен се установява по-ниска консумация на повечето от хранителните продукти в сравнение със средната консумация на глава от населението за страната.

От 1997г. НЦООЗ, съвместно с РИОКОЗ, провеждат 6 национални представителни за страната проучвания на храненето и хранителния статус на населението в България. Те осигуряват надеждна база за оценка на проблемите на храненето при отделните популационни групи и за идентифициране на рисковите групи. Данните от проучванията очертават следните основни проблеми :

✓ Средният прием на *енергия* е обичайно по-висок от средните потребности на популационните групи, което допринася съществено, заедно с ниската физическа активност, за широко разпространение на свръхтеглото и затлъстяването. При някои възрастови групи енергийният прием е по-нисък от средните потребности: деца до 14 години, млади жени (18-30 г.) и стари хора над 70 г¹⁴. С това е свързано наличието на по-висока честота на *поднормено тегло*, което през 2004г. се установява при 5.6% от децата на 4-6г., 8% при децата на 10-14г., 17.3% при жените на 18-30г. Честотата на поднорменото тегло при младите жени е значително по-висока при жените от градовете в сравнение с тези от селата и е свързана главно със спазването на диети за отслабване¹⁵.

✓ *Среднодневният белтъчен прием* е намалял през последните години с 10-20% за сметка на този от животински произход, но въпреки това е в границите на препоръчаните 10-15% от енергийната стойност на храната.

¹⁵ Петрова, С. (2005). Основни проблеми в храненето на децата в България, *GP News*, 12, 5-8

✓ Независимо, че има тенденция за намаляване приема на *мазнини*, той остава значително по-висок от препоръчаната горна граница - 30% от енергийната стойност на храната. В проучванията през последните години се установява 35-40 Е% прием на общи мазнини, като над горните рискови граници е приемът както на наситени мастни киселини, чийто основен източник са животинските мазнини, така и на полиненаситени мастни киселини (ПНМК), които постъпват в храната на българското население основно с широко употребяваното слънчогледово олио. Високият прием на наситени мастни киселини предизвиква повишаване на общия холестерол и холестерола в липопротеините с ниска плътност в кръвния серум и увеличава риска от сърдечносъдови заболявания. Установява се, че лицата от мъжки пол на възраст от 10 до 60г. имат среден дневен прием на холестерол над горната препоръчителна граница от 300 мг, което създава допълнителен риск за сърдечносъдови заболявания. От друга страна, високият прием на ПНМК крие също здравни рискове, поради лесното им окисление и вредното действие на липидните пероксиди върху клетките.

✓ Проучванията показват, че среднодневният прием на голяма част от *витамините и минералите* при всички популационни групи от българското население над 1-годишна възраст е под съответните препоръчителни стойности за хранителен прием. Особено нисък е приемът на фолиева киселина и витамини В₂, В₁, В₆, както и на минералите калций, желязо, цинк и магнезий. Приемът на витамин С е с по-ниски стойности през зимата и пролетта. Недостатъчният прием на витамини и минерали отразява ниската консумация на пресни зеленчуци и плодове през зимно-пролетния сезон, както и целогодишно на мляко и млечни продукти и на месо (последното при бедните социални групи).

✓ *Особено рискови по отношение на недостатъчния прием на витамини и минерали* са групите на децата, младите жени, бременните жени, старите хора, лицата с ниски доходи. С най-нисък хранителен внос на фолиева киселина са групите от женски пол над 10-годишна възраст, което е предпоставка за фолиев дефицит в първите месеци на бременността и представлява риск по отношение вродени малформации на нервната тръба на плода. Най-рискови за дефицитен внос на калций са групите от женски пол на възраст 10-60г. Това създава условия за нарушаване натрупването на костна маса в периода на растеж при момичетата и младите жени и за по-голяма вероятност от остеопороза в периода на менопаузата. Среднодневният прием на желязо е особено нисък при децата до 6г. и момичетата на 10-18г., което прави тези групи особено рискови по отношение развитието на желязодефицитна анемия.

✓ *Йодният дефицит* беше проблем за България поради геохимичните особености на значителна част от територията на страната. През 1994 г. с постановление на Министерския съвет е въведено “универсално йодиране”

на солта и в резултат на успешното му реализиране се установява ефективен йоден прием в цялата страна.

✓ Сериозен проблем в храненето на населението в България е *високият прием на натрий* (до 2-3 пъти над горните граници на безопасен прием), което е рисков фактор за високо кръвно налягане и рак на стомаха. Основният източник на натрий в храната е готварската сол, която постъпва в най-големи количества от хляба и хлебните изделия (40-50% от общото количество), следвано от добавената сол към ястията (25-30%), месните продукти, туршиите, саламуреното сирене и други солени храни.

✓ Здравно значение има и *приемът на хранителни влакнини* (целулоза, хемицелулоза, пектин и др.), които постъпват в организма с плодовете и зеленчуците, пълнозърнестия хляб, боба, лещата. Установено е, че високият прием на растителни влакнини е свързан с намаляване на риска от затлъстяване, сърдечносъдови заболявания, диабет тип 2, рак на дебелото черво и др. Проучванията през 90-те години показаха, че приемът на влакнини е под препоръчаните стойности, но при проучването през 2004г. се установи, че има увеличаване на техния прием, специално при мъжете.

Небалансираният характер на хранителния прием, ниският прием на някои витамини и минерали, установеният им дефицит при някои рискови популационни групи се свързва със следните **негативни характеристики на консумацията на храни**¹⁶:

- ✓ по-висок от препоръчаните максимални количества прием на добавени мазнини;
- ✓ ниска консумация на риба;
- ✓ ниска консумация на мляко, включително и на традиционното българско кисело мляко;
- ✓ недостатъчен прием на зеленчуци и плодове през зимата и пролетта, като особено ниска е консумацията на сурови плодове и зеленчуци;
- ✓ недостатъчна консумация на пълнозърнести зърнени храни;
- ✓ висок относителен дял на червени меса;
- ✓ висока консумация на алкохолни напитки при мъжете в зряла възраст.

Сериозните проблеми в храненето на децата в ученическа възраст се дължи до голяма степен и на нерешените проблеми на храненето в училищата. Въпреки регламентирането на изискванията към храненето в училищните столове и предлаганите храни и напитки в училищните бюфети чрез специална наредба на МЗ (2000г.), проучване на НЦООЗ и РИОКОЗ от 2006 г. показва, че се наблюдава недостатъчно включване на пресни плодове и зеленчуци, мляко и млечни продукти, риба и пълнозърнест хляб в менюто на училищните столове, добавяне на захар към млякото, често

¹⁶ Petrova, S., K. Angelova. (2006) Scientific background of Food-Based Dietary Guidelines for Bulgarians. *Advances in Bulgarian Science*, 4, pp.19-33

включване на пържени храни. Предлаганият асортимент закуски и напитки в училищните бюфети не отговаря на изискванията. В 30% от бюфетите не могат да се намерят мляко или млечни напитки, а в 60% от тях - натурални сокове без захар, но 76% от училищните бюфети предлагат до 5 асортимента сокове само с плодова есенция и подсладител. Във всички бюфети се предлагат захарни и шоколадови изделия, в повечето от тях 5-15 асортимента. В 92% от училищните бюфети децата могат да избират до 20 асортимента чипс и снаксове, но в 64% от бюфетите не се намират плодове.

Заедно с други рискови фактори, нездравословният модел на хранене значително допринася за увеличаване на разпространението и тежестта на редица хронични заболявания, като коронарната болест на сърцето, хипертонията, мозъчния инсулт, някои ракови заболявания, затлъстяването, диабет тип 2 и др.

Министерският съвет на РБългария прие през 2005г. *Национален план за действие „Храни и хранене” 2005-2010 г.*, с който се цели постигане на положителни промени в националния хранителен модел, за намаляване риска от хранителни дефицити и хронични заболявания, свързани с храненето, като специално внимание е отделено и на повишаване на физическата активност. Министерството на здравеопазването има водеща роля при неговото изпълнение с основна стратегия междусекторния подход. През 2006 г. беше създаден *Национален координационен съвет* за неговото реализиране, в който са включени представители на всички министерства и ведомства, които имат отношение към храните и храненето, представители на сдружения на производители на храни, професионални и неправителствени организации и др.

Националният план за действие „Храни и хранене” включва мерки за подобряване на храненето и хранителния статус на населението и намаляване на риска от хранителни дефицити и хронични заболявания, свързани с храненето през всички периоди от живота.

Дейностите по Националния план за действие „Храни и хранене” са насочени към всички възрастови групи, като се реализират основно от НЦООЗ, РИОКОЗ и други медицински специалисти. Те включват:

- ✓ извършване на мониторинг на храненето и хранителния статус на населението и проучвания на рискови групи (кърмачета, деца, бременни жени);
- ✓ разработване на физиологични норми за хранене;
- ✓ разработване на стандарти за физическо развитие на децата;
- ✓ разработване и промоция на национални препоръки за здравословно хранене на всички групи от населението;
- ✓ обучение на медицински специалисти, персонал на детски градини и училища;
- ✓ разработване и оценка на ефективността на интервенционни програми;

- ✓ разработване и внедряване на обучителни модули по здравословно хранене за децата, техните родители и кухненския персонал на детски градини и училища;
- ✓ разработване на наръчници и рецептурници за здравословно хранене в училищата, детските градини и ясли;
- ✓ разработване на промотивни материали за населението, информиране на населението чрез масмедии, провеждане на промотивни кампании за подобряване на храненето, увеличаване на физическата активност и намаляване на затлъстяването;
- ✓ обучение на производители на храни и напитки по отношение на здравословни и безопасни храни.

България се включи в *Инициативите на СЗО и ЕС*, които стартират през 2008 г. за:

- ✓ европейски мониторинг на затлъстяването при децата;
- ✓ намаляване на консумацията на сол;
- ✓ намаляване на маркетинговия натиск при предлагане на високо енергийни храни, богати на мазнини, захар и сол, предназначени за деца.

Във връзка с това е необходимо:

- ✓ изграждане на национална система за контрол на наднорменото тегло при децата и регламентиране дейността ѝ;
- ✓ създаване на Алианс за доброволно сътрудничество със сдруженията и асоциациите към хранителната индустрия и общественото хранене за реформулиране на готовите за консумация храни и предлаганата храна в заведенията за обществено хранене;
- ✓ въвеждане на принципите на отговорен маркетинг при предлагане на храни и напитки, предназначени за деца;
- ✓ предприемане на законодателни мерки за регулиране на маркетинга на високо енергийни храни, богати на мазнини, захар и сол, предназначени за деца.

За подобряване на храненето на децата е препоръчително въвеждане на принципа на забраната на предлагане на нездравословни храни и напитки в училищата, въведен вече в много европейски страни. Необходимо е регламентирано въвеждане от МОН на модули за обучение по здравословно хранене в учебната програма (в подходящи предмети) за учениците от 1-ви до 12 клас и в детските градини.

Промоция на физическа активност и здравословно хранене се извършва и в рамките на *Националната програма за ограничаване на остеопорозата 2006-2010 г.*

2.1.3. СПИН

Днес СПИН е водещата причина за смъртните случаи в света на хора в активна възраст. Справянето с проблема ХИВ е най-спешното глобално здравно предизвикателство. Първият регистриран случай на синдром на придобитата имунна недостатъчност е през 1981 год., а от тогава до днес общият брой на хората, живеещи с ХИВ по света, е 33.2 млн.¹⁷ В тази цифра се включват 2.5 млн. души, които са се заразили с ХИВ през 2007 год. 2.1 млн. души са починали от СПИН през същата година. През 2007 год. бе променена методологията за оценяване на мащабите на разпространение на ХИВ/СПИН, което доведе до изменения на данните за броя на хората, живеещи с ХИВ/СПИН в световен мащаб.

Пандемията от ХИВ остава най-сериозния проблем за здравеопазването в областта на инфекциозните заболявания. Според доклада на Програмата на ООН за ХИВ/СПИН и Световната здравна организация за разпространението на ХИВ в световен мащаб през 2007 год. всеки ден повече от 6800 души се инфектират с вируса и повече от 5700 човека умират от СПИН като основна причина за това е не добрия достъп до услуги по превенция и лечение. Въпреки това се забелязват няколко положителни аспекта, а именно намаляване на разпространението на заболяването в някои региони, намаляване броя на смъртните случаи благодарение на по-добрия достъп до терапия и глобалната тенденция за ежегоден намаляване на броя на новоинфектираните.

Изучаването на глобалните и регионални тенденции дава основание да се предположи, че пандемията на този етап се развива по два модела – основна епидемията, развиваща се сред населението на страните на Суб-Сахарна Африка и епидемия, развиваща в останалите региони от света и концентрирана основно в групите с рисково поведение, а именно мъжете, практикуващи секс с мъже, интравенозните наркомани и проституиращите.

Суб-Сахарна Африка продължава да е най-сериозно засегнатия регион от света и там СПИН продължава да бъде водеща причина за смъртността. Общият брой на смъртните случаи през 2007 год. е **2.1 милиона** като 76% от това число са смъртните случаи в Суб-Сахарна Африка.

Статистиките показват, че през 2007 год. **15.4 милиона са жените**, живеещи с вируса на СПИН. От женски пол са 61% от хората, живеещи с вируса в Суб-Сахарна Африка, а в района на Карибския басейн този процент е 43. Броят на жените, живеещи с ХИВ в Латинска Америка, Азия и Източна Европа постепенно расте, тъй като те биват инфектирани от своите партньори, които от своя страна са се инфектирали при употребата на

¹⁷ Източник: Програма на ООН за борба срещу ХИВ/СПИН (UNAIDS); Доклад за разпространението на СПИН епидемията, декември 2007 г. (AIDS epidemic update December 2007)

наркотици или рискови сексуални контакти с проституиращи. Данните сочат, че в Източна Европа и Централна Азия 26% от живеещите с ХИВ в зряла възраст са жени, а в Азия – 29%.

В света през 2007 год. са живели **1.5 милиона деца**, инфектирани с вируса на СПИН. Броят на новоинфектираните деца е намалял от 460 000 през 2001 год. до 420 000 през 2007 год. През изминалата година 330 000 деца са починали в резултат на СПИН като почти 90% от тази цифра са деца от Суб-Сахарна Африка.

В България към 31.12.2007 г. официално в Министерството на здравеопазването са регистрирани общо *815 ХИВ - позитивни лица*.

Броят на новорегистрираните през 2007 г. ХИВ – позитивни лица е *126 лица*, от които 105 мъже и 21 жени. Анализът на данните показва, че 83 % от новорегистрираните са мъже и 17 % - жени. За сравнение до 2006 г. 67 % от инфектираните бяха мъже и 33 % - жени, т.е. наблюдава се значително повишаване на броя на ХИВ-позитивните мъже. 60 % от новорегистрираните ХИВ-позитивни лица през 2007 г. са открити в Кабинетите за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ/СПИН (КАБКИС).

През отчетния период са регистрирани ХИВ – позитивни лица в много широки възрастови граници от 16 до 76 години, като средната възраст при мъжете е 37 години, а при жените 35 години. Засегнати са всички възрастови групи и отново се наблюдава критично понижаване на долната възрастова граница. 9 % от новорегистрираните т. г. са във възрастовата група между 15 -19 години и 38 % между 25 – 29 години.

По път на инфектиране през 2007 г. се очертават две особено уязвими групи: 33 % от новорегистрираните са лица *употребяващи интравенозни наркотици*, а 18 % са мъже, които са съобщили, че са имали *сексуални контакти с мъже*. При 45 % основният път на предаване е при хетеросексуални контакти, от които 17 % са открити като лежачо болни и в диференциално-диагностичен план.

Запазва се тревожната тенденция да се откриват нови ХИВ – позитивни интравенозни наркомани, като от 1986 до 31.12.2007 г. общият им брой достигна 109 лица.

Данните показват, че близо 70% от новооткритите през 2007 г. лица са от София – град (40 лица) и региона на Пловдив (44 лица).

За периода 01.01.-31.12.2007 г. в разкритите 19 Кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ/СПИН (КАБКИС) са консултирани 44 220 лица.

Икономическите и социалните последици от това заболяване са многопосочни. Въпреки осигурения достъп до антиретровирусно лечение за всички нуждаещи се хора, живеещи с ХИВ, както и осигурените лекарства за опортюнистичните инфекции, хората, живеещи с ХИВ в страната, са изправени пред редица икономически затруднения и социални проблеми.

Изследване на потребностите на хората, живеещи с ХИВ/СПИН, реализирано с подкрепата на UNAIDS и МЗ сочи, че те имат необходимост от разбиране и подкрепа от страна на околните, институциите и обществото като цяло, с цел преодоляване на стигмата и дискриминацията спрямо тях. Социалните служби са институцията, пред която анкетираните най-често не разкриват здравния си статус и от която, съответно, получават най-малка подкрепа или изобщо не получават такава. Мнозинството от анкетираните хора, живеещи с ХИВ/СПИН, са с ниски доходи (до 65 лв.) и не ползват социални помощи, въпреки ниския размер на доходите си. По-голямата част (70.8%) не са наясно с това имат ли права като пациенти и какви точно са те. Реален отказ за медицинско обслужване на основа на ХИВ-статуса си са получавали 28.4% от отговорилите, като най-чест е отказът от страна на стоматолози (12.2%). Висок е броят на запитаните, които считат, че работодателят им би намерил начин да ги накара да напуснат, ако разбере за ХИВ - статуса им, като 69.7% от анкетираните не са склонни да търсят начини за защита на правата си. Главният мотив за това е нежеланието да разкрият своя ХИВ - статус (50.6%); други 19.1% посочват като пречка липсата на финансови средства.

Изследванията показват, че значителен процент от хората, живеещи с ХИВ, се откриват като лежащо болни в един напреднал стадий на заболяването (18%), което подчертава нуждата от по-ранно диагностициране и лечение на инфекцията. Към момента България остава страна с ниско разпространение на епидемията, но въпреки това средствата, необходими за осигуряване на универсален достъп до превенция, лечение, грижи и подкрепа, нарастват всяка година.

Програмата „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария, се изпълнява от МЗ при активно междусекторно сътрудничество.

Основните приоритети по отношение на превенцията и контрола на ХИВ/СПИН през следващите три години са:

- ✓ поддържане фокуса на програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” върху превенцията на ХИВ/СПИН сред най-уязвимите групи, особено сред употребяващите наркотици инжекционно и проституиращите;
- ✓ значително разширяване на обхвата на специфичните услуги за различните целеви групи;
- ✓ специален акцент върху доброволното тестване за ХИВ сред особено уязвимите общности;
- ✓ предоставяне на услуги на затворени групи като лицата, лишени от свобода, и мъжете, които правят секс с мъже;
- ✓ изграждане на капацитет на групите в най-висок риск от инфекциране с ХИВ да организират предоставянето на услуги на представителите от своите общности и осигуряване на активното участие на тези групи в

дизайна, предоставянето и оценката на превантивните програми, предназначени за тях;

✓ институционализиране на ефективните структури и партньорства по Програмата с оглед утвърждаване на националните стандарти и добри практики за превенция на ХИВ/СПИН и полово предавани инфекции;

✓ по-ефективно включване и на други национални институции като МОН, МТСП и др.;

✓ нарастване на дела на националните инвестиции в програмите за превенция;

✓ преглед и инициране на промени в законодателството или политиките, които представляват пречки пред реализиране на превантивните програми и предоставянето на услуги за групите в риск;

✓ разработване и изпълнение на нова Национална програма по ХИВ/СПИН за периода 2008-2015 г.

2.1.4. Туберкулоза

Заболеваемостта от туберкулоза у нас (новооткритите случаи) през последните 2 години е под 40 на 100 000 души от населението, като се наблюдава незначителна тенденция на снижаване. В сравнение, обаче, с тази в страните от ЕС (средно 11.5 на 100 000 население) тя е около 4 пъти по-висока. Високо е нивото на регистрираната болестност през 2007 г. - 120.0, въпреки че се отчита тенденция на снижаване на показателя след 2000г. Смъртността от туберкулоза е сравнително ниска, като леталните случаи са свързани основно със съпътстващи сърдечносъдови заболявания.

Табл. 3. Ниво на заболеваемостта и болестността от активна туберкулоза за периода 1980-2007 г. на 100 000 население

| Показатели/ години | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Заболеваемост | 37.0 | 29.5 | 40.5 | 41.0 | 40.1 | 39.1 | 37.1 |
| Болестност | 178.2 | 106.0 | 154.9 | 173.4 | 127.7 | 121.5 | 120.0 |

Повишен риск за заболяване от туберкулоза у нас е налице преди всичко сред пребиваващите в местата за лишаване от свобода; в общежития и социални домове; принадлежащите към ромската етническа общност; лицата с алкохолна и наркотична зависимост; бежанците и търсещите убежище; безпризорните деца; лицата с HIV- инфекция; неваксинираните лица и др.

Съществуват и редица други рискови фактори по отношение на туберкулозата – тютюнопушене, непълноценно хранене, замърсяване на въздуха с вредни емисии, хроничен стрес, хронични неспецифични възпалителни заболявания на белите дробове, захарен диабет, силикоза, кортикостероидна и имуносупресивна терапия, болни с напреднала ХБН

или трансплантирани, болни с неопластични заболявания и др. Най-засегнати от заболяването са лицата в активна възраст (30-64 г.), което има преки икономически последици както за самия болен и семейството му, така и за обществото като цяло.

Туберкулозата представлява не само медицински, но и социално-икономически проблем за обществото, тъй като нейното разпространение е свързано с такива социално обусловени явления като икономически спад и бедност, недोхранване, злоупотреба с алкохол, наркомания, пренаселеност в затворите и по-висока степен на емиграция от рискови за туберкулозата страни.

Диагностиката и лечението на болните от туберкулоза у нас са безплатни, каквито са препоръките на СЗО. В тази връзка годишно разходите на МЗ само за осигуряване на необходимите медикаменти за болните от туберкулоза възлизат на 1.3 млн. лева, а общо разходите, свързани с тези болни, възлизат на 8 млн. лева годишно.

Тези разходи могат, обаче, да нараснат значително в бъдеще, ако се допусне нарастване на мултирезистентните форми на заболяването, чието лечение е скъпо, продължително, не винаги ефективно, често е съпроводено със значителни странични явления към медикаментите и с висок леталитет. Основни причини за възникване на мултирезистентни форми са преждевременно прекъсване на лечението или нарушен контрол върху неговото провеждане. Разходите за лечение на мултирезистентните форми на туберкулозата (MDR-TB) са около 100 пъти по-високи, а самото лечение е ефективно само в около 60% от случаите. От 2003 г. България е обхваната от системата DOTS, която през последните години се разширява с нови компоненти. Според данни на СЗО България е сред страните със среден обхват на DOTS – 14.6%¹⁸ Друг важен аспект на проблема е коинфекцията TB/HIV – при много от регистрираните у нас случаи с HIV инфекция се установява и туберкулозна инфекция, което е свързано с комплициране както на здравните, така и на социално-икономическите последици от това. Паралелното разпространение на туберкулоза и СПИН ускорява десетки пъти и двете епидемии.

Като цяло, заболяването води до намалена трудоспособност и намалена работоспособност, което увеличава социално-икономическото бреме на туберкулозата у нас.

Нерешени проблеми съществуват в областта на епидемиологичния надзор, диагностиката и лечението на туберкулозата. За тяхното решаване е необходимо да се осъществят следните дейности:

✓ Изграждане на нова информационна система за епидемиологичен надзор на туберкулозата.

¹⁸ СЗО, План за разширяване на програмата DOTS за борба с туберкулозата 2002-2006.

✓ Реновиране и дооборудване на специализираните за лечение на туберкулозата лечебни заведения, като приоритет в това отношение следва да бъдат двете бази за лечение на болни с мултирезистентна туберкулоза в София и Габрово.

✓ Подобряване на инфраструктурата на съществуващите микробиологични лаборатории за диагноза на туберкулозата и разкриване на нови.

✓ Оптимизиране на системата за снабдяване с противотуберкулозни лекарства от първи ред за осъществяване на директно наблюдаваното лечение.

✓ Намаляване разпространението на туберкулоза в затворите у нас, основно чрез ранна диагностика сред лишените от свобода.

✓ Подобряване на информираността на населението относно начините за предотвратяване на заболяване от туберкулоза.

2.1.5. Репродуктивно здраве

Репродуктивното здраве включва: (а) сексуално здраве (отговорно, удовлетворяващо и безопасно сексуално поведение), (б) репродуктивна свобода (достъп до информация, методи и услуги) и (в) безопасно майчинство (безопасна бременност, раждане и здрави деца)¹⁹.

Здравните грижи в областта на репродуктивното здраве на ниво първична здравна помощ включват следните основни дейности:

- ✓ услуги по семейно планиране, включително и консултиране;
- ✓ обучение и услуги за родови грижи, безопасно раждане и грижи в следродилния период, особено кърмене и грижи за майката и детето до 1 г.;
- ✓ превенция и правилно лечение на безплодието;
- ✓ безопасен аборт, включително превенция и лечение на усложненията от аборта;
- ✓ лечение на възпалителните заболявания на репродуктивната система;
- ✓ превенция и лечение на полово предаваните болести (ППБ), включително ХИВ/СПИН;
- ✓ информация, образование и комуникация по въпросите на човешката сексуалност, репродуктивното здраве и отговорното родителство, включително системно сексуално образование в училище.

За състоянието на репродуктивното здраве на населението се съди по редица показатели, формиращи здравно-демографската характеристика на страната - раждаемост, обща и детска смъртност, очаквана продължителност на живота, честота на абортите, майчина смъртност, полово-предавани инфекции (вкл. ХИВ/СПИН) и др.

¹⁹ Международна конференция за населението и развитието, Кайро, 1994 г.

Раждаемост и плодовитост

Един от факторите за намаляване броя на населението е продължаващата ниска **раждаемост**, която през 2007 г. възлиза на 986 на 1000 души. Веднага трябва да се отбележи, че спрямо предходната 2005 г. е налице слабо нарастване на този показател. През последните 18 години коефициентът на раждаемост в България достига едно от най-ниските равнища в Европа. От присъединилите се към ЕС през 2004 г. държави с висока раждаемост спрямо България са Полша – 9.9‰, Естония – 9.8‰, Унгария – 9.4‰ и др. С по-ниска или близка до тази у нас са Латвия, Чехия, Словения и Литва – под 9.0‰.

От началото на последното десетилетие раждаемостта в България вече е на равнището на раждаемостта в редица европейски страни³ като Италия, Гърция, Унгария, Полша, Латвия и Швейцария. С по-ниска раждаемост са Германия, Литва, Австрия и Словения - около и под 9.4‰. За по-голямата част от останалите европейски страни обаче раждаемостта е над 10‰, като най-висока тя е в Ирландия (14.7‰) и Франция (13.1‰).

Табл. 4. Коефициенти на раждаемост и плодовитост в Р България

| Година | Раждаемост (на 1000 души) | Естествен прираст (на 1000 души) | Тотален коефициент на плодовитост ⁴ |
|--------|------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1990 | 12.1 | -0.4 | 1.81 |
| 1995 | 8.6 | -5.0 | 1.23 |
| 2001 | 8.6 | -5.6 | 1.24 |
| 2005 | 9.2 | -5.4 | 1.31 |
| 2006 | 9.6 | -5.1 | 1.38 |
| 2007 | 9.8 | -5.0 | 1.42 |

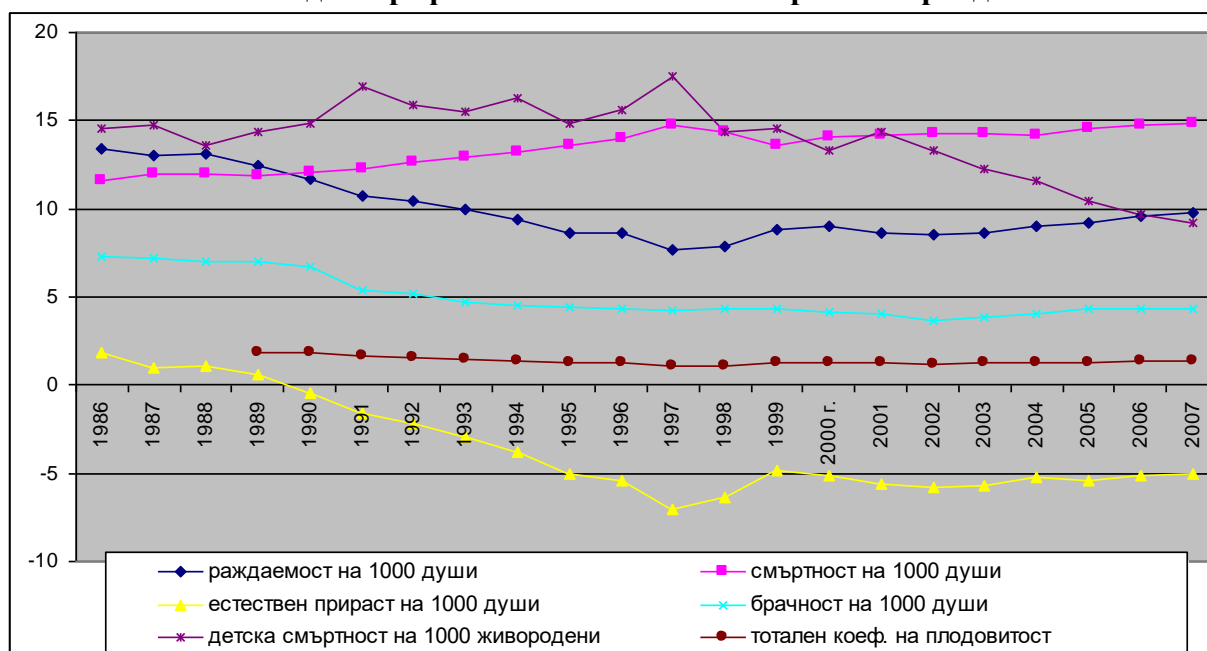
Източник: НСИ

Много фактори от различен характер оказват влияние върху равнището на раждаемостта в България. Сред тях изпъкват социално-икономическите условия, които оказват негативно влияние върху репродуктивните нагласи, особено сред младите хора у нас. Емиграцията и намаляването на жените в детеродна възраст също се отразяват неблагоприятно върху показателя за раждаемост.

От демографска гледна точка решаваща е ролята на родилните контингенти (жени на възраст от 15 до 49 години) и тяхната плодовитост (живородени деца на 1000 жени). Трябва да се отбележи, че у нас през последните 15 години върху равнището на раждаемостта отрицателно влияние оказва чувствителното намаление на родилните контингенти, които за периода 1990 – 2002 г. са намалели със 170 хиляди. От друга страна е налице положителна тенденция на нарастване на показателя за плодовитост.

Посочените по-горе две тенденции се синтезират в тоталния коефициент на плодовитост, който нараства от 1.29 през 2004 г. на 1.42 през 2007 г. Това нарастване обаче не е в състояние да компенсира намалението на раждаемостта. Като се има предвид, че теоретично необходимият минимум за осигуряване на просто възпроизводство на поколенията е 2.1 живородени деца от една жена, става ясно колко далече сме от него.

Фиг. 12. Основни демографски показатели в България за периода 1986-2007 г.



Източник: НСИ

Важни показатели както за демографското развитие на населението в нашата страна, така и за здравето на жените във фертилна възраст, са ражданията и абортите сред жените на възраст 15 – 49 години.

През периода след 1980 г. ражданията на 1000 жени на възраст 15 – 49 години намалява от 60.4 през 1980 г. на 49.2 през 1990 г., 37.0 през 2000 г. През 2007 г. е налице известно нарастване и показателят достига 40.9 на 1000 жени на възраст 15 – 49 години.

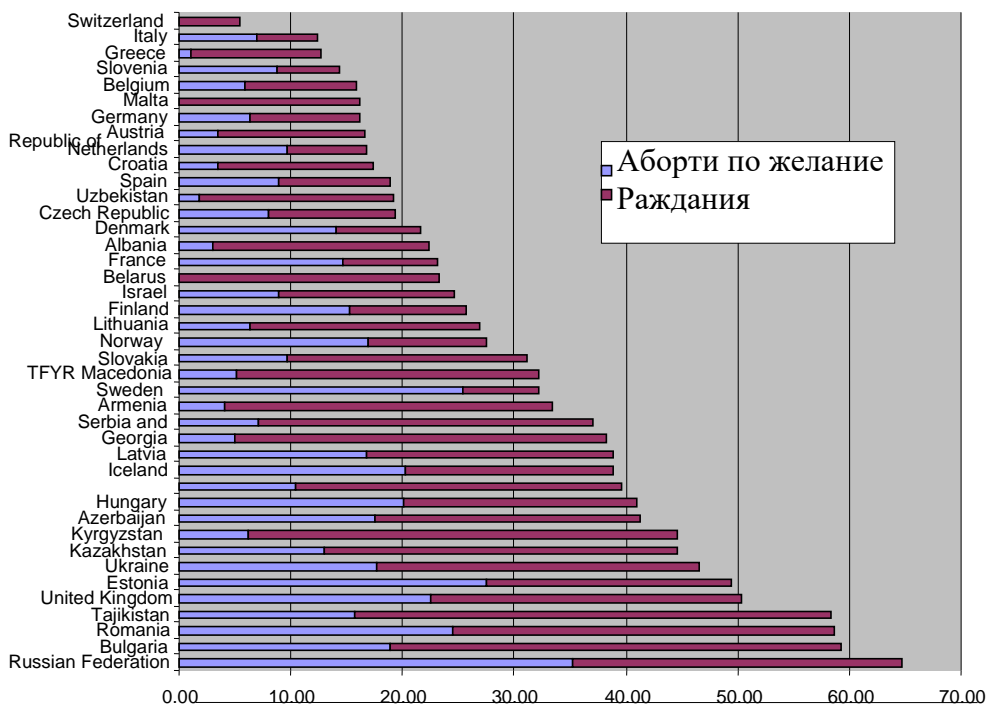
Налице е позитивна тенденция на намаляване на абортите сред жените на възраст 15 – 49 години. Докато през 1980г. и 1990 г. показателят за аборти на 1000 жени на възраст 15 – 49 години е по-висок от съответния показател за ражданията, то след 2000 г. се установява инверсия в съотношението. През 2007 г. са извършени 37594 аборта или 20.4 на 1000 жени на възраст 15-49 години. Съотношението раждания/аборти през 2007г. възлиза на 2:1.

Жените във всички възрастови групи и особено тези в млада възраст (20 – 35 години) често използват аборта като метод на семейно планиране. Броят на абортите във възрастовата група 15 – 19 години е изключително висок. По данни на НСИ регистрираните аборти по желание във възрастта

от 15 до 19 години през 2006 г. са 3490, т.е. 9.4% от всички регистрирани аборти.

Наред с това, нашата страна остава една от страните с най-високи показатели по коефициент на бременност (раждания и аборти по желание) във възрастта 15-19 години.

Фиг. 13. Раждания и аборти по желание сред жени на възраст 15-19 години²⁰



През последните години в България се установяват изменения в равнището на брачността, бракоразводите, схващанията на семействата за броя на децата и равнището на извънбрачната раждаемост. Докато през периода 1995 – 2002 г. е налице намаление на брачността до 3.7 на 1000 души от населението, то след 2004 г. нараства до 2.8 (2007 г.) Бракоразводността (на 1000 души) се задържа на едно и също ниво през последните три години – 1.9.

През последните години се формира тенденция на увеличаване на абсолютния и относителния дял на извънбрачните раждания. Техният относителен дял от 38.4% през 2000 г. нараства на 49.0% през 2005 г. и 50.3% през 2007 г. Високата извънбрачна раждаемост може да се обясни със значителното нарастване на броя на съжителствата сред младите хора, без те да са оформени в юридически брак.

С провежданата демографска политика до 1989 г. у нас беше натрупан значителен опит. Направени бяха съществени стъпки за подобряване на майчиното и детско здравеопазване.

²⁰ Отражена е сумата на ражданията и абортите по желание за дадената календарна година, WHO, 2003

МЗ периодично актуализира Наредбата за профилактичните прегледи и диспансеризацията, с акцент върху децата и бременните. Програмата за профилактичните прегледи на бременните включва наблюдение на нормална бременност, профилактика на вродени аномалии, генетични дефекти, инфекции и изоимунизационната болест при новороденото, профилактика при жените с гестационен диабет и др. Има и отделен пакет за бременни жени с високорискова бременност или придружаващо заболяване, който включва и допълнителни прегледи и изследвания.

Гарантираните чрез Наредбата права на бременните са включени в програма «Майчино здравеопазване» на НЗОК. На практика, обаче, не се реализира пълният обем прегледи и изследвания, голяма част от които бременните заплащат поради наличието на регулативни стандарти в извънболничната помощ. Тъй като пакетът за наблюдение на бременните изисква много изследвания, акушер-гинекологът, наблюдаващ много бременни, е в неизгодна ситуация. Заплащането на диспансерното наблюдение на бременните е на принципа: при първоначалното зачисляване прегледът се заплаща като първичен, а при всяко следващо посещение – като вторичен преглед, който е с много ниска цена. Този факт демотивира лекарите и намалява качеството на прегледите.

Много важен проблем е проблемът с качеството на ехографската пренатална диагностика. Въпреки гарантираните прегледи, не може да се осигури качествена диагностика, особено на фетална морфология, поради ниската квалификация на специалистите, дължаща се на липсата на ефективна система за продължително обучение на акушер-гинеколози.

Сексуално образование и профилактика на нежелана бременност, СПИН и полово-предавани инфекции

През 2007 г. в страната се реализират няколко проекти и програми, насочени към сексуалното и репродуктивно здраве на подрастващите и младите хора. Основни донори са Глобалният фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, UNFPA – Фонд на ООН за население, УНИЦЕФ, UNAIDS, Държавната агенция за младежта и спорта и др. Основните усилия са концентрирани в няколко направления:

- *Развитие на политика за сексуално и репродуктивно здраве на национално, общинско и училищно равнище*

Най-широкообхватни интервенции се реализират от МЗ в рамките на Компонент 7 „Превенция на ХИВ сред младите хора в и извън училище” на Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, и по проект BUL1R205/BUL1R303 “Подобряване на сексуалното и репродуктивното

здраве на младите хора в България”, финансиран и подкрепян от UNFPA²¹, който се изпълнява съвместно с МОН.

По двата проекта в интензивно сътрудничество с националните екипи дейности реализират *21 пилотни общини* (Благоевград, Бургас, Варна, Враца, Козлодуй, Велико Търново, Габрово, Добрич, Ловеч, Троян, Пазарджик, Пловдив, Плевен, Русе, Сливен, Нова Загора, София, Ст. Загора, Търговище, Попово и Шумен). В 17 от тях, които са областни центрове в страната, функционират общински екипи, ангажирани с реализацията на средносрочни или едногодишни стратегии и планове за сексуално и репродуктивно здраве и превенция на ХИВ и полово-предавани инфекции.

Програми за сексуално здравно образование развиват *185 пилотни училища* от тези общини. В 46 от тези училища през 2006/07 г., а в 43 през 2007/08 се реализират проекти за развитие на училищна политика за сексуално здраве. В рамките на друг съвместен проект на МОН и УНИЦЕФ е разработено и предстои да излезе от печат методическо ръководство за развитие на училищна политика.

На национално ниво през 2006 г. с подкрепата на УНИЦЕФ към Националния съвет за закрила на детето е създаден *Национален интегриран план за прилагане на Конвенцията на ООН за правата на детето 2006-2009 г.*, една от целите (Цел 7) на който е „До 2009 г. ограничаване на рисковото поведение (превенция на ХИВ/СПИН/полово-предавани инфекции, нежелана бременност, злоупотреба с психоактивни вещества) и намаляване на нежеланите последици за здравето на непълнолетните”. Проблемът е, че през 2007 г. Интегрираният план няма отделно финансиране и се предполага средствата за неговата реализация да бъдат планирани като част от бюджетите на съответните национални институции. В резултат на това той служи повече като средство за събиране на информация за дейностите на отделните институции, отколкото за допълване на иницирираните вече проекти и програми.

- *Здравно образование чрез подхода “Изграждане на социални и жизнено важни умения в учебния час”*

През 2007 г. над 130 учители са обучени за работа по здравно образование, базирано на изграждане на социални и жизнено важни умения. Осъществени са четири общински колегиуми за споделяне на техния опит. Повече от 5 500 ученици през учебната 2006/7 г. и над 6 000 ученици през учебната 07/08 г. са участвали в свободноизбираема подготовка (СИП) по сексуално и репродуктивно здравно образование. В процес на разработване са програми по сексуално здравно образование за начален и гимназиален етап на средното образование. Вече е разработена програма за прогимназиалния образователен етап. Реализирани са два национални конкурс и две национални срещи за добри практики на учители, работещи в

²¹ Фонд на ООН за население

сферата на сексуалното и репродуктивно здраве и са издадени редица учебни помагала в сферата на сексуалното здравно образование и превенцията на ХИВ, ППИ и злоупотреба с психоактивни вещества, основно с подкрепата на UNFPA.

- *Здравно образование в училище по подхода “Обучение на връстници”*

През 2007 г. са проведени 2 летни училища за обучители на връстници, в които участваха 185 млади хора, 17 подкрепящи възрастни и 15 обучители на връстници. Подходът се използва във всички средни пилотни училища, в повечето от които са създадени клубове. Финансирани са 25 училищни проекта. Изградена е национална мрежа от обучители на връстници, която е част от международната мрежа Y-PEER²². Обученията и работата по подхода „Обучение на връстници” се осъществяват по стандартите за обучение на връстници, създадени от UNFPA, с подкрепата на Харвардския университет, САЩ. В резултат на натрупания национален опит и експертност през октомври 2007 г. с подкрепата на UNFPA и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” на МЗ в НЦООЗ е открит Международният Y-PEER център – София, първият център за страните от Източна Европа, Централна Азия и Арабските страни за методическа и логистична подкрепа на Международната Y-PEER мрежа.

- *Здравно образование извън училище и обучение на връстници от връстници*

През 2007 г. са финансирани 12 общински проекта, насочени към достигане на особено уязвими младите хора извън училище.

- *Услуги, подходящи за младите хора*

През 2006 г. 12 преподаватели от катедра “Обща медицина” на МУ-Варна са обучени и са разработили Програма по сексуално здраве и семейно планиране в рамките на продължителната квалификация на ОПЛ. Обучени са 40 ОПЛ и 20 акушерки. В семинари за сексуално и репродуктивно здраве и семейно планиране са участвали 100 лекари и медицински специалисти. Публикувани са периодични издания на СЗО на български език “Entre nous” и “Актуално”. В гр. Перник е пилотиран Младежки здравен център, предлагащ услуги, подходящи за младите хора. В 14 градове функционират и предлагат анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ 18 КАБКИС.

- *Кампании за превенция на ХИВ/СПИН и промоция на презервативи*

През 2007 г. са реализирани две национални кампании, във всяка от които са достигнати средно по 150 000 млади хора:

- Национална информационна АНТИСПИН кампания “Важно е да знаеш! Човешко е да общуваш!” 2006/7 г.

²² Международна мрежа на млади хора - обучители на връстници и подкрепящи възрастни, изградена с подкрепата на UNFPA и Family Health International

- Национална информационна антиспин кампания „Бъди в час!“ 2007/08 г.

През лятото на 2007 г. по българското черноморие беше осъществена Лятна кампания за доброволно и безплатно изследване за ХИВ “Изследвай се за ХИВ/СПИН. Анонимно и безплатно” в рамките на която са ХИВ са се изследвали над 4 100 млади хора.

Страната ни получи 5 000 000 презерватива, дарение от UNFPA, които се използват по време на кампаниите. Обучени са специалисти от 28 РИОКОЗ за планиране на медийни кампании и са финансирани 4 проекта за медийни кампании в 4 пилотни общини.

Основният проблем, свързан с дейностите на МЗ и неговите партньори в областта на сексуално образование и превенция на нежелана бременност, СПИН и ППИ, е невъзможността за осигуряване на достъп на всички подрастващи и млади хора в страната до съвременно системно здравно образование и до услуги, подходящи за младите хора.

Въвеждането на ефективно здравно образование в училище изисква осигуряване на необходимото образователно време в училище. Свободноизбираемата подготовка по здравно образование в пилотните училища осигурява достъп до съвременно здравно образование на по-малко от 1% от учениците на възраст 11-19 г. Необходимо е да се намери друг образователен формат, който ще даде възможност всички ученици да участват в интерактивно обучение по здравно образование, фокусирано върху превенция на нежелана бременност, ХИВ, ППИ и злоупотреба с психоактивни вещества, както и специална подготовка на учителите, които ще водят това обучение.

За осигуряване на достъп на младите хора до подходящи услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве, е необходимо изграждане на съответен капацитет в системата на първичната и специализираната извънболнична помощ. Необходимо е да се усъвършенстват пакетите на ОПЛ, специалистите по АГ и дерматовенерология като едновременно с медицинския преглед се включи и консултиране по въпросите на сексуалното и репродуктивното здраве. Това определя потребността от допълнително обучение на тези специалисти. С оглед превенцията на ХИВ и ППИ се налага да се осигури достъп на младите хора (над 15 годишна възраст) до медицински изследвания, без да се изисква съгласието на родителите им.

Репродуктивно здраве и икономическо развитие

Връзката между репродуктивното здраве и икономическото развитие е двустранна. От една страна, икономическите и социалните условия в страната оказват негативно въздействие върху развитието на населението и репродуктивното здраве. Съществено значение имат бедността, хроничната

безработица, намаляването на доходите на значителна част от населението, влошената структура на разходите, влошената структура на потреблението. Тези фактори влияят върху развитието на населението и сексуалното и репродуктивно здраве и пряко, и косвено. Това с особена сила важи за социално уязвимите и маргинализирани общности.

От друга страна, влошеното репродуктивно здраве и спадът в раждаемостта са основа за сериозни предизвикателства в икономическото развитие на една държава.

В страните от ЕС се наблюдават ниски равнища на раждаемост и смъртност и висока средна продължителност на живота, което води до застаряване на населението и изправя страните-членки пред сериозни демографски проблеми със значими икономически последици. Според Зелената книга на Европейската комисия „Посрещане на демографската промяна: нова солидарност между поколенията” (2005 г.), намалението на раждаемостта е толкова силно и продължително, че ще бъде трудно да се предотврати значителният спад в размера на работната сила и впоследствие да се поддържа икономическия растеж. Поради това, правителствата и гражданските общества са изправени пред необходимостта от преразглеждане на държавната политика относно раждаемостта и семействата.

Както е посочено в *Националната стратегия за демографско развитие на Република България 2006-2020 г.*, нашата страна не прави изключение от останалите страни в Западна и Централна Европа както по отношение на намаляване на раждаемостта, така и по отношение на процеса на застаряване на населението.

Емиграционните процеси след 1989 г. на свой ред сериозно допринасят за влошаването на демографските характеристики на нацията. За периода 1989-2002 г. страната са напуснали над 715 хил. души. По данни на НСИ близо половината от тях са на възраст 20-35 г., а 75% са със средно и висше образование, т.е. напускат млади и образовани хора. В чужбина емигрират цели семейства заедно с децата си и в страната остават само възрастните хора. Изследвания на програми на ООН в България показват, че младите хора не виждат професионални и образователни възможности за реализация в страната и търсят по-добри икономически и социални перспективи извън нея. Очевидно е, че това ще доведе до сериозни икономически и социални последици за бъдещото развитие на страната.

Емиграцията оказва силен негативен ефект и върху възпроизводството на населението, защото напускат жени в детеродна възраст и така се *понижава потенциала на бъдещата раждаемост за много дълъг период от време – 40-50 години*. Въпреки тенденцията за нарастване на плодовитостта през последните няколко години, дълготрайното снижаване на раждаемостта ще доведе до съществени промени във възрастовата структура на населението. След 2006 г. се

прогнозира, че няма да се осигурява дори просто възпроизводство на трудоспособния потенциал, описано с коефициента на демографско заместване (отношение на населението на възраст 15-19 г. към това на възраст 60-65 г.), което ще даде отражение върху икономическия растеж на страната. Тези процеси са особено силно изразени в селските райони, където от 2004 г. 100 излизащи от трудоспособна възраст лица (на възраст 60-64 г.) се заместват от 80 души на възраст 15-19 г.

Анализът в Националната стратегия за демографско развитие сочи, че промените във възрастовата структура на населението и силното влошаване на възпроизводствените възможности ще *„имат сериозни последици в различни сфери на обществения живот: икономическия растеж, спестяванията и инвестициите, работната сила и заетостта, пенсионната система, здравеопазването и грижите за възрастните, трансферите между отделните поколения, формирането на семействата и жизнените планове и др.“* Намаляват размерът и качеството на трудовите ресурси. Застаряващата работна сила трябва да се справя в условията на динамичен пазар на труда и високо технологично развитие в рамките на ЕС, а това на свой ред поставя въпроса за продължаваща през целия живот квалификация. Предстои нарастването на дела на старите хора (65+ г.) в страната, което ще изправи социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане и здравеопазването пред много сериозни предизвикателства.

Голяма част от мерките за промяна на неблагоприятните демографски тенденции изискват системна национална политика, адекватен национален отговор във всички отрасли, които са заложили в Националната стратегия за демографско развитие 2006 – 2020 г.

Приоритетите на системата на общественото здравеопазване са насочени към подпомагане на националната политика за опазване и подобряване на сексуалното и репродуктивното здраве чрез:

- утвърждаване на здравословно сексуално и репродуктивно поведение и създаване, поддържане и развитие на условия за здравословен поведенчески избор в областта на сексуалното и репродуктивно здраве.
- осигуряване на широк спектър от информационно-образователни и здравно-консултативни услуги и мрежа от структури за опазване и подобряване на сексуалното и репродуктивното здраве.

2.1.6. Психично здраве

През 2007 г. психиатричната помощ в България се осъществява от 12 специализирани болници с общо 2790 легла, 12 психиатрични диспансера с 1480 легла и психиатрични отделения към МБАЛ и ДПБ със 717 легла. Като цяло броят на леглата намалява (от 5555 през 2000 г. на 4035 през 2006 г.),

за сметка предимно на леглата за активно лечение (съответно от 1091 на 995). Броят на леглата за дневен и домашен стационар е относително постоянен.

По данни на СЗО при около 25-30% от първоначалните контакти със здравната мрежа става въпрос за някакво психично страдание. У нас общата психична болестност от 2656.7‰ през 1990 г. се увеличава до 2892.1‰ през 2004 г., след което намалява и през 2006 г. е 2287.7‰. По отношение на така наречените тежки психични разстройства с изразен ефект върху социалното функциониране, разпределението по диагнози на 100 000 души е както следва: лица с умствена изостаналост - 520.2, шизофрения и шизотипни разстройства - 388.2, афективни разстройства - 234.8. Що се отнася до честите психични разстройства, които не водят до драстични нарушения в социалното функциониране, но имат огромна разпространеност, предварителните данни на наскоро завършилото международно сравнително епидемиологично проучване (ЕPIBUL по инициатива на СЗО, септември 2006 г.) на случайно подбрани извадки от населението на възраст над 18 г. дава подробна картина на ситуацията в България. За 1-годишен период в България те достигат до 20% от общата болестност, което е сред най-високите нива в сравнение с останалите 7 европейски участващи страни. Като най-голяма част от тази едногодишна болестност заемат тревожните разстройства - 13.1%, следвани от депресията- 8.5% .

**Табл. 5. Чести психични разстройства (% от общото население над 18 години).
Сравнителна таблица с няколко европейски страни**

| Държава | Тревожно разстройство | Р-во на настроение | Р-во контрол на импулсите | Злоупотреба с вещества | Всички |
|----------|-----------------------|--------------------|---------------------------|------------------------|--------|
| България | 13,1 | 8,5 | - | 1,7 | 19,8 |
| Белгия | 6,9 | 6,2 | 1,0 | 1,2 | 12,0 |
| Германия | 6,2 | 3,6 | 0,3 | 1,1 | 9,1 |
| Италия | 5,8 | 3,8 | 0,3 | 0,1 | 8,2 |
| Испания | 5,9 | 4,9 | 0,5 | 0,3 | 9,2 |
| Украйна | 7,1 | 9,1 | 3,2 | 6,4 | 20,5 |
| Франция | 12,0 | 8,5 | 1,4 | 0,7 | 18,4 |
| Холандия | 8,8 | 6,9 | 1,3 | 3,0 | 14,9 |

Източник: ЕPIBUL 2006

Важно е да се отбележи косвеното значение на болестността от психични разстройства върху ключови аспекти от обществения живот на българина – качество на живота, връзка с общата болестност от соматични заболявания (т.нар. стресово обусловени заболявания), икономически загуби по причина на боледуване от психични разстройства. Независимо, че тежките психични разстройства обхващат относително нисък процент от

общата популация (около 1.5%), загубите в икономическо изражение, които причиняват, са многократно по-големи. Това се дължи на огромния социален ефект, който тези заболявания причиняват в семейството и общността – инвалидизация, ангажиране на социални ресурси, вторичен стрес сред близки и околни поради високата стигматизация. Другата голяма група – на честите психични разстройства, имат също така своето отрицателно въздействие в икономически план поради намалената трудоспособност и честите отсъствия поради съпътстващи заболявания.

Анализът на досегашната практика на предоставяне на психично-здравни услуги показва, че векторът на усилията е насочен предимно към справяне с последиците, отколкото към предотвратяване на появата на психични разстройства. Липсват инвестиции за разработване на програми за ранно откриване на продроми на тежки психични разстройства и установена практика за тяхната профилактика в семейна и работна среда. От друга страна, справянето със стреса на работното място, в общността, семейството и междуличностните отношения е подценено както на държавно ниво, така и на ниво служби за психично здраве.

Разпознаването на психичното здраве като приоритет все още е на формално ниво (за 2006г. липсва финансиране на НППЗ; за 2007г. финансирането е разрешено в последното тримесечие и това затруднява изпълнението на задачите в срок и на необходимото професионално ниво). Липсва специализирана структура към МЗ, която да е отговорна за психиатричното обслужване в страната. Липсва и обратна връзка между изпълнителите на психично-здравни услуги и ангажираните в тази област управленски нива (МЗ не осъществява методична помощ по отношение на извънболничната психиатрична помощ).

Недостатъчната хоризонтална координация на службите на местно и централно равнище обуславя липсата на достатъчно реални действия в тази посока. Използването на неадекватни модели и стратегии за справяне със стреса от страна на населението (отреагиране на стресово напрежение на неподходящо време и място - на пътя, на работното място, в обществения транспорт, злоупотреба с алкохол и субстанции, тютюнопушене, рисково сексуално поведение, домашно насилие, влизане в неформални (престъпни) групи, отказ от обществена активност и т.н.) допринася за задълбочаване на проблемите.

Описаните проблеми могат да бъдат решени чрез:

- ✓ Реално ангажиране на управленските институции в изпълнение на задачите от приетия План за действие към Политиката за психично здраве.
- ✓ Интензифициране на работата на Националния съвет за психично здраве.
- ✓ Създаване на система за мониторинг на дейността на службите за психично здраве в страната. Промяна на нормативните актове в посока на

създаване на условия за непрекъснатост на грижите от стационарното лечение към обслужване в дневни центрове, чрез преформулиране ролята на сега съществуващите дневни стационари в преходни звена (intermediate care units).

✓ Въвеждане на система за обучение за справяне със стреса на работното място и създаване на програми за обучение по проблемите на стреса в училищата и висшите учебни заведения.

✓ Популяризиране на дейността на лечебните заведения, в които се лекуват лица с психични разстройства, както и структурите (дневни центрове, защитени жилища и др.), които предлагат социални услуги за тези лица, осъществяват дейности за преодоляване на стигмата и промяна на нагласите на населението за търсене на помощ, психопрофилактика и психотерапия.

✓ Въвеждане на заплащане на дейностите по психо-социална рехабилитация от страна на НЗОК.

✓ Активна работа в посока усвояването на европейските фондове по линия на МЗ и МТСП за развиване на инфраструктури и технологии за новата, базирана в общността, психиатрия и за обновяване на институционалната материална база и практика.

✓ Разработване от МЗ, в колаборация с ВУЗ и съсловните организации, на програма за подготовката на кадри за работа с тежките психични разстройства в общността.

2.1.7. Самооценка на здравето

Изследванията върху самооценката на здравето, както и анализите им, не дават достатъчно основание за категорични обобщения. Все пак, с голяма вероятност може да се каже, че самооценката е директно свързана с организираността и финансовата обезпеченост на системата за здравно обслужване, със самооценката в други сектори на обществения и личния живот, с достъпността и общоприетите критерии за добро и недобро здраве.

По данни на Национално представително проучване, проведено от социологическа агенция „Алфа Рисърч“ през февруари 2006 г., с обем на извадката 1120 души, моментната самооценка на здравето показва, че най-висок е делът на лицата, оценяващи здравето си като добро- 42%, следват тези с оценка за задоволително здраве-24%.със следните отговори (табл. 6):

Табл. 6. “ Как оценявате вашето здраве към днешния ден?”

| | |
|---|-----|
| Много добро (през изминалата година не съм боледувал/а) | 17% |
| Добро (през изминалата година съм боледувал/а, но леко, преминава за 1-2 дни) | 42% |
| Задоволително (имам хронично заболяване, но не ме тревожи) | 24% |
| Лошо (боледувам често, хроничното ми заболяване ме тревожи) | 11% |

| | |
|--|----|
| Много лошо (често имам нужда от лекарска помощ, не мога сам/а да се справям с битовите си потребности) | 3% |
| Без отговор | 3% |

По данни на национално представително изследване на Агенцията за социални и маркетингови изследвания, икономически и пазарни проучвания и наблюдения, проведено през май 2006 г. върху 20 000 души, като напълно здрави се определят 38.4% от анкетираните, като рядко боледуващи – 36.5%, като често или непрекъснато боледуващи – 23.8%. Най-често посочваните заболявания са сърдечносъдовите (43,1%), костно-ставните (13.8%), ендокринните (10.2%), нервно-психичните (7.9%). Като хронично болни се оценяват 22%, от които 34% са мъже и 66% - жени. Показаната самооценка за хронична болестност по данни на Агенцията е 3 пъти по-висока, отколкото тази в ЕС и 4 пъти по-висока от тази в САЩ.

По данни от национално представително проучване на АСА ООД, проведено сред 1028 лица през май-юни 2006 г.²³, самооценките за субективно здраве се разпределят по начина, показан в табл. 7. Макар и слабо изразена, се наблюдава динамика в самооценките, така както те са регистрирани през 2004 г. от социологическа агенция Факт, върху 1053 души. Тя говори за известно подобрение на субективния здравен статус. Самооценките за много добро здраве за две години са нараснали с около 3 процентни пункта, а крайните самооценки за много лошо здраве са намалели с приблизително същата пропорция.

Табл. 7. “Как оценявате здравето си в момента?”

| Години | 2004 г. | 2006 г. |
|---------------|---------|---------|
| Много добро | 9.3% | 12.6% |
| Добро | 38.8% | 37.7% |
| Задоволително | 32.1% | 34.1% |
| Лошо | 15.7% | 13.0% |
| Много лошо | 4.1% | 2.5% |

В проучването на АСА се отбелязва обаче значителен спад на самооценката за добро здраве на ромското население като от 16,4% през 2004 г., през 2006 г. тя е само 5,9%.

„Субективният” здравен статус варира значително по доходи. Самооценката „много добро” здраве нараства от едва 1,7% за групата с месечен доход до 270 лв. до 20,7% за групата с над 500 лева месечен доход. Налице са и различия по вид населено място, като жителите на София са с най-висока самооценка на здравето си. Тук обаче се преплитат множество фактори (например ниски доходи и висока възраст в селата, наличие на

²³ Михайлов Д., Л. Иванов и др. Мониторинг и оценка на основните показатели по проект Реформа в здравния сектор. АСА ООД, С., 2006.

множество лечебни заведения в София) и затова е трудно да се направи изводът, че в София хората оценяват здравето си като по-добро, само защото живеят в столицата.

2.2. ЗДРАВНО-ПОЛИТИЧЕСКИ ДЕЙНОСТИ

2.2.1. Разходи в здравеопазването

2.2.1.1. Място на здравеопазването в политиката на правителството

Един от основните принципи на българското здравеопазване е този за равния достъп до медицинско обслужване. Ангажираността на правителството за гарантиране на този достъп се изразява в предоставянето на необходимите финансови ресурси, които са законодателно гарантирани от:

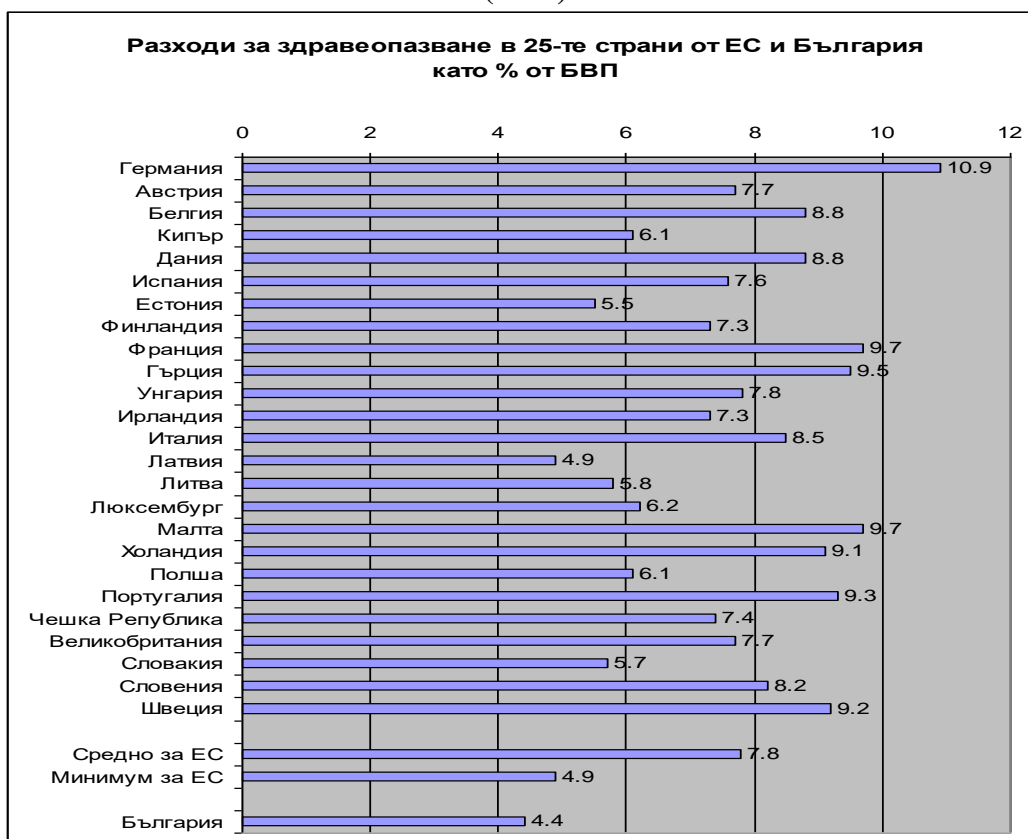
- Закон за здравето: Чл. 2, т. 6 гарантира “държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване здравето на гражданите”. Със закона се регламентира финансирането на национални програми по опазване на общественото здраве от Републиканския бюджет, както и медицински грижи по чл. 82, ал. 1, т. 2.
- Закон за здравното осигуряване: Съгл. чл. 45, ал. 1 от ЗЗО от бюджета на НЗОК се заплащат медицински и дентални дейности за предпазване от заболявания; медицински и дентални дейности за ранно откриване на заболявания; медицински грижи при бременност, раждане и майчинство. Със същия закон (чл. 82, ал. 2) се регламентира и обхвата на доброволното здравно осигуряване – чрез доброволното здравно осигуряване се обезпечават предоставянето на здравни услуги и стоки както извън, така и в обхвата на задължителното здравно осигуряване. На практика, то е заместващо в областта на профилактиката.
- Закон за Държавния бюджет: за периода 2000 – 2007 г. се наблюдава преразпределение на разходните отговорности между преките субсидии от Държавния бюджет и финансирането на дейности от НЗОК.
- Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2007 г.: С чл. 3 се регламентират финансовите ресурси за общественото здравеопазване, които са предвидени в бюджета на НЗОК.

Разходите от Държавния бюджет (ДБ) за “Здравеопазване” като дял от brutния вътрешен продукт (БВП) за периода 1995-2007г. варират в диапазона от 3.0 до 4.8%, като за 2000 г. са 3.7%; 2001 г. – 4.0%; 2002 г. – 4.5%; 2003 г. – 4.8%; за 2004 г. – 4.0% , 2005 г. – 4.2%, 2006 г.– 4.4% и 2007

г. – 4.3 % от БВП. В абсолютен размер средствата нарастват, като за 2007 г. със Закона за ДБ са приети 2 215.6 млн. лева за здравеопазване.

За сравнение, средният дял от БВП, отделян за здравеопазване в останалите страни-членки на ЕС, е 8%. Разходите за здравеопазване на човек са €132 през 2006 г., което е значително под най-ниското ниво в страните от ЕС. Средно в ЕС на човек от населението се отделят €1 710 за здравеопазване, като най-нисък е размерът в Латвия (€440). Следователно в България здравните разходи продължават да бъдат с най-ниски стойности, с което страната ни изостава по този показател и от десетте нови членки на ЕС, които отделят средно 4.8-5% от БВП за обществено здравеопазване (фиг. 14).

Фиг. 14. Разходи за здравеопазване в 25-те страни на ЕС и България като % от БВП (2006)



Източник: Евростат

Размерът на здравните разходи се определя от нивото на икономическо развитие в една страна. Според експерти, всеки 1% нарастване на националния доход води до малко повече от 1% нарастване на средствата, които се заделят за здравната система. Следователно колкото и средства да са предвидени за здравеопазване в една слабо развита страна, те ще бъдат недостатъчни да задоволят здравните потребности на населението. Също така, тези ограничени публични средства не се изразходват ефективно. Те до голяма степен отиват за покриване на

високотехнологично и скъпоструващо лечение, но не са достатъчни за превенция или извършване на интервенции за контрол на заразните заболявания или да посрещнат основните здравни потребности на бедното население.

Ниският размер на разходите за здравеопазване, които се отделят от БВП, води до увеличаване на директните плащания от страна на пациентите в момента на потребяване на дадена здравна услуга. По този начин, когато държавата не е в състояние да осигури необходимите ресурси, единственият изход за здравната система е в неформалните плащания. Това, от своя страна, поставя под въпрос гарантирането на универсален достъп до медицинско обслужване, както и за отговор на нарастващите здравни потребности (Виж „Нерегламентирани плащания”).

В резултат на последователно провежданата политика за преразпределение на разходните отговорности между преките субсидии от Държавния бюджет и финансирането на дейности от НЗОК се постигна съществено реструктуриране на ресурсите и формите на тяхното разпределение. Докато за периода 2000–2002 г. се наблюдава превес на средствата, отделяни от МЗ, то от 2003 г. дялът на финансирането от НЗОК значително нараства и през 2007 г. достига 66% от общите разходи за здравеопазване или 1 464.9 млн. лв. Това е в резултат на 100% финансиране на болничната дейност от НЗОК от 2006 г. досега. (Табл.8).

Прякото участие във финансирането на здравната система на МЗ непрекъснато намалява. Според отчета на МЗ за изпълнение на бюджета за 2006 г. основните политики, които МЗ е финансирало от гласуваната му държавна субсидия, са:

1. Политика в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве (здравен контрол, профилактика на незаразните болести, профилактика и надзор на заразните болести, вторична профилактика и намаляване търсенето на наркотици).
2. Политика в областта на диагностиката и лечението (извънболнична и болнична помощ, диспансери, спешна помощ, трансплантация на органи и тъкани, осигуряване на кръв и кръвни продукти, медикосоциални грижи на деца в неравностойно положение, експертизи за степен на увреждания и трайна неработоспособност, хемодиализа и други медицински услуги).
3. Политика в областта на лекарствата и медицинските изделия (достъпни и качествени лекарства и медицински изделия).

Със средствата от държавната субсидия МЗ финансира дейността на 28 РИОКОЗ и 28 РЦЗ. Освен това то финансира 12 психиатрични болници, 32 домове за медико-социални грижи за деца, 28 центъра за спешна медицинска помощ, 4 Регионални центъра за трансфузионна хематология, 7 Национални центъра и други самостоятелни вторични разпоредители с бюджетни кредити. Част от бюджета на МЗ се разходва за ваксини,

скъпоструващи медикаменти и консумативи, за профилактика на незаразните заболявания и вторичната профилактика по национални програми. Разходите за трансплантации на органи и тъкани и осигуряването на кръв и кръвни продукти също са задължение на МЗ. Дейностите по държавната субсидия включват и експертизите за степен на увреждания и трайна неработоспособност, акушерската помощ за здравно неосигурените жени и др.

МЗ осигурява средства за капиталови разходи за строителство, ремонт и закупуване на апаратура за болниците с доминиращо държавно участие.

При съществуващата нормативна уредба Министерство на здравеопазването определя дейностите, които ще се финансират от здравноосигурителните вноски на гражданите чрез Наредба № 40/2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и Наредба № 39/2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Табл. 8. Консолидиран държавен бюджет за здравеопазване (млн. лева)

| Разходи/години | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| Общи разходи за здравеопазване, в т.ч.: | 977.7 | 1196.0 | 1437.3 | 1697.7 | 1769.1 | 1777.7 | 1 997.4 | 2 215.6 |
| МЗ | 291.9 | 462.0 | 540.0 | 599.6 | 644.6 | 576.4 | 405.5 | 514.4 |
| НЗОК | 126.8 | 428.2 | 585.0 | 775.1 | 881.6 | 982.9 | 1 357.6 | 1 464.9 |
| Общини | 413.8 | 183.2 | 209.5 | 218.8 | 109.2 | 138.8 | 155.2 | 174.7 |
| Други | 145.2 | 122.6 | 102.8 | 104.2 | 133.7 | 79.6 | 79.1 | 61.6 |

Източник: По данни на Министерство на финансите

Личните и споделени осигурителни вноски на гражданите, в размер на 6% от брутната работна заплата като задължително участие в единната солидарна здравноосигурителна система, са вторият основен източник за финансиране на здравеопазването. Те формират основните приходи на НЗОК. Независимо, че се наблюдава повишаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски (през 2006 г. тя достига 99.3% спрямо предвидените със ЗБНЗОК; а през 2007 г. техният размер е 1 185,95 млн. лв. или с 0,01 млн. лв. повече от годишния план и с 38,0 млн. лв. повече спрямо Закона за бюджета за 2007 година), все още значителен брой на лицата, избрали личен лекар, са с прекъснати осигурителни права, по смисъла на чл. 109 на ЗЗО. Влияние върху събираемостта на приходите оказват следните фактори:

✓ Висока зависимост на приходите от демографския профил в страната – отрицателен естествен прираст, нова емиграционна вълна. Застаряването и емиграцията демотивират участието на младите поколения в солидарната система на здравно осигуряване.

✓ Непълен обхват на осигурените – неформална заетост, висок дял на сенчестата икономика.

✓ Икономически профил на страната – отрицателен растеж, фалити в реалния сектор.

Бюджетът на НЗОК се приема ежегодно от Народното събрание със Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК) (Табл 9).

Табл. 9. Бюджет на НЗОК от 1999 до 2007 г. (в хил. лева)

| Показатели/Години | | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-------------------|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|----------------|
| | | отчет | отчет | отчет | отчет | отчет | отчет | отчет | отчет | отчет |
| I. | ОБЩО ПРИХОДИ | 190.8 | 549.2 | 613.7 | 653.6 | 748.9 | 883 | 971.7 | 1 066 | 1 211.3 |
| | в т.ч. от здравноосиг. вноски | | | | | | | | 1 032 | 1 185.95 |
| II. | ОБЩО РАЗХОДИ | 93 | 127 | 428 | 585 | 775 | 882 | 1 069 | 1 358 | 1 495.2 |
| 1. | Текущи разходи | 15 | 111 | 424 | 584 | 777 | 879 | 1 067 | 1 249 | 1 494 |
| 1.1. | Административни разходи | 15 | 13 | 20 | 20 | 22 | 25 | 27 | 29 | 31 |
| 1.2. | Здравноосигурителни плащания | - | 97 | 404 | 565 | 755 | 853 | 1 040 | 1 219 | 1 462.8 |
| | ПИМП | | 33 | 86 | 97 | 103 | 97 | 97 | 111 | 113.9 |
| | СИМП | | 12 | 57 | 73 | 83 | 94 | 108 | 111 | 123.8 |
| | Дентална помощ | | 14 | 38 | 25 | 46 | 46 | 51 | 60 | 69.3 |
| | Медико-диагн. дейност | | 5 | 29 | 38 | 39 | 43 | 48 | 52 | 51.2 |
| | Лекарствени продукти | | 34 | 182 | 239 | 271 | 246 | 245 | 270 | 282.1 |
| | БМП | | - | 11 | 93 | 213 | 328 | 491 | 614 | 822.2 |
| | Други | | - | - | - | - | - | - | - | 6 |
| 2. | Капиталови разходи | 78 | 16 | 4 | 0.7 | - 2 | 3 | 2 | 5 | 1.5 |
| 3. | Резерв | - | - | - | - | - | - | - | 104 | - |

Източник: НЗОК, Отчети за касовото изпълнение на бюджета

Недостигът на публични финансови средства за здравеопазване е една от причините да се счита, че решение може да се намери като финансирането на здравните услуги се прехвърли предимно на частния сектор чрез използване на системата за заплащане „такса за услуга”. Опитът на развитите страни, обаче, показва, че една такава тенденция ще доведе до ескалация на здравните разходи, както и до ограничаване на достъпа до необходимата медицинска помощ за значителна част от населението поради невъзможност да заплати директно за получаване на здравни услуги. Следователно, политическият контрол върху разходите трябва да се запази и в бъдеще. Освен това, чрез въвеждане на подходящи фискални инструменти и стимули е необходимо здравноосигурителната схема да обхване и работещите в „сивия” сектор на икономиката. Понастоящем тази

група от населението заплаща директно оказаните здравни услуги и при необходимост от по-високи разходи за лечение е налице риск от невъзможност да плати. Включването ѝ в здравноосигурителната схема ще доведе от една страна, до нарастване на финансовия ресурс, а от друга – до подобряване на достъпа до медицинското обслужване като цяло.

Наличната информация позволява да се отчетат постигнатите резултати и сравнително ясно да се дефинират основните проблемни области в системата на макроравнище по отношение на финансирането, по-характерните от които са:

- ✓ Недостатъчно публично финансиране, което представлява основна бариера и на практика не може да се осигури добър достъп на всеки до необходимата медицинска помощ, както и да се отговори на здравните потребности на населението.

- ✓ Съществува диспропорция в нивото на заплащане на заетите в болничната помощ, в сравнение със заетите в извънболничната помощ и другите бюджетни дейности, както и спрямо равнището на възнагражденията на заетите в отраслите на материалния сектор на икономиката.

- ✓ Недостатъчни стимули за разпределяне на финансов ресурс за профилактика на болестите и промоция на здравето.

- ✓ Не е изградена интегрирана система на национални здравни сметки.

- ✓ Недостатъчно ефективна е системата на взаимодействие между основните финансиращи институции – МЗ и НЗОК и липсва задълбочена оценка на потребностите и необходимото им финансово обезпечаване.

- ✓ Комуникацията и междусекторното сътрудничество не са достатъчно ефективни.

- ✓ Ролята на доброволното здравно осигуряване във финансирането на здравните услуги е незначителна.

Най-лесният начин да се преодолеят ограниченията в достъпа до здравни услуги е чрез значително увеличаване на финансирането за здравеопазване спрямо предходните години както като процент от БВП, така и като размер на здравноосигурителната вноска, за чието нарастване обаче, трябва да се вземе под внимание какво ще бъде общото данъчно бреме върху заплатите, създавано от здравноосигурителните вноски, пенсионното осигуряване, осигуряването срещу безработица.

Но дори и тези мерки няма да доведат до желанния ефект, ако не се извършат промени в сектора, като например подобряване на управлението на системата, които да доведат до ефективно изразходване на средствата. Освен това, необходимо е да се засили ролята на тези звена на ниво „общност“, където се извършва самият процес на предоставяне на здравни услуги и които са най-близко до потребителите като техен първи контакт със системата. Понастоящем у нас това са практиките на общопрактикуващите лекари или медицинските центрове в по-малките

населени места. Повишаването на тяхната роля изисква осигуряване на обучен персонал (лекари, медицински сестри), на необходимите медикаменти, на транспорт. Независимо, че водещ в тези звена е лекарят-специалист, основна роля в предоставянето на здравни услуги има медицинската сестра или акушерката. Част от процеса е обучението на обслужваното население в необходимостта от профилактика и извършване на определени интервенции за превенция на заболяванията. Целта е повишаване на здравната култура и подобряване на комуникацията с потребителите. Без доверие в тази система е невъзможно да се постигне универсален достъп за цялото население до медицинско обслужване.

Съществуват определени ограничения, които затрудняват изграждането на здравна система, близка до потребителя, и разработването на ефективна здравна политика. Тези ограничения биха могли да бъдат анализирани на 5 нива²⁴: общност или домакинство, предоставяне на здравни услуги, разработване на здравна политика, междусекторно сътрудничество, външна средата.

Докато при първите две нива решаването на проблемите би могло да се постигне с увеличаване на финансирането, то за отстраняване на ограниченията на другите нива усилията трябва да бъдат насочени предимно към подобряване на управлението, междусекторното сътрудничество и ефективността на дейността на всяка една институция, а не толкова към нарастване на финансовите средства. Тези положения са в основата на разработването на ефективна и действаща здравна политика.

Други насоки за решаване на проблемите в областта на финансирането на здравната ни система могат да бъдат:

✓ Идентифициране на приоритетните области в здравеопазването и разработване на финансови стратегии, насочени към изпълнение на тези приоритети.

✓ Преработване на основния пакет от здравни услуги, които да бъдат достъпни за цялото население и да бъдат финансирани с публични средства. Задълбочен анализ на финансовите възможности на НЗОК би подпомогнал тази преработка. Така би се коригирал дисбалансът между обемния пакет и ограничения бюджет, което води до ниски „цени на касата“ и създава условия за нерегламентирани плащания. От друга страна, такова „ограничаване“ на основния пакет ще отвори пазар за включване на частните здравноосигурителни фондове и ще подпомогне разпределянето на финансовата тежест между повече купувачи на здравни услуги.

²⁴ *Macroeconomics and Health, 2001, стр. 70*

✓ Разработване, утвърждаване и използване на индикатори за оценка на ефективността на изразходване на финансовите средства за различните здравни интервенции.

✓ Въвеждане на системата на национални здравни сметки за по-добра отчетност и контрол на разходите за здравеопазване в нашата страна (Виж „Национални здравни сметки“).

✓ Максимално използване на структурните фондове на ЕС в областта на здравеопазването чрез разработване и представяне на подходящи проекти.

✓ Създаване на условия за разширяване на участието на неправителствените организации в дейностите по реализиране на здравната политика.

✓ В бюджета за здравеопазване да се предвидят средства за развитие на научните изследвания.

✓ Стимулиране и развитие на системата на доброволните здравноосигурителни фондове чрез извършване на съответните законодателни промени и въвеждане на данъчни облекчения върху вноските за доброволно здравно осигуряване на физическите лица и работодателите.

✓ Преструктуриране на болничната мрежа чрез оптимизиране на лечебните структури, концентрация и пребазиране на отделения и клиники, както и функционално, организационно и правно преобразуване на някои болнични структури.

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

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

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

✓ Разработване и регламентиране на обучителни програми в областта на болничното управление, икономическите анализи, маркетинга и информационното осигуряване.

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

2.2.1.2. Национални здравни сметки

Развитието на технологиите, демографските промени, променящите се модели на болестност и смъртност, както и бързото увеличаване на заболяемостта от СПИН през последните години, изискват не само ефективно използване на наличните ресурси, но и тяхното нарастване. Както в други страни, така и у нас предоставянето на здравни услуги се осъществява от сложна и непрекъснато променяща се комбинация между държавни и частни лечебни заведения. В една такава среда вземащите решения се нуждаят от надеждна информация на национално ниво за източниците на финансиране, размера на финансовите ресурси за здравеопазване, с помощта на която да се анализира доколко ефективно функционира здравната система.

Това може да се постигне с изграждането на система от национални здравни сметки. Чрез нея се описва използването на ресурсите, може да се представи и тенденцията на здравните разходи, което е от значение за тяхната оценка и контрол. Националните здравни сметки (НЗС) също могат да се използват за разработване на финансови прогнози, както и за сравнение с други страни. Освен това, НЗО позволяват да се види приноса на външните ресурси за развитието на здравния сектор, да се контролира използваемостта на ресурсите в различните програми като Стратегията за намаляване на бедността и постигането на Целите на хилядолетието.

НЗС са разработени по такъв начин, че да дадат отговор на въпроса доколко успешно се развива една здравна система на дадена страна и какви са пътищата за подобряване.

НЗС представляват група от таблици, които показват различни аспекти на националните здравни разходи²⁵. Това, което ги разграничава от другите форми на представяне на разходите, е:

- ✓ Точна класификация на видовете здравни разходи;
- ✓ Отчетност на всичко, което е изразходвано за здравеопазване;
- ✓ Прецизен метод за събиране, категоризиране и оценка на всички парични потоци, насочени към здравеопазването;
- ✓ Структура, предоставяща информация за непрекъснати анализи, които да са основа при разработването на здравната политика.

Ако е разработена както трябва, системата на НЗС може да допълва други системи за отчитане на дейности и по този начин да се създаде една завършена картина на здравеопазването. НЗС позволяват също така да се анализира ролята на правителството, индустрията, домакинствата и всички други организации и институции, които купуват и потребяват здравни услуги. По този начин чрез тях може да се намери връзката между финансирането и резултата от предоставените здравни услуги.

²⁵ WHO (2007) Guide to National Health Accounts

Правителството и всички участници в здравеопазването могат да използват системата от НЗС за отговор на следните въпроси, което е от значение при разработване на здравната политика²⁶:

1. Как се управляват ресурсите, заделени за здравеопазване? – НЗС са основа за оценка на достатъчността на финансовите средства, насочени към здравната сфера, както и за разработване на стратегии за тяхното нарастване.

2. Кой плаща и колко се плаща за здравеопазване? – чрез системата на НЗС се дава информация за източниците на финансиране и колко голяма е финансовата тежест, която може да се използва за създаването на съответната финансова защита за уязвимите групи от населението.

3. Кой предоставя здравни услуги и с какви ресурси? – отговорът на този въпрос позволява анализ на разпределението на финансовите ресурси между различните изпълнители на медицинска помощ.

4. По какъв начин финансовите ресурси се разпределят между различните видове здравни услуги, интервенции и дейности? – НЗС показват какво се произвежда и на каква цена. Това позволява да се определят здравните приоритети и да се види доколко заделените финансови ресурси са свързани с тези приоритети.

5. За кого са ползите от извършените здравни разходи? – анализът по различни възрастови групи, пол, доход, географски райони, здравен статус позволява да се извърши оценка на справедливостта на разпределение на финансовите ресурси.

Следователно, НЗС представляват систематичен, изчерпателен и последователен метод за контрол на финансовите потоци в здравеопазването. Те са инструмент, създаден да предоставя необходимата информация за оценка на здравната система, разработване на здравната политика, както и са основа за конструктивен диалог между всички участници. Въвеждането на НЗС в България ще доведе до повишаване на отчетността и контрола върху здравните разходи и за подобряване на планирането и прозрачността.

В съответствие с основните принципи и стратегия за международно сътрудничество в областта на статистиката на здравеопазването, през 2006 година Организацията за икономическо сътрудничество и развитие, Световната здравна организация и Евростат започнаха съвместно събиране на информация по системата на здравни сметки.

Задачата за подготовка на данни по системата на здравни сметки се определя като приоритет в европейската статистическа система в областта на статистиката на здравеопазването. В процедура на одобрение в Европейския парламент и Европейската комисия е и Регламент за статистиката на здравеопазването.

²⁶ OECD (2000). A System of Health Accounts

Разработването на статистическата система на здравни сметки е включено в проекта на Националната програма за статистически изследвания на НСИ за 2008 година.

Системата на здравни сметки (СЗС) се разработва в съответствие с Международните класификации на здравните сметки – ИСНА: Класификация на финансовите източници, Класификация на функциите и Класификация на изпълнителите на персонални и колективни здравни услуги. Приложението на тази статистическа система има за цел да се оценят всички разходи за здравеопазване – както публичните, така и разходите на домакинствата, на нетърговските организации - фондации, сдружения, на частните здравноосигурителни фондове, на международни организации.

Приложението на статистическите класификации и методологическите принципи на СЗС изисква детайлно отчитане на разходите на финансиращите източници.

Работата по СЗС е определена като основен приоритет за периода 2008-2012 година съгласно Решение на Европейския парламент и на Съвета за статистическата програма на Общността за периода 2008-2012 – глава XIII, Статистика на общественото здравеопазване и в съответствие с програмата за работа на Евростат.

Работата по системата на здравни сметки от 2006 г. е организирана като регулярно събиране на данни от всички страни членки, като се изпраща официално писмо до ръководителите на статистическите институции от името на Евростат и до министрите на здравеопазването от името на СЗО. През 2007 г. освен писмото за предоставяне на данните, е изпратено и писмо за участие в работата по ревизиране на методологията. За успешното внедряване на системата на здравни сметки от решаващо значение е ефективното междуинституционално взаимодействие, чийто основи се изграждат от началото на събирането на данни по СЗС.

За попълване на крос класификационните таблици по СЗС в НСИ, в звено “Статистика на здравеопазването” се следват следните методологически етапи²⁷:

- ✓ Класифициране на изпълнителите на медицински услуги и функциите им в съответствие с Класификация на функциите и Класификация на изпълнителите на персонални и колективни медицински услуги на СЗС;
- ✓ Оценка на границите на здравния сектор и на сектора на социалните услуги, оказвани от заведенията за социални грижи – възможни методи за оценка на здравните разходи в тези заведения;
- ✓ Оценка на здравния сектор и разходите на социално-осигурителните фондове – НОИ за здравни услуги;

²⁷ НСИ, звено „Статистика на здравеопазването”

- ✓ Оценка на разходите на сектор “домакинства” класифицирани по Класификация на функциите и Класификация на изпълнителите на персонални и колективни медицински услуги на СЗС;
- ✓ Оценка на обхвата на сектори: нетърговски организации, обслужващи домакинствата, предприятия и “Останал свят” (The Rest of the World);
- ✓ Оценява се и използването и приложимостта на множество източници на данни, съпоставимостта на данните и тяхната достоверност, верифициране на данните по основните класификационни разрези в съпоставка с данните на национални сметки.

2.2.1.3. Нерегламентирани плащания

Един от основните проблеми в здравната ни система през последните няколко години е свързан с нерегламентираните плащания, които не само нарушават основните принципи и ценности на съвременното българско общество, но и увеличават социалното бреме за населението. Според проучване на УНСС²⁸ (Делчева, Е. и кол.), проведено през 2006 г., личните разходи за здравни грижи, вкл. директните плащания, възлизат на около 1,500 млн. лв, като в тази сума са включени и разглежданите нерегламентирани плащания от пациентите²⁹. Следователно, значителна част от насочения към здравеопазването финансов ресурс не може да бъде обхванат от официалната статистика и не позволява да се определят с по-голяма точност действителните здравни разходи.

Според експерти, нерегламентираните плащания са разпространени предимно в страни, в които % от БВП за здравеопазване е нисък³⁰. Тези плащания се извършват в момента на оказване на здравната услуга и причините за тяхното възникване могат да се обобщят в следното: гарантиране на добро обслужване и внимание, излизане от листа на чакащите, осигуряване на определена привилегированост на пациента. Независимо, че се отбелязва намаляване на ръста на нерегламентираните плащания спрямо 1997 г. (34% от домакинствата признават за заплащане за здравни услуги извън регламентираните такси срещу 24% за 2001 г.), те все още са сериозен проблем за нашата страна.

Основен показател за анализ на директния пазар е относителният дял и динамиката на **частните здравни разходи** и в т.ч. **потребителските разходи** за здравеопазване. По оценки на СЗО този дял непрекъснато нараства в годините на преход и реформи. В Световния доклад за здравето (2005 г.) частните разходи за здраве (от които 98.4% са потребителските разходи) в България за 2002 г. се оценяват на 46.6% (при 32.1% през 1998г.), като действителната им тежест е по-голяма с отчитане на икономиката в

²⁸ Делчева Е. и кол., (2000). “Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера”, /колективна монография/, Университетско издателство “Стопанство”, София, 196 стр.

²⁹ Делчева Евг. и кол. (2007). Пазарна трансформация на социално-културната сфера, Университетско издателство “Стопанство”, София, (под печат).

³⁰ WHO. (2007). Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and central Asia.

сянка³¹. По преценка на експерти в нашата страна, регламентираните и нерегламентираните разходи надхвърлят 50% от общите разходи в последните години, което ни приближава повече до страните от третия свят и Турция.

Задълбочаването на проблема с нерегламентираните плащания доведе до извършване на редица социологически проучвания за степента на тяхното разпространение. Според проучване на Витоша Рисърч съществува двукратно увеличение на дела на гражданите, които посочват здравеопазването като сферата с най-висок дял на корупция: от 20% през 2002 г. до 40% през 2007 г. По този показател здравният сектор се нарежда на трето място след митниците и съдебната система.

Табл. 10. Къде в България корупцията е най-разпространена?
(Посочилите съответната институция в %)

| Институция/години | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2007 |
|---------------------|------|------|------|------|------|
| В митниците | 30,4 | 49,5 | 50,9 | 52,6 | 63,1 |
| В правосъдието | 28,5 | 42,0 | 40,8 | 43,0 | 49,8 |
| В здравеопазването | 20,6 | 27,8 | 35,2 | 35,1 | 39,6 |
| В системата на МВР | 19,9 | 33,9 | 33,8 | 32,3 | 39,4 |
| В политическия елит | 30,3 | 26,1 | 16,9 | 16,4 | 33,0 |

Източник: ЦИД, Витоша Рисърч

Според последните проучвания на международната организация “Трансперънси интернешънъл” 43% от населението счита, че в цялата система на здравеопазване има корупция. Друго проучване за обществената нагласа към корупцията в здравеопазването е проведено от Агенцията за социално-икономически анализи с експертно-консултативното участие на Националния център за опазване на общественото здраве³². Според него възприятията на хората за наличие на „голяма корупция” в здравеопазването (49.8%) са значително по-ниски, отколкото за политиката и съдебната система (съответно 72.6% и 71.4%), но са доста по-високи от тези за образованието (36.3%). През периода 2004-2006 г. е налице ръст на тези възприятия за здравеопазването с 6.8 процентни пункта. Наличието на голяма корупция е особено характерно за преминалите болнично лечение лица (74.4%, 2006 г.).

Същото проучване показва, че когато става въпрос за конкретните действащи лица в системата на здравеопазване обаче, нагласите за очаквана корупция са значително по-умерени. Най-слабо изявени са те по отношение на общопрактикуващите лекари (ОПЛ), където едва 9.9% от гражданите считат, че има „голяма” корупция. Лекарите от специализираната

³¹ Делчева Евг. и кол. (2007). Пазарна трансформация на социално-културната сфера, Университетско издателство “Стопанство”, София, (под печат).

³² Бенчев, Б., Б. Тулевски. (2006). Система за оценка на ефективността на антикорупционните мерки в здравеопазването.

извънболнична помощ (СИП) заемат средно място с 19.5% подобни оценки. Най-силни са корупционните очаквания в болничната помощ (БП): с 47.9% - при извършване на операция, 39.5% - при раждане и 28.9% - при ежедневното обслужване на хоспитализираните болни²⁷.

Това е напълно основателно, тъй като сегашната система на финансиране, основана на клинични пътеки, е основен източник на корупционни рискове и практики. Проблемът е в определените цени на клиничните пътеки. Плащанията по много от тях не покриват реалните болнични разходи и не мотивират ефективното използване на ресурсите. Това води и до неадекватно заплащане на медицинския персонал в болниците. През последните години разликата между заплатите в доболничния и болничния сектор е значителна. Затова голяма част от болничните мениджъри правят компромиси с професионалната етика, като си затварят очите пред плащания от страна на пациентите или работата на лекарите в собствените им частни кабинети³³.

Освен пациентите, лекарите също признават за наличието на нерегламентирани плащания предимно за помощ при раждане (71%), за извършване на операции (69%) и покана за дарения при постъпване в болница (54.5%).

Най-често разпространените нерегламентирани плащания се изравяват в³⁴:

- ✓ даване на подаръци;
- ✓ плащане на определена сума за операция, раждане и извършено друго лечение, извън официално регламентираните такси (широко разпространено е виждането, че ако тази сума не предхожда лечението, тя може да се приеме като благодарност, а не подкуп);
- ✓ закупуване на медицински консумативи (превързочни материали, спринцовки, катетри, шини и др.) по време на самото болнично лечение;
- ✓ закупуване на лекарства, предписани от лекуващия лекар;
- ✓ заплащане на определена сума при оказване на грижи (хранене, обличане, тоалет и др.) по време на болничен престой;
- ✓ официално дарение при постъпване в болница;
- ✓ доплащане на прегледа извън потребителската такса;
- ✓ заплащане на определена сума за изписване на определено лекарство;
- ✓ заплащане на определена сума за получаване на направление за консултация/изследване;
- ✓ настояване пациентът да купи предписаното лекарство от точно определена аптека;
- ✓ насочване на пациента за извършване на дадена медицинска услуга към точно посочен специалист;

³³ Пашев, К., ЦИД. (2007). Корупцията в здравеопазването.

³⁴ Бенчев, Б., Б. Тулевски. (2006). Система за оценка на ефективността на антикорупционните мерки в здравеопазването.

✓ лекарите получават определена сума (комисионна) или подарък от дистрибутори на лекарства, за да предписват тези лекарства от дадена фармацевтична компания;

✓ заплащане за издаване на документ с невярно съдържание (болничен лист, протокол от лекарска комисия, свидетелство за водач на МПС и др.).

Тези нерегламентирани плащания се извършват предимно на ниво изпълнители на медицинска помощ. Друг начин е насочването на пациента към собствени частни кабинети, които самите лекари от болниците притежават като специалисти в извънболничната помощ. Тези практики не противоречат на закона, а по-скоро се разглеждат като начин за компенсиране на доходите.

Освен посочените корупционни елементи на ниво изпълнител на медицинска помощ, обаче, корупцията може да засегне и горните етажи на управление на здравеопазването (например, при одобряване на позитивните списъци на лекарствата за реимбурсиране от НЗОК и централизираните обществени поръчки на лекарства и медикаменти).

Изнесените данни от социологическите проучвания показват, че обществото е особено чувствително към проблемите в здравеопазването, особено когато се отнася до корупция, която води до оскъпяване на здравните услуги за пациентите. Следователно, потребителите на тези услуги не са почувствали предимствата на провежданата вече 17 години здравна реформа, след като голяма част от тях считат, че достъпът до медицинско обслужване е ограничен, а друга част не са доволни от нивото на това обслужване.

Освен на микроикономическо ниво, корупционните практики имат негативно отражение и на макроикономическо ниво. Според експерти, наличието на корупция води до значително намаляване на икономическия ръст на БВП, до разпиляване на публични и частни ресурси и до неефективност на национално равнище. Негативният ефект се изразява в загуби за семейния бюджет на всяко домакинство, недобрите условия на работа в по-голяма част от болниците, лошото медицинско обслужване, нарушаване на правата на пациента и т.н.

2.2.2. Преодоляване на неравенствата в здравеопазването

Равният достъп до медицинска помощ, заедно със солидарността в действията, са основополагащи елементи в политиката на СЗО и на всяка държава-членка. Повишената чувствителност към социалните детерминанти на здравето определя специалното внимание, което се отделя на лицата от уязвимите групи – етнически малцинства и хора с увреждания.

Отличителни белези на здравния статус на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства, са по-високата заболяемост и смъртност, както и по-ниската продължителност на

живота. Основно това касае ромската етническа общност. Основните причини за влошения здравен статус на лицата, принадлежащи към етническите малцинствени общности, са *бедността и нездравословният начин на живот*. Бедността сред лицата от ромската и турската етническа общност е съответно 11 и 3 пъти по-разпространена, отколкото сред българите.

Достъпът до медицинска помощ за лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, е ограничен значително и от обстоятелството, че общопрактикуващите лекари не познават и не се съобразяват в необходимата степен с етно-културните особености на тези общности.

Нездравословният начин на живот на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, е свързан с висока честота на основни рискови за здравето фактори, като непълноценно хранене, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотични вещества и др.

Освен това преобладаващата част от лицата, принадлежащи към етническите малцинства, живеят на територии с неизградена инфраструктура, с липса на водоснабдяване и канализация. Това обуславя и високата честота на някои инфекциозни заболявания в тези общности, вкл. и тяхно епидемично разпространение. Заедно с това обхватът на децата от тези общности с плановите имунизации, провеждани у нас, е по-нисък от необходимото.

Една от основните задачи в тази област е прилагането на *защитни мрежи* със съответното им адекватно финансиране по отношение на лицата, принадлежащи към етнически малцинства, утвърждаване длъжността на здравния медиатор като координираща фигура между здравните институции и малцинствените групи и общности.

Заедно с това, за бъде осигурен равен достъп до здравни услуги на тези лица, трябва да бъдат успешно изпълнени следните по-важни задачи:

- ✓ Доближаване на практиките за първична и специализирана помощ до кварталите, населени предимно с български граждани от ромски и турски произход.

- ✓ Включване в учебните програми на медицинските университети и колежите на специализирани модули за изграждане на специфични умения за работа с лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства.

- ✓ Придобиване на необходимите знания и умения, както и изграждане на мотивация сред общопрактикуващите лекари и медицинските сестри за работа с пациенти, принадлежащи към етническите малцинства, както и запознаване с техните етно-културни особености.

✓ Повишаване информираността на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, относно техните права като пациенти и за видовете медицински услуги, които са им гарантирани безплатно.

Статистическите данни за броя на хората с увреждания у нас са противоречиви и неточни. Според резултатите от последното преброяване на населението през 2001 г., хората с увреждания с намалена работоспособност над 50% в страната са 265 353 души - от тях 92% в трудоспособна възраст (НСИ).

Според статистическите данни на НОИ, общият брой на хората с увреждания е поне 400 000 души, като се имат предвид и децата с трайни увреждания (около 30 000 по експертна оценка).

Нервните и психични заболявания имат най-голямо относително значение сред хората с увреждания (1/4 от случаите). На второ място по значение са сърдечносъдовите заболявания, следват ревматологичните, онкологичните и други прогресиращи заболявания.

Дейностите, извършвани от всички сектори, трябва да включват гаранции и стимули за равнопоставеност на хората с увреждания, за ефективно упражняване на правото им на независим живот и социално включване. Това предполага адаптиране на заобикалящата ги среда, осигуряване на комплексна медицинска и социална рехабилитация, както и на висококачествени медицински изделия и технически помощни средства и т.н.

В тези насоки е необходимо да се осъществят следните дейности:

✓ Извършване на законодателни промени в системата за медицинска експертиза на работоспособността в съответствие с европейските норми и практика.

✓ Създаване на необходимите правни и други условия за адаптиране на битовата, околната и институционална среда (вкл. лечебните и здравни заведения) към нуждите на хората с увреждания.

✓ Промяна на модела на грижа за деца с увреждания от настаняването им в специализирани институции към грижи в семейна среда.

✓ Осигуряване на комплексна медицинска и социална рехабилитация, медицински изделия и технически помощни средства (ТПС).

✓ Проектиране и изграждане на система за непрекъснато наблюдение на броя, структурата и социално-икономическите характеристики на хората с трайни увреждания на базата на съществуващите системи в НОИ, НЦЗИ и др.

✓ Изграждане на социални центрове от интердисциплинарни екипи – лекари, педагози, психолози, социални работници, юристи и други

специалисти за социална, семейна и трудова консултация на хората с увреждания.

✓ Включване от страна на НЗОК, НОИ и др. в осигурителните фондове (социални и здравни) на дейностите по медицинска рехабилитация на хора с увреждания към осигурените, респективно платени от тях здравни и социални услуги.

✓ Насърчаване въвеждането на нови технологии в производството и снабдяването с медицински изделия и индивидуални технически помощни средства (ТПС) чрез данъчни, митнически и други преференции.

✓ Реално прилагане на осигурителния принцип при обезпечаването на хората с увреждания с медицински изделия и ТПС.

✓ Определяне на сроковете и стъпките за изравняване на националните с европейските стандарти в областта на медицинските изделия и ТПС.

✓ Осигуряване нови видове медицински изделия и ТПС за хората с увреждания, отговарящи на съвременното технологично развитие (вкл. компютъризирани системи и съоръжения).

2.2.2.1. Мобилни практики и практики в места с неблагоприятни условия

За осигуряване медицинското обслужване на населението в малки, отдалечени и по-трудно достъпни населени места, в Националния рамков договор (НРД) са заложили клаузи, регламентирани допълнително заплащане при разкриване центрове на практики от първичната помощ в населени места с неблагоприятни условия.

По данни на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) през 2006 г. в населени места с неблагоприятни условия са регистрирани 1 162 първични практики, при гласуван бюджет от 2 400 хил. лв. Средномесечно касата е разходвала приблизително 230 000 лв., което представлява среден допълнителен доход за практика от 198 лв.

Според НРД от 2000 г. досега директорите на регионалните здравноосигурителни каси са задължени при наличие на незаета повече от 6 месеца първична практика да направят служебен избор за задължително здравноосигурените лица (ЗЗОЛ), които не са осъществили правото си на избор на общопрактикуващ лекар (ОПЛ), като ги включат „служебно” в регистъра на изпълнител на първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП). По силата на тази разпоредба, НЗОК отчита, че всички ЗЗОЛ са регистрирани при ОПЛ, т.е. покритието теоретично е осъществено на 100%. НЗОК не генерира информация относно брой населени места без стационарирана в тях практика за ПИМП.

Въпреки отчетеното от НЗОК пълно покритие на ЗЗОЛ с ПИМП, е известно, че има населени места, посещавани от общопрактикуващия лекар (ОПЛ) или наето от него лице (мед. сестра или фелдшер) един-два пъти седмично. Капитационният принцип на заплащане в ПИМП, който за сега е

единствения прогнозируем източник на средства за издръжка на практиките, очевидно оказва ограничаващо въздействие в населени места с малък брой жители. Ниските приходи от капитация не винаги покриват разходите по издръжката. Инициативи на местните структури на управление биха могли да стимулират разкриването на практики и да улеснят достъпа до медицинска помощ в такива населени места.

Изискванията за разкриване на подвижните структури в амбулаторната помощ са регламентирани с Наредба №19 на МЗ/1999 г., доп. 2005 г. Целта на този вид структури е подобряване на достъпа на групи от ЗЗОЛ, живеещи в отдалечени от общинските центрове населени места до специализирана медицинска и първична и специализирана дентална помощ. В НРД 2006 са фиксирани условията и реда за сключване на договори с подвижните зъболекарски практики.

От 2006 г. НЗОК не извършва плащания към изпълнители на амбулаторна помощ, разкрили подвижни структури. Не е известно до каква степен това се дължи на липса на желание у изпълнителите или на преценката на купувача на здравни услуги (Националната каса), че покритието отговаря на нуждите на населението и финансирането на допълнителни структури не е необходимо.

Редно е да се спомене, че подвижни медицински структури съществуват в редица страни с по-особени географски характеристики, затрудняващи достъпа до медицинска помощ. Те са доказали своята ефективност и целево се субсидират от държавата, неправителствени организации, вкл. и със средства от ЕС.

Стимулиране развитието (вкл. и финансово) на този вид медицински структури у нас би увеличило предимно достъпа до специализирани услуги на ЗЗОЛ (напр. специализирани или диспансерни прегледи; провеждане на рехабилитационни процедури и т.н.) в населени места, отдалечени от административните центрове.

3. ИНВЕСТИРАНЕ ЗА ЗДРАВЕ

3.1. РОЛЯ НА ПРАВИТЕЛСТВОТО

3.1.1. Управление на здравната система

Здравната политика на съвременната държава е насочена към изпълнение на една от най-важните ѝ задачи – опазване и укрепване здравето на населението. Законодателните инициативи на Народното събрание се претворяват в действия от изпълнителния орган Министерството на здравеопазването и неговите структури. Общественото здраве, в неговите многофакторни измерения, е в основните прерогативи на

министерството. Целта е създаване на такива рамкови условия, които гарантират възможността на населението да живее здравословно.

Решаването на проблемите на здравеопазването в Р. България протече през последните години в условия на подготовка за присъединяването на страната към Европейския съюз, процес, който формално приключи на 1 януари 2007 г. Здравната ни система е изправена пред нелеката задача да синхронизира своите нормативни актове с европейските и да направи елементите на системата – медицинско образование и следдипломна квалификация, спешна помощ, извънболнична и болнична помощ, съизмерими със системите на другите европейски страни. Правата на пациентите, като граждани не само на Р. България, но и като граждани на Европа, са в центъра на вниманието на правителството.

3.1.1.1. Органи на управление

С оглед оптимизиране на работата на Министерството на здравеопазването са извършени структурни промени. Към настоящия момент дирекциите са структурирани в две групи – Обща администрация и Специализирана администрация. Към първата се отнасят Дирекции Бюджет и счетоводство, Канцелария и управление на човешките ресурси, Връзки с обществеността и протокол, Правна, Административни дейности и управление при кризи. Групата на Специализираната администрация включва Дирекциите Национална здравна политика, Медицински дейности, Обществено здравеопазване, Превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и ППИ, Управление на проекти и програми, Европейски въпроси и международно сътрудничество, Инвестиционна политика, Специализиран медицински надзор, Наркотични вещества и Електронно здравеопазване.

Както е отразено в действащата *Харта на клиента*, мисията на Министерство на здравеопазването е да обслужва обществения интерес ефективно и ефикасно, при максимален резултат и качество на обслужването, с минимален разход на финансови и човешки ресурси.

Влезният в сила от 1 януари 2005 г. *Закон за здравето* урежда обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите. Той постулира най-важните моменти от приетите в края на 90-те години закони, свързани с реформата.

Националната система за здравеопазване включва лечебните заведения по Закона за лечебните заведения, здравните заведения по Закона за здравето и Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина, както и държавните, общинските и обществените органи и институции за организация, управление и контрол на дейностите по опазване и укрепване на здравето.

Органи на управлението на националната система за здравеопазване в страната, според Закона за здравето, са Министърът на здравеопазването (МЗ), Висшият медицински съвет, Регионалните центрове по

здравеопазването (РЦЗ), Регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ). Структурите, функциите и йерархичните взаимоотношения в системата, както и взаимодействието с други държавни институции се уреждат със Закона за здравето и Устройствения правилник за дейността на МЗ.

Министърът на здравеопазването ръководи националната система за здравеопазване и осъществява контрол върху дейностите по: опазване здравето на гражданите и държавния здравен контрол; спешна медицинска помощ, трансфузионна хематология, стационарна психиатрична помощ, медико-социални грижи за деца до тригодишна възраст, трансплантация и здравна информация; осигуряване и устойчиво развитие на здравните дейности в лечебните и здравните заведения; медицинска експертиза. Министърът на здравеопазването осъществява и методическо ръководство и контрол на медицинската дейност на лечебните заведения, създадени към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта и съобщенията.

Висшият медицински съвет е консултативен орган, който обсъжда и дава становища по: националната здравна стратегия; етичните проблеми на медицината и биомедицината; нормативни актове в областта на здравеопазването; проектобюджета на здравеопазването; научните приоритети в областта на медицината и денталната медицина; приема на студенти и специализанти от професионална област "здравеопазване" и критериите за определяне на учебните бази за провеждане на студентско и следдипломно обучение; видовете специалности от професионална област "здравеопазване".

Държавната здравна политика на територията на областта се осъществява и организира от Регионален център по здравеопазване и Регионална инспекция за опазване и контрол на общественото здраве.

Регионалните центрове по здравеопазване осъществяват на територията на съответната област дейности по: събиране, регистриране, обработване, съхраняване, анализ и предоставяне на здравна информация; контрол върху регистрацията и качеството на дейността на лечебните и здравните заведения; внедряване на информационни технологии в областта на здравеопазването; организиране, ръководство и контрол на медицинската експертиза; организиране на здравните дейности при бедствия, аварии и катастрофи; координация на дейностите по изпълнение на национални и регионални здравни програми; проучване на потребностите от медицински и немедицински кадри.

С цел защита на здравето на гражданите, на територията на Република България се извършва държавен здравен контрол за спазване и изпълнение на установените с нормативен акт здравни изисквания за обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със

значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда, като органи на ДСК са Главният държавен здравен инспектор на Република България, РИОКОЗ и Националният център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ).

Регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве осъществяват дейности по: контрол по спазването на здравните изисквания към обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда; контрол върху заразните болести; промоция на здравето и интегрирана профилактика на болестите; лабораторен контрол на факторите на жизнената среда и оценяване на влиянието им върху здравето; национални и регионални програми и проекти в областта на общественото здраве.

Общините могат да създават служба по здравеопазване в състава на общинската администрация, чиято дейност е под методичното ръководство на съответния РЦЗ.

3.1.1.2. Промени в нормативната уредба

През последните три години са приети следните нови закони, спомагащи за хармонизирането на нашето законодателство с изискванията на ЕС:

- ✓ Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (ДВ, бр. 46/03.06.2005)
- ✓ Закон за ратифициране на Рамковата конвенция за контрол на тютюна (ДВ, бр. 87/01.11.2005)
- ✓ Закон за съсловната организация на магистър-фармацевтите (ДВ, бр. 75/12.09.2006, изм. ДВ, бр. 105/22.12.2006)
- ✓ Закон за ратифициране на допълнителния протокол към конвенцията за защита на правата на човека и на човешкото достойнство във връзка с прилагането на постиженията на биологията и медицината относно забрана на клонирането на човешки същества, на допълнителния протокол към конвенцията за правата на човека и биомедицината относно трансплантацията на органи и тъкани от човешки произход и на допълнителния протокол към конвенцията за правата на човека и биомедицината относно биомедицинските изследвания (ДВ, бр. 70/29.08.2006)
- ✓ Закон за медицинските изделия (ДВ, бр. 46/12.06.2007).
- ✓ Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, разработен изцяло в съответствие със законодателството на ЕС (ДВ, бр. 31/13.04.2007).
- ✓ Закон за здравното осигуряване (изм. ДВ, бр. 105/22.12.2006 г.)

Наред с приемането на нови закони продължи и актуализирането на действащите.

През последните две години са издадени и редица нови наредби, по-

важните от които могат да се систематизират така:

- Наредби, свързани с околната среда, хигиената и храните:

- ✓ Наредба №6 от 26.06.2006 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, методите за оценка на стойностите на показателите за шум и на вредните ефекти от шума върху здравето на населението

- ✓ Наредба за изменение и допълнение на Наредба №1 от 7.01.2002 г. за материалите и предметите от пластмаси, предназначени за контакт с храни, (ДВ. бр. 2/09.01.2007)

- ✓ Наредба №11 от 14.05.2007 г. за норми за арсен, кадмий, никел и полициклични ароматни въглеводороди в атмосферния въздух

- ✓ Наредба №3 от 05.02.2007 г. за здравните изисквания към детските градини

- ✓ Наредба №24 от 05.09.2006 г. за здравните изисквания при изготвяне и спазване на седмичните разписания на учебните занятия.

- Наредби, свързани с трансплантацията и асистираната репродукция:

- ✓ Наредба №13 от 04.04.2007 г. за условията и реда за информиране на българските граждани за дейностите по вземане и присаждане на органи, тъкани и клетки

- ✓ Наредба №21 от 03.05.2007 г. за обстоятелствата и данните, които се вписват в регистрите на изпълнителната агенция по трансплантация, редът за вписване и ползване на информацията

- ✓ Наредба №16 от 25.04.2007 г. за условията и реда за издаване на разрешение на лечебните заведения за извършване на дейности по асистирана репродукция.

- ✓ Наредба № 28 от 20.06.2007 г. за дейности по асистирана репродукция

- ✓ Наредба № 12 от 4 април 2007 година за реда за установяване и удостоверяване на обстоятелствата, при които може да се извърши вземане на органи, тъкани и клетки от починало лице (Обн. - ДВ, бр.33 от 20.04.2007 г.).

- Наредби, свързани с лекарствените продукти

- ✓ Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти (Обн. - ДВ, бр.104 от 11.12.2007 г.)

- ✓ Наредба № 36 от 22.08.2007 г. за условията и реда за вземане на проби за държавен контрол върху лекарствени продукти, извършване на изпитванията и заплащането им (Обн.- ДВ, бр.71 от 31.08.2007 г.).

- ✓ Наредба № 27 от 15.06.2007 г. за изискванията към данните и документацията за разрешаване за употреба и регистрация на лекарствени продукти (Обн. - ДВ, бр.54 от 03.07.2007 г.).

✓ Наредба № 1 от 08.01.2007 г. за реда за получаване и заплащане на лекарствени продукти на военноинвалидите и военнопострадалите (Обн. - ДВ, бр.9 от 26.01.2007 г.).

• Наредби, свързани с адаптиране на нашето законодателство в сферата на медицинското образование и следдипломна квалификация към Европейските практики и със свободното движение на специалистите:

✓ Наредба за признаване на професионална квалификация по медицинска професия и на специализация в областта на здравеопазването

✓ Наредба №34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването

✓ Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността "Управление на здравните грижи" за образователно-квалификационните степени "МАГИСТЪР" и "БАКАЛАВЪР" от професионално направление "Обществено здраве"

✓ Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите "Медицинска сестра" и "Акушерка" за образователно-квалификационна степен "Бакалавър"

✓ Наредба №26 от 12.09.2006 г. за временно упражняване на медицински дейности в Р България от граждани на държава-членка на Европейския съюз и другите държави от европейското икономическо пространство

✓ Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицина” и „Дентална медицина” за образователно-квалификационна степен "магистър" (в сила от 01.01.2007г.).

• Наредби, свързани с качеството на предлаганите здравни услуги:

✓ Наредба №18 от 20.06.2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения

✓ Наредба от 20.12.2005 г за изменение и допълнение на Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията

✓ Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ

✓ Наредба за изменение и допълнение на Наредба №29 от 1999 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните лечебни заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико- социални грижи

✓ Наредба №1 от 11.01.2007 г. за условията и реда за провеждане на медицинските дейности, свързани с лечението на лицата с психични разстройства.

✓ Наредба № 31 от 12 август 2007 година за определяне на правилата за Добра клинична практика (Обн. - ДВ, бр.67 от 17.08.2007 г.).

• Наредби свързани със здравноосигурителните права на гражданите

✓ Наредба № 14 от 19 април 2007 година за реда за издаване на документи, необходими за упражняване на здравноосигурителни права,

съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност (Обн. - ДВ, бр.36 от 04.05.2007 г.).

✓ Наредба № 26 от 14.06.2007 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 (Обн. - ДВ, бр.51 от 26.06.2007 г.).

През 2007 г. е прието Постановление № 192 на МС от 09.08.2007 г. за въвеждане на Национална система за спешни повиквания с единен европейски номер за спешни повиквания 112 (Обн. - ДВ, бр.68 от 21.08.2007 г., в сила от 21.08.2007 г.).

3.1.1.3. Национална здравна стратегия и национални приоритети

Присъединяването на Р. България към ЕС наложи актуализиране на здравната политика на страната. Тя се основава както на принципите на солидарност и равни възможности за здраве и благополучие, така и на иновациите и технологичния напредък с цел постигане на устойчиво развитие.

В този контекст МЗ разработи и предложи за дискусия нова Национална здравна стратегия, отговаряща на изискванията на новите реалности и предизвикателства. Резултатът от тази стратегия следва да е финансово устойчива и ефективна здравна система, осигуряваща качествени здравни грижи по превенция, профилактика, лечение и рехабилитация. Бяха дефинирани следните стратегически цели:

- ✓ *Осигуряване условия за промоция на здравето и профилактика на болестите.*
- ✓ *Предоставяне на гарантирани здравни услуги с повишено качество и осигурен достъп до тях.*
- ✓ *Подобряване на извънболничната медицинска помощ.*
- ✓ *Преструктуриране и ефективно управление на болничната помощ.*
- ✓ *Осигуряване на лекарства и медицински изделия*
- ✓ *Развитие на човешките ресурси в здравеопазването.*
- ✓ *Създаване на интегрирана електронна система на здравеопазването.*
- ✓ *Осигуряване на финансова устойчивост на националната система на здравеопазване.*
- ✓ *Ефективно членство в Европейския съюз.*

За изпълнение на всяка цел и нейните подцели са разработени тригодишни планове за действие, включващи: подробно описание на необходимите дейности, сроковете за изпълнение, индикатори за оценка и резултати, отговорните институции, както и съответните финансови ресурси от различни източници.

3.1.1.4. Национална здравна карта

Проектът на новата Национална здравна карта предвижда реструктуриране на лечебните заведения според реалните здравни потребности на населението с цел повишаване ефективността и ефикасността на здравната система и осигуряване на достъпна, своевременна, качествена и достатъчна медицинска помощ. Актуализираната Национална здравна карта е разработена на базата на 6-те региона за икономическо планиране на страната. Един от основните акценти е реструктуриране на болничната мрежа в съответствие с демографските показатели, здравния статус, пътната инфраструктура и комуникациите.

3.1.1.5. Осигуряване на качеството и контрол на дейностите

Осигуряването на качеството на медицинските услуги, като основен параметър на здравната реформа, е свързано с разработването и въвеждането на различни медицински стандарти, както и правила за добра медицинска практика.

Утвърдената от Министерския съвет през 2001 г. Национална програма “Медицински стандарти в Република България (2001-2007 г.)” предвижда разработване на 53 медицински стандарта по основни и профилни медицински специалности и актуализация на 25 действащи. В периода 2001 – 2007 г. са утвърдени общо 28 медицински стандарти по специалности и значими интердисциплинарни въпроси. Програмата е актуализирана за периода 2008-2010 г.

През 2005 – 2007 г. са разработени и утвърдени следните медицински стандарти:

- ✓ Медицински стандарт “Нервни болести”
- ✓ Медицински стандарт “Трансфузионна хематология”
- ✓ Медицински стандарт “Обща медицинска практика”
- ✓ Медицински стандарт “Трансплантация на органи, тъкани и клетки”
- ✓ Медицински стандарт “Клинична и лабораторна имунология”
- ✓ Медицински стандарт “Клинична лаборатория”
- ✓ Медицински стандарт “Козметична и естетична хирургия”
- ✓ Медицински стандарт “Асистирана репродукция”

През 2005 г. в България са приети от БЛС и утвърдени от Министъра на здравеопазването “Правила за добра медицинска практика на лекарите в Република България”, които трябва периодично да бъдат усъвършенствани, като се дефинират по-конкретно взаимоотношенията в системата и правата на пациентите.

Провежданият контрол от различните институции - НЗОК, МЗ, РЦЗ и др. е насочен към гарантиране на достъпа и качеството на предоставяните услуги³⁵.

През 2007 г. в системата на РЦЗ са извършени 2327 проверки на дейността на лечебните заведения за извънболнична помощ относно спазването на нормативните изисквания и са дадени 1121 предписания; 744 проверки на дейността на болници и диспансери като са дадени 340 предписания; 362 проверки със 191 препоръки по спазване на медицинските стандарти др.

Националната здравноосигурителна каса е осъществила през 2007 г. ефективен медицински контрол относно: вида и обема на оказаната медицинска помощ, предписаните лекарствени продукти, съответствието между оказаната медицинска помощ и заплатените суми; финансов контрол на дейността на изпълнителите на медицинска помощ; контрол по отношение на изпълнението на условията за сключване на договори по НРД 2006 между лечебните заведения за болнична помощ и РЗОК; съвместна контролна дейност с други институции (МЗ, РЦЗ, НАП, РИОКОЗ и др.) във връзка с дейността на договорните партньори.

От общо 2239 извършени през 2007 г. проверки в системата на НЗОК, 15% са съвместни с експерти от ЦУ на НЗОК. Извършени са 334 съвместни медицински и финансови проверки. За сравнение - през 2006 година съвместните проверки са 250.

Най-честите констатирани нарушения в системата на извънболничната помощ през последните две години са:

- ✓ неспазване на изискванията за функционираща медицинска апаратура и оборудване в лечебните заведения за извънболнична помощ;
- ✓ неспазване на изискванията на Наредба №39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и липса или неправилно водене на регистрите;
- ✓ неспазване на изискванията във връзка с осъществяване на дейности по експертиза на работоспособността от лекари, работещи в лечебни заведения за извънболнична помощ;
- ✓ липса или неправилно водене на регистри на ЗЗОЛ от рискови групи;
- ✓ липса на здравно досие на ЗЗОЛ;
- ✓ несъответствие между електронен и хартиен носител на отчетни документи и отчитане на неизвършени от личния лекар услуги;
- ✓ неспазване на обявения в РЗОК график за работа на ОПЛ и лекари-специалисти и несъответствие между договорената по вид и обем, и оказана медицинска помощ;
- ✓ неосказване на навременна медицинска помощ на ЗЗОЛ;

³⁵ Изт.: Отчет на НЗОК и информации от МЗ и РЦЗ София

✓ неспазване на условията за предписване на лекарства, посочени в Лекарствения списък на НЗОК и в указанията за работа с него.

Параметрите, характеризиращи контролната дейност на дирекция “Договаряне, методология и контрол на болничната медицинска помощ” (ДМКБМП) - извършени проверки, установени нарушения и наложени санкции за 2006 и 2007 година, са представени в табл. 11.

Табл. 11. Резултати от контролната дейност на експерти от дирекция ДМКБМП за периодите 01.01.- 31.12.2006 г. и 01.01.- 31.12.2007 г.

| Показатели | 2006 г. | 2007 г. |
|--|---------|-----------|
| Брой проверени РЗОК от ЦУ на НЗОК | 28 | 28 |
| Брой проверени ЛЗ за БП от ЦУ на НЗОК | 129 | 177 |
| Брой медицински проверки в ЛЗ за БП | 129 | 177 |
| Брой финансови проверки в ЛЗ за БП | 121 | 157 |
| Брой проверки по жалби | 8 | 22 |
| Брой проверени КП | 513 | 896 |
| Брой проверени истории на заболяването (ИЗ) | 16628 | 32971 |
| Среден брой проверени ИЗ от една КП | 32 | 36,8 |
| Брой ИЗ с констатирани нарушения | 5717 | 8260 |
| Брой констатирани нарушения по КП | 1535 | 1522 |
| % на ИЗ с констатирани нарушения | 34,3% | 25% |
| Установни неправомерно получени суми (в лв) | 722 466 | 1249 325 |
| Неправомерно получени суми по писмена покана за 2007 г. (лв) | - | 727 251 |
| Санкции по констатации по НРД (в лв) | 592 287 | 1 048 911 |
| Наложени санкции по заповед на директорите на РЗОК | 612 170 | 908 170 |
| Отказани плащания от предварителния контрол | - | 5 653 835 |
| Прекратени договори по КП | 12 | 31 |

Източник: отчет на НЗОК за 2007 г.

Отчита се 26% увеличение на съвместните проверки в лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗБП) в сравнение с извършените през 2006 година. През 2007 г. са проверени 177 ЛЗБП, при 129 през 2006 г. Проверените клинични пътеки (КП), през 2007 г. са 896 и са с 43% повече спрямо 2006 година (проверени 513 КП).

През 2007 г. е извършена проверка общо на 32 971 истории на заболяването (при 16 628 за 2006 г.). Най-често установените нарушения са показани в табл. 12 и табл. 12 А.

Табл. 12. Брой на най-честите нарушения при медицински проверки

| Вид нарушение при медицински проверки за 2007 г. | Брой |
|---|------|
| Несъответствие на договорената по вид и обем и оказана медицинска помощ | 662 |
| Нарушения на установения ред за работа с документи по КП | 271 |

Табл. 12А. Брой на най-честите нарушения при финансови проверки

| Вид нарушение при финансови проверки за 2007 г. | Брой |
|--|-------------|
| Нарушения на установения ред за работа с документи по КП, епикриза и др. | 376 |
| Нарушения на установения ред за работа с първични документи | 85 |
| Неоснователно заплащане от ЗЗОЛ на потребителска такса | 42 |

В лечебните заведения за болнична помощ се установява тенденция към увеличаване на следните нарушения:

- Отчитане на по-голям брой пациенти от броя на разкритите в ЛЗБП легла, съгласно Правилника за устройство, дейността и вътрешен ред на ЛЗ за БП;
- Рехоспитализация на пациенти по същата КП или по КП, свързана с придружаващо заболяване в рамките на 30 дни от дехоспитализацията в същото лечебно заведение;
- Хоспитализация на ЗЗОЛ по повече от една КП в рамките на един отчетен период;
- Неприлагане на документирани образни изследвания към осъществените изследвания;
- Отчитане на оперативни процедури с малък и среден обем на сложност по КП с оперативни процедури с голям обем и сложност.

През 2005 - 2007 г. *дирекция “Специализиран медицински надзор” към МЗ* е извършила следните проверки:

Табл. 13. Проверки, извършени от дирекция “СМН” на МЗ през 2005-2007 г.

| Институция | Брой проверки | | |
|---|----------------------|-------------|-------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 |
| Районни здравноосигурителни каси и ЦУ на НЗОК | 29 | 29 | 29 |
| Лечебни заведения | 34 | 46 | 53 |
| Дружества за доброволно здравно осигуряване | 12 | 13 | 17 |

Най-честите констатации при РЗОК и през двете години са свързани с пропуски в документацията от различен характер.

Констатациите при лечебните заведения и през двете години са свързани с пропуски при стандартите, клиничните пътеки и санитарно-хигиенното състояние.

При Дружествата за доброволно здравно осигуряване през 2005 г. често се констатира липса на данни за квалификацията на изпълнителите на медицинска помощ, пропуск, който през 2006 г. е коригиран.

Акредитация

През юни 2005 г. е приета новата Наредба №18 за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. За изтеклия период до юли 2007 г. са осъществени следните акредитационни процедури:

Табл. 14. Акредитирани ЛЗ по видове и техните оценки (към 03.07.2007)

| ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ | Отлична за 5-г. срок | Мн. добра за 4-г. срок | Добра за 3-г. срок | Средна за 2-г. срок | Лоша за 1-г. срок | ОБЩО |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------|
| МБАЛ | 32 | 34 | 24 | 2 | 1 | 93 |
| СБАЛ | 11 | 9 | 5 | 3 | 1 | 29 |
| ДКЦ | 9 | 8 | 5 | 1 | | 23 |
| МЦ | 22 | 15 | 9 | 1 | 2 | 49 |
| МДЛ | 7 | 8 | 3 | 3 | 2 | 23 |
| ДМСГД | 7 | 9 | 9 | 4 | | 29 |
| Диспансери | 4 | 9 | 1 | | | 14 |
| Д П Б | | 5 | | | | 5 |
| С Б Р | 4 | | 1 | | | 5 |
| ОБЩО | 96 | 97 | 57 | 14 | 6 | 270 |

Отлична или много добра оценка имат 193 лечебни заведения (от всички видове) или 71%. Тези резултати са добра основа за предоставяне на качествени медицински услуги за населението.

3.1.1.6. Информационно осигуряване. Стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в България

През 2006 г. е разработена и приета „Национална стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в Република България“. Въведена е Единната информационна система за документооборота „DocFlow“. Чрез Web-сайта на Министерство на здравеопазването се предоставя възможност за достъп до регистри и бази данни с публична информация и се предлагат е-услуги.

По данни на НЗОК, към 31 януари 2005 г., 75% от ОПЛ и само 8.5% от лекарите-специалисти в СИМП се отчитат по електронен път. Под 19% от ОПЛ имат достъп до Интернет в кабинетите си. За сравнение - 78% ОПЛ в 15-те страни-членки на ЕС имат такъв достъп. В болничните заведения са създадени само отделни изолирани локални мрежи.

Необходимо е да се изгради централизирана мрежа, свързваща отделните звена на системата (лечебни, учебни, научни, финансови и

административни) и съобразена с правилата за оперативна съвместимост, да се утвърдят на национални стандарти и политики за сигурност и конфиденциалност за обмен и съхранение на медицинската информация.

Една от задачите е техническото осигуряване на тестовото електронно отчитане на пилотните болници по проект „Специализиран софтуер за болници”. Основната цел на проекта е да бъде обхваната информацията за цялостната дейност на болниците чрез автоматизиране на процеса на отчетност между лечебните лечебни заведения за болнична помощ и НЗОК. Формираната база данни от пациентски записи съдържа медико-статистическа и икономическа информация, която към месец декември 2006 г. има обем от 1 602 125 пациентски записи от 39 ЛЗ за БП, в които влизат университетски, областни и общински ЛЗ за БП.

3.1.1.7. Противодействие на корупцията

Приетата на 12.01.2006 г. “Стратегия за прозрачно управление и за превенция и противодействие на корупцията за периода 2006-2008 г.” предвижда по-голяма отчетност на държавната администрация, увеличаване на прозрачността и предотвратяване на корупционните практики. В административните структури, подчинени на МЗ, е създадено и функционира звено за обслужване на принципа “едно гише”. Министерството на здравеопазването взе участие и в разработването на Харта на клиента, според която мисията му е да обслужва обществения интерес ефективно и ефикасно. Разработени са стандарти за обслужване на потребителите на административни услуги. Целта е повишаване на качеството и ефективността на работата, пресичане на прекия контакт между искащия услугата и служителя от “бек” офиса с цел ограничаване възможностите за корупция. Открити са специални пощенски кутии, горещи телефонни линии, обособени са раздели в интернет страниците на административните структури.

Разработени и утвърдени са критерии, гарантиращи максимална безпристрастност и обективност при осъществяване на специализирания медицински надзор.

В администрацията на Министерство на здравеопазването е изградена Единна информационна система за документооборота, чрез която се извършва времево проследяване на преписките и се контролира спазването на законоустановените срокове за предоставяне на административни услуги. Поддържа се регистър за ситуации на конфликт на интереси в дейността на държавните служители.

В системата за оценка на директорите на регионалните инспекции по опазване и контрол на общественото здраве е включена и оценка на професионалната етика.

Министерство на здравеопазването е анализирано корупционния риск и идентифицирало структурите, в които проявлението му е най-отчетливо. Изготвен е електронен регистър „Сигнали за корупция”.

Най-сериозните **проблеми** на управлението на здравната система са свързани с многобройните законодателни промени и нарушената логика в последователността на приемането им, неравномерното разпределение на медицинските кадри в страната и неефикасното взаимодействие между различните подсистеми. Липсата на системна национална политика по качеството на здравните услуги и на единна информационна система затрудняват контрола и вземането на управленски решения.

Рисковете, застрашаващи оптималната управленска практика, са свързани с недостига на средства в обществените фондове по отношение на изпълнение на държавните гаранции, политическо лобиране с оглед защита на частни или групови интереси, политически риск при преразглеждане на задължения, поети от предишни правителства, емиграция на различни видове медицински персонал и известно обществено недоверие към всяко правителство.

Това налага усилията в областта на управлението да бъдат насочени към неговото усъвършенстване чрез утвърждаване на новата Здравна стратегия (2007-2013 г.); осъвременяване и синхронизиране на нормативните документи; оптимизиране на взаимодействието между отделните звена на здравната система; ясно дефиниране на взаимоотношенията между публичния и частния здравен сектор и създаване на оптимални условия за функциониране на доброволните здравноосигурителни фондове. Необходими са усилия и за повишаване на качеството на здравните услуги чрез разработване на Национална стратегия по качеството, усъвършенстване на системата за акредитация на лечебните заведения, периодично актуализиране на медицинските стандарти и обвързване на качеството на медицинската дейност с финансирането.

Развитието на научния и изследователски капацитет в медицинските университети и осигуряването на връзка между науката и практиката е първостепенна задача на управлението, както и осигуряването на подкрепа за научни проекти в областта на редките заболявания, биотехнологиите и разработване на нови лекарствени продукти. Регламентирането на стриктни правила за контрол на дейността на лечебните заведения и включването на потребителите на здравни услуги при вземането на решения е от изключително значение за по-нататъшното демократизиране на управлението. Необходимо е изграждането на система за безопасност на пациентите съгласно европейските изисквания. Противдействието на корупцията е основен приоритет, който може да бъде изпълнен чрез прилагането на реалистичен план с антикорупционни мерки във всички

сфери на здравната система и въвеждане на система за антикорупционен мониторинг и публично обсъждане на резултатите и предложените мерки.

3.1.2. Човешки ресурси

Развитието и управлението на човешките ресурси имат решаваща роля за ефективното функциониране на здравната система в България. В нея са ангажирани голям брой медицински специалисти (лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти, медицински сестри, акушерки, лаборанти, рехабилитатори, зъботехници), както и немедицински специалисти (биолози, биохимици, инженери, икономисти, социолози и социални работници, психолози, педагози, помощен и технически персонал).

През 2006 г. осигуреността с лекари спрямо 2005г. остава на едно и също ниво – съответно 366‰ и 368‰ (ЕС-315‰) и за лекари по дентална медицина – съответно 85‰ и 84‰ (ЕС-61‰)³⁶. През 2007 г. осигуреността с лекари е 365 ‰, а с лекари по дентална медицина - 84‰.

Съществуват обаче значителни междурегионални различия и през 2007 г. в осигуреността: с лекари - от 471‰ в София-град до 238‰ в Разград; с лекари по дентална медицина – от 128‰ в Пловдив до 46‰ за Търговище. През 2006 г. от всички лекари 46.6% работят в лечебни заведения за болнична помощ и 41.7% - в извънболничната помощ. В същото време следва да се отбележи, че има лекари, които работят едновременно в лечебни заведения за болнична и за извънболнична помощ.³⁷ Установява се тенденция за намаляване на специалистите по: анестезиология и интензивно лечение, педиатрия, нефрология, акушерство и гинекология, ушни, носни и гърлени болести, психиатрия, рентгенология, клинична лаборатория, спешна медицина и епидемиология и инфекциозни болести. Придобиването на специалност поради редица финансови и организационни проблеми трудно се реализира.

Броят на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) нараства от 5146 през 2000 г. на 5308 през 2004 г., което представлява 18,7% от всички лекари (29% за ЕС). Осигуреността на населението у нас с ОПЛ през 2004 г. е 69‰ и е по-ниска от тази за ЕС (99‰). Съгласно Европейската база данни на СЗО, показателят през 2006 г е 67‰ (ЕС – 98‰)³⁸, при запазени значителни териториални различия – от 90.9‰ за област Плевен до 55.4‰ за Търговище. В същото време относителният дял на ОПЛ със специалност “обща медицина” е само 1.7%.

През 2006 г. най-висока е осигуреността в страната със специалисти по **вътрешни болести** (56‰), а през 2007 г. е 43.5‰. Осигуреността с **хирурзи** през 2006 г. е 35‰, а през 2007 г. – 20.4‰ и е по-ниска от тази в ЕС -151.3‰ (2004 г.), но в тази група за страните от ЕС са включени общи

³⁶ Приложения

³⁷ Сборник “Здравеопазване 2004 и 2006”. НЦЗИ, 2005, 2007 и 2008

³⁸ European health for all database (HFA-DB)

хирурзи, неврохирурзи, пластични хирурзи, други хирурзи, анестезиолози и др.. Осигуреността с *акушер-гинеколози* (18‰ през 2006 г. и 17.5‰ през 2007 г.) и *педиатри* (19‰ през 2006 г. и 19.1‰ през 2007 г.) е по-висока от тази в ЕС (съответно 13.7‰ и 14.2‰)³⁹.

Специалистите в областта на общественото здравеопазване са представени основно от структурите на РИОКОЗ и са сравнително равномерно териториално разпределени. В областите Монтана, Хасково, Русе, Бургас, Враца в мрежата на РИОКОЗ се установява значително по-нисък от средния за страната относителен дял на специалистите с висше медицинско образование и придобита специалност. Общият брой на работещите в различните ведомства в областта на общественото здравеопазване е значителен – 20613 (2006 г.), при наличие на широк спектър от специалисти. Преобладаването на специалисти с висше медицинско образование, тясната специализация в областта на 13 медицински специалности (комунална хигиена, обща хигиена, хигиена на детската и юношеска възраст, токсикология, микробиология и др.), широкият спектър на специалистите с немедицинско образование (химици, физици, инженери, биолози, социолози, юристи, архитекти, ветеринарни лекари, зоотехници, агрономи, икономисти) позволява пълноценно да се покрият сферите на дейност на общественото здравеопазване. Положително влияние оказва възможността за обучение по въпросите на общественото здраве във висшите медицински училища⁴⁰.

Осигуреността с *фармацевти* през 2004 г. е 39.9‰ и е по-ниска с 48.8% в сравнение със съответния показател за ЕС (77.9‰).

Проследена в динамика, осигуреността на населението с медицински сестри, помощник-фармацевти, зъботехници и фелдшери бележи тенденция за намаление. Въпреки, че през 2005 г. (404‰) и 2006 г. (412‰) и 2007 г. (422‰) се установява известно нарастване на осигуреността с медицински сестри, тя остава значително по-ниска от средната за ЕС (съответно 736‰ и 742 ‰). Териториалните диспропорции се запазват и през 2007 г. – от 495‰ за Стара Загора до 295‰ за Перник. Съотношението лекари/медицински сестри е 1:1.16 (ЕС - 1:2.26), което се отразява негативно на качеството на здравните грижи. В същото време осигуреността с акушерки у нас е 45‰, което е 1.3 пъти по-високо от това в ЕС (36‰). В лечебни заведения за болнична помощ през 2006 г. работят съответно: 80.6% от акушерките, 64.2% от медицинските сестри, 59.9% от медицинските лаборанти, 65.5% от рентгеновите лаборанти и 68.4% от рехабилитаторите.⁴¹

³⁹ Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век. Анализ на провежданата реформа в здравеопазването. МЗ, С., 2004

⁴⁰ Иванова, Т. "Невидимото" обществено здравеопазване. С., "Бетапринт.Петрови и Сие", 2007, 148 с.

⁴¹ Приложения

Подготовката на медицинските кадри е основен въпрос, от който зависи осигуряването на достъпа до медицинска помощ и нейното качество. При новите условия - членството ни в ЕС, свързано със свободно движение на професионалисти, съществува реална опасност от намаляване на техния брой (лекари, медицински сестри и др.).

През 2005 и 2006 г. се извършват важни промени в нормативните документи, отнасящи се до медицинското образование. Приети са редица наредби за: признаване на професионална квалификация по медицинска професия и на специализация в областта на здравеопазването; придобиване на специалност в системата на здравеопазването; единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицина“, „Дентална медицина“, „Фармация“ за образователно-квалификационна степен „Магистър“; единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ за образователно-квалификационна степен „Бакалавър“; Единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността „Управление на здравните грижи“ за образователно-квалификационните степени „Магистър“ и „Бакалавър“ от професионално направление „Обществено здраве“.

Анализът на приема на студентите през учебните години 2004/2005 и 2005/2006 показва значително намаление на приема на лекарите по дентална медицина и увеличение на приема на фармацевтите и помощник-фармацевтите, а при дипломираните през последната година се наблюдава увеличение на броя при фармацевтите, акушерките, рехабилитаторите, санитарните инспектори, зъботехниците и намаление на помощник-фармацевтите.

Планирането на студентския прием, както и следдипломното обучение трябва да се подчиняват на резултатите от анализа на реалните потребности за страната. Налага се разработването на цялостна стратегия за развитие на човешките ресурси в здравеопазването, съобразена с високите изисквания за качество и в съответствие с европейските стандарти.

Проблемите на човешките ресурси в здравеопазването са свързани главно с регионалните диспропорции, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ. Ниската осигуреност с медицински сестри и неблагоприятното съотношение между медицински сестри и лекари създава проблеми при правилното организиране на предоставянето на медицинската помощ. Тенденцията за намаляване на специалистите по някои специалности (анестезиология и интензивно лечение, педиатрия, нефрология, акушерство и гинекология, инфекциозни болести и др.) може да се задълбочи поради намаления прием на студенти в медицинските университети, което наред с очакваната емиграция, може да доведе до недостиг на кадри. Съществуващите финансови и организационни трудности при придобиване на специалност и продължаващо обучение и

неадекватно ниското заплащане на труда, са определена заплаха за развитието на човешките ресурси.

Насоките за подобряване на състоянието на човешките ресурси включват редица дейности, по-важните от които са :

✓ Създаване на предвидените в Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина регистри на всички медицински специалисти в страната и оценка на наличните и необходимите човешки ресурси по категории, специалности и възрастови групи.

✓ Подобряване осигуреността на населението с лекари и друг медицински персонал и намаляване на териториалните различия.в съответствие със стандартите на ЕС.

✓ Развитие и усъвършенстване на системата за следдипломно обучение на медицинските и немедицински специалисти в системата на здравеопазването с акцент върху квалификацията на ОПЛ и административно-управленския персонал.

✓ Увеличаване на приема на специалисти по здравни грижи и предоставяне на стимули за образование на сестринския персонал.

3.1.3. Предоставяне на здравни услуги

3.1.3.1. Извънболнична медицинска и дентална помощ

Броят на индивидуалните и груповите практики за първична и специализирана медицинска и дентална помощ през 2006 г. е 20617, а през 2007 г. е 20592 (този брой не съответства на броя на лечебните заведения, сключили договор с НЗОК). Общият брой на лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ (ДКЦ, МЦ, ДЦ, МДЦ, МДЛ и МТЛ) и броят на леглата в тях за периода 2001-2006 г. непрекъснато се увеличава: от 1190 с 367 легла през 2001 г. до 1685 с 1380 легла през 2006 г., като през 2007 г. този брой достига 1939 с 843 легла. Броят на ДКЦ, ДЦ и МДЦ през 2007 г. е увеличен с 89 спрямо 2006 г. и е 867⁴².

Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

Продължава тенденцията за нарастване на броя и относителния дял на регистрираните ЗЗОЛ (задължително здравноосигурени лица) при общопрактикуващите лекари (ОПЛ), които достигат 6 639 022 души (86.4% от населението) през 2006 г., а през 2007 г. техният брой е 6 647 084 (87% от населението). Осигуреността на здравноосигурените лица средно за страната с ОПЛ намалява: от 8.1 (2005 г.) на 7.8 на 10 000 ЗЗОЛ (2006 г.) и

⁴² Здравеопазване. Кратък статистически справочник. МЗ, НЦЗИ, 2005, 2006, 2007, 2008 г.

7.5 за 2007 г., но е близка до нивата на средната осигуреност в новите страни-членки на ЕС. Запазват се съществуващите териториални различия.

Броят на ОПЛ, работещи по договор с НЗОК през 2007 г. , е достатъчен, за да се покрият общите нужди на населението от ПИМП - 5002 ОПЛ в 4340 индивидуални и групови практики. По тези показатели се наблюдава спад в сравнение с 2006 г. (5158 ОПЛ и 4456 практики). Над 100% покритие на Националната здравна карта се наблюдава основно в областите-университетски центрове.

Продължава да преобладава индивидуалната практика като форма на организация на работа – 95.16% от ОПЛ. Макар че груповите практики дават по-добри възможности за осигуряване на по-качествена първична извънболнична помощ, у нас те са все още единични случаи (210 за 2007 г.), за разлика от европейските страни, където съотношението е в полза на груповите практики.

Броят на регистрираните лица на един ОПЛ през 2007 г. е увеличен на 1329 (през 2006 г. е 1289), но е в рамките на световната практика за натовареност. Показателят все още варира в широки граници за отделните региони на страната - от 1119 ЗЗОЛ за област Плевен до 1840 за Търговище. Големият брой пациенти в някои практики е реална предпоставка за нарушаване качеството на оказваната медицинска помощ. Определено негативно влияние оказва и изключително niskият дял на ОПЛ със специалност по „обща медицина” – само 1.7%.

По НРД 2006 (за дейността извършена през 2006 г.) средствата за капитация съставляват 67.2% от стойността на извършената в ПИМП дейност, за 2007 г. този дял се намалява на 61.6%, като най-висок е в областите Силистра (68.7%) и Перник (66.7%), а най-нисък във Велико Търново (56.5%) и Търговище (57.3%). Намалението на средствата за капитация се дължи до известна степен на по-ниския брой ОПЛ. От друга страна, заплащането на ОПЛ се обвързва и с дейността им, а не само с капитацията, което е допълнителен фактор за подобряване работата с пациентите.

Наблюдава се незначително намаляване на средномесечния брой на профилактичните прегледи по програма „*Детско здравеопазване*” през 2007 г. спрямо предходната година при запазени съществени териториални различия. Това намаление е свързано и с въвеждането на електронни отчети. Намален е броят на извършените имунизации от 1254 хил. за 2006 г. на 1137 хил. през 2007 г. По програма „*Майчино здравеопазване*” значително е намален средномесечният брой на прегледите от 3225 за 2006 г. на 2622 през 2007 г. Това е свързано с разширената възможност за наблюдение на бременни и майки от акушер-гинеколози в СИМП. Средномесечният брой *диспансеризирани лица при ПИМП* през 2007 г. е 725.4 хил. и също е намален в сравнение с 2006 г. (736.2 хил.), свързано до голяма степен и с

промените в НРД 2006 за диспансерното наблюдение. Увеличени са *профилактичните прегледи на лица над 18 г.*

Средномесечният брой практики през 2007 г., на които са заплатени средства за работа в неблагоприятни условия, е 1079 и е по-голям от същия за 2006 г. - 1058.

Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)

През 2007 г. е намален средномесечният брой специалисти, работещи по договор с НЗОК - 8236 при 8341 за 2006 г. Не се наблюдава съществена промяна в структурата на специалистите по специалности на национално ниво. Преобладават акушер-гинеколози (11%), невролози (10%), хирурзи (9%), кардиолози (8%). Най-малък е дялът на профилните детски специалности (детски хирурзи, гастроентеролози, нефролози, невролози, алерголози), гръдни хирурзи, токсиколози.

Установява се трайна тенденция за увеличаване на *осигуреността със специалисти на 10 000 ЗЗОЛ*, която достига 12.5 през 2006 г. и 12.4 през 2007 г., при изразени териториални различия. Изпълнението на НЗК показва покритие над 100% по всички специалности, с изключение на клинична токсикология, медицинска паразитология, вътрешни болести и алергология. В същото време се наблюдава увеличение на средномесечния брой дейности (прегледи, ВСД, ЛКК), извършени от изпълнители на СИМП през 2007 г. спрямо 2006 г. (съответно 1 023 894 за 2007 г. и 987 584 за 2006 г.).

От 2005 г. здравноосигурителните плащания се извършват само за осигурени лица. За 2007 г. са реализирани общо 12 246 720 специализирани дейности. В структурата им с най-висок относителен дял са представени първичните прегледи (50.45%), следвани от вторичните прегледи (22.58%). През 2007 г. в сравнение с 2006 г. нараства дялът на първичните и намалява този на вторичните прегледи.

Значително се увеличава броят на първичните прегледи при педиатър на ЗЗОЛ от 0 до 14 г. (37 211 за 2007 г. при 33 832 за 2006 г.), което се дължи на разширяване на горната възрастова граница от 6 на 14 години.

Структурата на първичните посещения по пакети през 2005 - 2007 г. остава сравнително постоянна. Първичните прегледи по пакети "Офталмология", "Кардиология", "Неврология", "АГ", и "Педиатрия" съставляват почти 53% от всички първични прегледи за 2007 г.

Средномесечният брой *вторични посещения при специалисти* за 2007 г. е увеличен на 336.8 хил. (329.5 за 2006 г.). На всеки 100 първични прегледа са извършени 65 вторични прегледа. Запазва се съотношението първични към вторични прегледи, както през 2006 г. Структурата на вторичните посещения по пакети през 2005 - 2007 г. се запазва сравнително постоянна. Вторичните прегледи по пакети "Офталмология", "АГ", "Неврология", "Педиатрия", "Кардиология" и "Хирургия" обхващат 50% от всички извършени вторични посещения за 2007 г.

Отчита се спад в дейността по диспансерното наблюдение. Така средномесечният брой прегледи на диспансеризирани лица за 2007 г. е 105.6 хил., а за 2006 г. е 110.5 хил. Извършените прегледи по *програма „Детско здравеопазване“* за 2007 г. са 22 092. Въпреки осигурената възможност профилактиката на децата от всички възрасти да се извършва от педиатър, когато ОПЛ няма придобита специалност по детски болести, не се наблюдава тенденция за пренасочване на тази дейност от ПИМП към СИМП.

Средномесечният брой прегледи по *програма „Майчино здравеопазване“* през 2007 г. е 35 хил. и е увеличен спрямо предходната година (33.1 хил.), свързано с предоставената възможност профилактичните прегледи на всички бременни да се извършва от акушер-гинеколози.

Средномесечният брой *високоспециализирани дейности* (ВСД) за 2007 г. е 33.2 хил. и е увеличен с 11% спрямо предходната година (29.9 хил.). Нараства средномесечният брой *медико-диагностични дейности* от 1447.9 хил. за 2006 г. на 1529.9 хил. за 2007 г. Най-голям брой МДД на 100 ЗЗОЛ са извършени в областите Пловдив (29.39) и София град (25.78) и най-малък - в Кърджали (15.63). В структурата на видовете изследвания по пакети преобладават „клинико-лабораторни изследвания“ (84.17%), следвани от рентгенологичните (9.64%).

Дентална извънболнична медицинска помощ

През 2007 г. средномесечният брой на изпълнителите на първична дентална помощ е 5 557 и е незначително увеличен спрямо 2006 г. (5549). Средно за страната на 10 000 ЗЗОЛ се падат 8.1 лекари по дентална медицина (8.3 за 2006 г.) при най-висока осигуреност в областите Пловдив (11.1) и София град (10.7) и най-ниска - в Търговище (5.4), Враца (5.5), Разград (5.7), Силистра и София област (5.8).

Наблюдава се увеличение на *средномесечния брой дейности на 100 ЗЗОЛ* от 6.30 за 2006 г. на 7.04 за 2007 г. при запазени териториални различия. За 2007 г. 28.5% от подлежащото на профилактика население от 2 до 18 г. (32.4% за 2006 г.) и 23.5% от населението над 18 години (25.2% за 2006 г.) е преминало на преглед.

Намален е броят на отчетените и заплатени от НЗОК дейности за специализирана извънболнична дентална помощ (83088 за 2007 г. при 88 838 за 2006 г.). В 7 области не са извършени и през 2007 г. разходи за този вид дейност – Благоевград, Враца, Кърджали, Кюстендил, Разград, Силистра и Смолян. Продължава тенденцията за недостиг на лекари по дентална медицина - специалисти, желаещи да сключат договор с НЗОК в определени региони на страната, което обуславя териториални диспропорции в потреблението на дентална помощ⁴³.

⁴³ Отчет на НЗОК 2006 и 2007 г.

Въпреки постигнатите успехи продължават да са налице сериозни трудности при избор на ОПЛ в отдалечени, труднодостъпни и слабо населени места, както и на хората от уязвими групи. Не е осигурен достъп на част от пациентите при получаване на медицинска помощ (вкл. и неотложна помощ) през нощта и почивните дни. Продължава да доминира индивидуалната практика като форма на организация на работа, което също влияе негативно върху достъпността и качеството на медицинската помощ⁴⁴.

Сравнително ниска е квалификацията на общопрактикуващите лекари, липсва и продължаващо обучение, освен това част от ОПЛ работят без нает друг медицински персонал, най-често по финансови съображения, което допълнително се отразява неблагоприятно върху качеството на дейността. Като цяло броят на регистрираните ЗЗОЛ при един ОПЛ е в рамките на световната практика за натовареност, но в отделни региони прекомерно големият им брой ограничава достъпа и влошава качеството на медицинската помощ. Налице е недобра координация между първичната помощ и специализираната извънболнична и болнична помощ, с което е затруднена приемствеността в наблюдението и лечението на болните. Системата на регулативните стандарти за разпределение на направленията за консултация със специалисти ограничава достъпа и своевременността на прегледите при тях. Недостатъчен е обемът на профилактичните и промотивни дейности на ОПЛ и липсва специфичен инструментариум в НРД за оценка на ефективността на тези дейности.

Запазват се изразените териториални различия по отношение на нивата на всички наблюдавани показатели за СИМП, като осигуреността със специалисти е по-неравномерна в сравнение с осигуреността с ОПЛ (в някои области не са сключени договори по инфекциозни болести, клинична хематология, ревматология и др.). Едновременната ангажираност на голяма част от изпълнителите на извънболнична специализирана медицинска помощ и в болничната помощ и липсата на система за осигуряване и подобряване качеството на услугите, извършвани от извънболничните специалисти, оказва негативно влияние върху СИМП. Въпреки наблюдаваната свръхосигуреност със специалисти, извънболничната помощ, като цяло, не изпълнява отредената ѝ роля на “филтър” (хоспитализациите се увеличават вместо да намаляват).

Запазва се високата концентрация на лекари, изпълняващи МДД в центровете с медицински университети, което затруднява достъпа на диспансеризираните лица до заплатени от НЗОК изследвания и снижава контрола над хроничните заболявания в другите области.

⁴⁴ Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век. Анализ на провежданата реформа в здравеопазването. МЗ, С., 2004

Реалните условия на работа показват нецелесъобразността на разделянето на лечебните заведения за първична и специализирана дентална помощ. Продължава тенденцията за недостиг на стоматолози - специалисти, желаещи да сключат договор с НЗОК в определени региони на страната, обуславящо регионални диспропорции в потреблението на дентална помощ от ЗЗОЛ и ограничавачи достъпа до този вид помощ. Осигурените лица се обръщат за профилактичен преглед само при необходимост от последващо лечение. Средно за страната само 28.5% от подлежащото население от 2 до 18 г. и 23.5% от населението над 18 г. е преминало на профилактичен стоматологичен преглед.

Насоките за решаване на проблемите в извънболничната помощ включват редица дейности, по-важните от които са :

- ✓ Подобряване достъпа до различните видове медицинска помощ чрез: правилно териториално разпределение на лечебните заведения и медицинските специалисти; разширяване на практиката за обслужване на място в отдалечени и труднодостъпни райони от мобилни екипи от лекари-специалисти; разкриване на общи практики в отдалечени и труднодостъпни селища, райони с малцинствени етнически общности и др.

- ✓ Лимитиране на максималния брой лица, записани при ОПЛ в зависимост от потребностите и осигуреността в различните райони.

- ✓ Фокусиране на вниманието върху социално уязвимите контингенти (деца, социално слаби, инвалиди и др.) чрез промени в нормативната уредба и в националните рамкови договори.

- ✓ Стимулиране на създаването на групови практики на ОПЛ в по-големите населени места с цел подобряване достъпа и качеството в предоставяне на неотложната помощ.

- ✓ Повишаване на адаптивността на регулативните стандарти с оглед адекватно задоволяване на потребностите на обслужваното население, вкл. даване на право на пряк достъп до определени специалисти.

- ✓ Привеждане дейността на лечебните заведения за първична извънболнична помощ в съответствие с изискванията на медицинския стандарт „Обща медицинска практика”.

- ✓ Създаване на действаща ефективна система за следдипломно обучение на лекарите с акцент върху общопрактикуващите лекари.

- ✓ Усъвършенстване на регламентите в Националния рамков договор (увеличаване дела на заплащане на ОПЛ за реално извършени дейности, усъвършенстване на системата за осъществяване на профилактични прегледи/дейности, провеждане на диспансерно наблюдение на хронично болните, реално покриващо техните потребности от адекватна специализирана помощ, усъвършенстване контрола на извършваните дейности).

- ✓ Увеличаване на дейностите по промоция на денталното здраве, на профилактичната и лечебната дейност, особено при децата до 18 годишна възраст и лицата в неравностойно положение от различни уязвими групи.
- ✓ Подобряване на координацията на общопрактикуващите лекари с изпълнителите на извънболнична специализирана помощ и лекарите в болничните лечебни заведения.

3.1.3.2. Спешна медицинска помощ

През 2007 г. в страната функционира мрежа от 28 самостоятелни центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и 192 филиали, разкрити към тях. ЦСМП са юридически лица със седалище административния център на съответната област и осъществяват дейността си на нейната територия. През 2006 г. те включват следните структури: районна координационна централа; административно-стопански сектор и филиали за спешна медицинска помощ. Дейността на центровете се осъществява от екипи за спешна помощ - реанимационни, екипи за първа помощ и транспортни. След извършеното реструктуриране на СМП от 01.02.2007 г. спешните отделения (СО) преминаха в състава на областните многопрофилни болници в съответните населени места (с изключение на ЦСМП в София-град).

През 2007 г. системата на СМП разполага по щат с 7581 длъжности (увеличение с 850 длъжности или 12.6% спрямо 2006 г.). От тях 1539 са за висш (20.3%), а 2275 - за среден (30.0%) медицински персонал и 1984 за шофьори (26.2%). Незаетите щатни длъжности към 21.03.2007 са както следва: лекари – 299, медицински специалисти - 89, шофьори – 45. Само за периода 2005-2007 г. незаетите длъжности са нарастнали от 136.5 на 433 (5.7%). Най-много са те в областите София-град – 83, Пазарджик – 31, Монтана – 27, Пловдив – 25, Бургас - 24, Габрово – 23, Русе – 20. Сериозен проблем е изразеното текучество на персонала, особено сред лекарите поради ниското заплащане, трудните условия на работа, слабата професионална мотивация и др. Сред лекарите преобладават тези без специалност. Всички това се отразява крайно неблагоприятно върху кадровото осигуряване на СМП през последните години.

Мрежата се ръководи пряко от МЗ и е на бюджетна издръжка, като оказваната помощ е безплатна за всички нуждаещи. Системата на ЦСМП се финансира чрез пряка държавна субсидия от републиканския бюджет - 61 943 068 лв., което е с 16.3% повече в сравнение с 2006 г. Разходите за издръжка на дейността на системата през 2007 г. са 14 259 382 лв. или с 14.8% по-малко в сравнение с 2006 г., поради преминаването на спешните отделения към областните болници. Средна брутна работна заплата в системата на спешна помощ за 2007 г. е 410,67 лв. (396,78 лв. за 2006 г.). Независимо от нарастването на бюджетните средства, системата изпитва

недостиг на финансови ресурси, особено такива за заплащане на персонала и за осъвременяване на материалната база.

След извършеното реструктуриране ЦСМП основно изпълняват задачи по осигуряване на СМП на място и по време на транспортирането на пациента до ЛЗБП. В резултат на въвеждането на нова нормативна уредба, регламентираща продължителността на работното време, е въведен намален – 7-часов работен ден. През 2007 г. системата разполага общо с 372 мобилни екипа (с 5.7% по-малко в сравнение с 2006 г.), в т.ч. реанимационни - 87, екипи за първа помощ - 250 и транспортни екипи - 35. Средно на смяна спешна помощ са оказвали 319.5 екипа (с 4.9 по-малко спрямо 2006 г.), а транспортни услуги са извършвали 35.7 екипа. Причината за това намаление е недостигът на персонал. Тази неблагоприятна тенденция е особено изразена в София-град, където за спешна помощ средно на смяна излизат 19.5 екипа вместо 30.

През 2007 г. екипите на ЦСМП са изпълнили общо 866 678 повиквания, в т.ч. за оказване на спешна медицинска помощ - 650,435, за неспешна медицинска помощ - 93 291 и за транспорт - 122 952. Прави впечатление намаляването на средната натовареност на мобилен екип в рамките на една работна смяна от 3.8 през 2006 г. на 3.1 повиквания през 2007 г. Както и през 2006 г. всяко осмо от тях е било с неспешен характер. Обичайно СМП се отзовава на всички повиквания (спешни и неотложни), което води до преразход на човешки, материални и финансови ресурси. Значителен е дялът на повикванията от транспортно естество – 14.2% от всички изпълнени повиквания (17.9% през 2006 г.). Освен това в ЦСМП са извършени 612 091 амбулаторни прегледа и са транспортирани в спешните отделения 119 053 пациенти, от които 20 504 – деца. От всички, обърнали се за помощ към спешните центрове, са хоспитализирани 180,509 лица, в т.ч. 33,732 деца.

Преминаването на спешните приемни отделения (СПО) на централните в структурите на областните МБАЛ цели осигуряване на по-добра връзка между различните звена на здравната система; подобряване на взаимодействието между спешната и болничната помощ; по-ефективно използване на висококвалифицирания персонал и добрата материално-техническата база на болниците; гарантиране целостта на протичане на медицинския процес. Регламентира се задължителното създаване в МБАЛ с областен, междуобластен и национален обхват на спешни отделения с легла за диагностично изясняване до 24 часа. Подобни отделения могат да бъдат създадени и във всяко друго ЛЗБП. МЗ заплаща по 20 лв. на съответното ЛЗ за медицинската помощ, оказана на всеки пациент, преминал през СПО с престой до 24 часа, който не е бил хоспитализиран по ред, определен от министъра на здравеопазването. През 2007 г. в тези структури са преминали общо 707,118 лица.

Сградният фонд на ЦСМП като цяло е с достатъчна площ, но след преминаването на СПО към МБАЛ, голяма част от останалите в разпореждане на централите помещения са в недобро състояние. Въпреки необходимостта от обновяване, същите не са ремонтирани през 2007 г.

Санитарният автопарк наброява 818 санитарни автомобили, 157 от които са закупени през 2007 г. Санитарният автопарк е амортизиран в значителна степен и се нуждае от спешна поетапна подмяна, поради което МЗ планира доставянето на 100 нови линейки през 2008 г. и други 150 през 2009 г. за нуждите на ЦСМП.

По експертни оценки спешните екипи разполагат с необходимата за тяхната работа медицинска апаратура, но в резултат на интензивното ѝ използване, по-голямата част нея е сериозно амортизирана. През 2007 г. от МЗ е проведен търг за закупуване на нова апаратура за нуждите на спешната медицинска помощ, в т. ч. 134 електрокардиографа, 94 дефибрилатора, 50 инфузионни помпи и 100 реанимационни чанти в комплект с респиратори. Закупената апаратура е получена и разпределена сред ЦСМП в страната през 2008г.

Комуникационно-информационната система на ЦСМП функционира като система с децентрализирано управление, осъществявано в рамките на регионалните координационни централи (РКЦ), част от ЦСМП. РКЦ приемат спешните повиквания, преценяват тяхната спецификата и разпределят мобилните екипи. Независимо от предприеманите организационни мерки, функционирането на тези звена продължава да бъде проблемно в значителна степен, най-вече поради амортизираната материално-техническа съоръженост. Внедряването на GPS-системата на около 200 санитарни автомобили в значителна степен подобрява координацията и контрола на дейността на мобилните екипи. Предвидено е закупуването на допълнително GPS-оборудване и за останалите автомобили на централите.

През 2007 г. продължи реализация на двата проекта, свързани с реструктурирането на СМП, които бяха започнати през 2006 г. По първия проект (който продължава и през 2009 г.) спешните отделения към две общински болници се специализират за обслужване на спешни случаи при пътнотранспортни произшествия (Чирпан) и при промишлени аварии (Раднево). Вторият проект включва реструктуриране на спешните приемни отделения в МБАЛ Смолян и МБАЛ Враца с оглед подобряване на достъпа и на обслужването на живеещите в отдалечените и труднодостъпни райони. Същият ще бъде завършен преди края на 2008 г.

През 2007 г. в ЦСМП София-град се предвиждаше създаването на нова организация на СМП с цел по-бързото придвижване на мобилните екипи до мястото на инцидента, като част от тях бъдат пребазирани в райони с голяма концентрация на населението. Поради това, че не бяха

предоставени помещения, в които екипите да бъдат ситуирани, тази идея не можа да бъде реализирана. Работата по нея обаче продължава и през 2008 г.

В края на 2007 г. започна пилотното внедряване първоначално в София на единния телефон за спешни повиквания 112, на който пациентите освен СМП ще търсят Противопожарната служба, Полицията и Гражданска защита. Работата по внедряването и в страната ще продължи поетапно и през 2008 г.

Функционирането на системата на СМП в страната в периода до 2007 г. се затруднява поради редица структурни, организационни и технически причини, по-важните от които са:

- ✓ изпълняване на дейности, задължение на ОПЛ (обслужване на пациенти, неполучили помощ от личните си лекари), оказване на медицинска помощ (неотложна или дори рутинна) на лица без здравно осигуряване и др.;
- ✓ пропуски в работата на информационно-координационните централи, свързани с приемането на спешни повиквания и разпределянето им между мобилните екипи;
- ✓ остарял и амортизиран автомобилен парк, както и дефицит на въздушен санитарен транспорт;
- ✓ недостиг и текучество на медицинския и друг персонал в ЦСМП, главно поради ниското заплащане, трудните условия на работа и ограничените възможности за професионално развитие.

Дейностите, необходими за решаване на посочените проблеми, са насочени към:

✓ Извършване на промени в съществуващата нормативната база: допълване на изискванията за създаване на спешни отделения (СО), въвеждане на изисквания за ежегодно атестиране на директорите на ЦСМП (в ЗЛЗ); отмяна на задължителния характер на изискването за създаване на СО (в Наредба №29 от 23.11.1999 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните лечебни заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи); въвеждане на критерии и показатели за акредитация на спешните отделения (в Наредба №18 от 20.06.2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения); дефиниране на обема от минималните и/или задължителни манипулации и дейности в СО, квалификационните изисквания към персонала, вкл. и строго разграничаване на функциите на СО от тези на ОПЛ и специалистите от извънболничната помощ; освобождаване на ЦСМП от транспортни и други неспецифични дейности или регламентиране на тяхното финансиране.

✓ Преодоляване на недостига и текучеството на кадри в ЦСМП чрез създаване на система за продължителна квалификация на персонала;

разширяване възможностите за специализация на лекарите, работещи в СМП; увеличаване на заплащането и др.

✓ Разработване на алгоритми за добра медицинска практика на мобилните екипи при различни остри състояния и актуализиране на показателите за дейността им с акцент върху качеството на работа.

✓ Подобряване на сградния фонд, необходим за нормалното функциониране на ЦСМП, чрез целевото им финансиране.

✓ Продължаване на дейността по обновяване и модернизиране на санитарния автопарк и медицинската апаратура

✓ Въвеждане на единен телефон за спешни повиквания 112, на който пациентите освен СМП ще търсят Противопожарната служба, Полицията и Гражданска защита.

3.1.3.3. Болнична помощ

Реформата в болничната помощ стартира една година след преобразуването на извънболничната и обхваща всички видове лечебни заведения за болнична помощ: многопрофилни и специализирани - за активно лечение; за долекуване и продължително лечение; за долекуване, продължително лечение и рехабилитация. През есента на 2000 година болниците бяха преобразувани в търговски дружества и сключиха договор с МЗ за извършена дейност, а от 1 юли 2001 г. станаха и договорни партньори на НЗОК.

По статистически данни на НЦЗИ за периода 2000–2007г. се наблюдава постепенно нарастване на броя на лечебните заведения за болнична помощ – от 249 в началото до 292 в края на периода. Оптимизиран е броят на леглата, който намалява от 56 204 през 2000 г. на 44 650 легла през 2007 г. Значително е намалението на броя на леглата в многопрофилните болници за активно лечение.

Постепенно нараства броят на частните лечебни заведения за болнична помощ и през 2007 г. те са вече 71 с 3110 легла.

През 2007 г. здравната мрежа в страната разполага с 53872 легла, от които 44 650 (82.88%), са в болници. Осигуреността с болнични легла на десет хиляди души от населението през 2007 г. е 58.4 – около средната за страните от ЕС. Структурата на леглата по вид се запазва почти постоянна, въпреки установените факти за ниска използваемост на редица видове легла.

Броят на диспансерите, общо и по видове, се запазва постоянен: диспансери за пневмо-фтизиатрични заболявания – 12; за кожно-венерически заболявания – 10; за онкологични заболявания и за психични заболявания – по 12, като леглата в тях се редуцират от 4348 през 2000 г. на 4099 през 2007 г.

В структурата на болниците по вид преобладават многопрофилните болници - всичките за активно лечение (123 или 42.13%), следвани от

специализираните болници (70 или 23.97%), в т.ч. 30 за активно лечение, 7 за долекуване и продължително лечение, 11 за долекуване, продължително лечение и рехабилитация и 22 за рехабилитация. Психиатричните болници са 12, колкото и предходната година, а болниците към други ведомства - 15. Около 2/3 от болничните легла са в многопрофилните болници за активно лечение (62.12%).

Броят на хоспитализираните лица се доближава до средните за страните от ЕС стойности. За периода 2000–2007 г., броят на *преминалите болни* през лечебните заведения като цяло непрекъснато се увеличава (табл. 15). През 2006 г. този брой е 1 644 672 и е с 28 918 болни повече от предходната година (увеличение с 1.8%) и с 420 564 болни повече спрямо 2000 г. (увеличение с 34.36%). През 2007 г. броят на преминалите болни е 1 606 892 и се отчита снижение с 37 779 болни. Формира се средно висок показател за хоспитализация – 22.65%, доближаващ се до средните стойности за ЕС. Най-силно е изразено увеличението на преминалите болни в частните лечебни заведения – почти осемнайсет пъти (от 7825 през 2000 г. на 137639 през 2007г.), в диспансерите – почти двойно (от 59633 на 109442). Намалява броят на преминалите болни в психиатричните болници и психиатричните диспансери както и специализираните болници за активно лечение в сравнение с предходната година.

Табл. 135. Брой преминали болни за периода 2000-2007 г.

| Вид ЛЗ/Години | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| МБАЛ | 948818 | 929107 | 1000728 | 1051882 | 1170522 | 1215851 | 1197087 | 1196828 |
| СБАЛ | 99600 | 96366 | 105737 | 112120 | 120218 | 129616 | 145761 | 144973 |
| СБДПЛР | 10235 | 7986 | 9410 | 9407 | 9185 | 14429 | 17073 | 17738 |
| СБДПЛ | 13121 | 12025 | 11426 | 11460 | 11146 | 13412 | 12773 | 12931 |
| СБР | 73037 | 70213 | 66213 | 70418 | 76030 | 75016 | 74483 | 81095 |
| ДПФЗ | 8098 | 8785 | 10431 | 12898 | 12917 | 14663 | 15436 | 15060 |
| ДКВЗ | 4005 | 4250 | 4695 | 4864 | 4942 | 5295 | 5709 | 5638 |
| ДОЗ | 32461 | 36919 | 43126 | 48567 | 52878 | 64393 | 67508 | 70925 |
| ДПС | 15069 | 14607 | 15719 | 16356 | 17918 | 17998 | 18214 | 17819 |
| Псих.б-ци | 11839 | 11653 | 12172 | 12050 | 12029 | 12379 | 13076 | 10603 |
| Частни ЛЗ | 7825 | 6023 | 7784 | 14807 | 24815 | 52702 | 77552 | 137639 |
| ОБЩО | 1224108 | 1197934 | 1287441 | 1364829 | 1512600 | 1615754 | 1644672 | 1606892 |

Използваемостта на леглата за 2000-2007 г. (табл. 16 и 17) показва също положителна тенденция на увеличаване, макар и с различни темпове за отделните болници – за многопрофилните болници от 251 (68.58% спрямо 365 дни) на 302 дни (82.74%) за 2005 г., като през 2006 г. и 2007 г. се наблюдава спад до 286 дни (78.36%) и 283 дни (77.53%); за специализираните болници за активно лечение - от 239 (65.3%) в началото на периода на 268 дни (73.15%) през 2007 г.

Табл. 16. Използваемост на леглата по видове болнични лечебни заведения за 2000-2007 г. (в дни)

| Вид ЛЗ/Години | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| МБАЛ | 251 | 241 | 270 | 283 | 297 | 302 | 286 | 283 |
| СБАЛ | 239 | 214 | 238 | 254 | 260 | 269 | 267 | 268 |
| СБДПЛР | 204 | 195 | 232 | 213 | 268 | 274 | 276 | 272 |
| СБДПЛ | 245 | 222 | 259 | 273 | 258 | 291 | 299 | 299 |
| СБР | 180 | 206 | 201 | 203 | 234 | 243 | 244 | 245 |
| ДПФЗ | 267 | 276 | 281 | 281 | 270 | 271 | 252 | 250 |
| ДКВЗ | 185 | 224 | 254 | 251 | 259 | 284 | 289 | 255 |
| ДОЗ | 282 | 293 | 278 | 291 | 314 | 340 | 352 | 338 |
| ДПС | 297 | 288 | 281 | 301 | 305 | 313 | 304 | 295 |
| Псих.б-ци | 280 | 269 | 294 | 301 | 298 | 275 | 286 | 277 |
| Частни ЛЗ | 72 | 55 | 50 | 80 | 106 | 158 | 170 | 191 |

През 2007 г. използваемостта е най-висока в онкологичните (338 дни – 92.60%) и в психиатричните диспансери (295 дни – 80.82%), а най-ниска – в диспансерите за кожно-венерически заболявания (255 дни – 69.86%). Подобрена е използваемостта и в частните лечебни заведения, въпреки че е значително под оптималното ниво – през 2000 г. тя е само 72 дни или 19.67%, през 2007 г. достига 191 дни (52.32%).

Табл. 17. Използваемост на леглата в % (спрямо 365 дни) за периода 2000-2007 г.

| Вид ЛЗ/Години | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| МБАЛ | 68.58 | 66.03 | 73.97 | 77.53 | 81.15 | 82.74 | 78.36 | 77.53 |
| СБАЛ | 65.3 | 58.63 | 65.21 | 69.59 | 71.04 | 73.7 | 73.15 | 73.42 |
| СБДПЛР | 55.74 | 53.42 | 63.56 | 58.36 | 73.22 | 75.07 | 75.62 | 74.52 |
| СБДПЛ | 66.94 | 60.82 | 70.96 | 74.79 | 70.49 | 79.73 | 81.92 | 81.92 |
| СБР | 49.18 | 56.44 | 55.07 | 55.62 | 63.93 | 66.58 | 66.85 | 67.12 |
| ДПФЗ | 72.95 | 75.62 | 76.99 | 76.99 | 73.77 | 74.25 | 69.04 | 68.49 |
| ДКВЗ | 50.55 | 61.37 | 69.59 | 68.77 | 70.77 | 77.81 | 79.18 | 69.86 |
| ДОЗ | 77.05 | 80.27 | 76.16 | 79.73 | 85.79 | 93.15 | 96.44 | 92.60 |
| ДПС | 81.15 | 78.9 | 76.99 | 82.47 | 83.33 | 85.75 | 83.29 | 80.82 |
| Псих.б-ци | 76.5 | 73.7 | 80.55 | 82.47 | 81.42 | 75.34 | 78.36 | 75.89 |
| Частни ЛЗ | 19.67 | 15.07 | 13.7 | 21.92 | 28.96 | 43.29 | 46.58 | 52.33 |

Положителен факт е, че лечебните лечебни заведения за болнична помощ съкращават *продължителността на престоя* и по този показател България достига нивото на среден престой в страните-членки на Европейския съюз. Това обаче не отразява разликите в показателите за дейността на отделните болнични заведения в различните райони на страната. Средният престой за многопрофилните болници намалява от 10.1

дни за 2000 г. до 6.4 дни за 2007 г., а за специализираните болници за активно лечение - от 10.4 до 6.5 дни (табл.18).

Запазва се най-висок среден престой в психиатричните болници – 61.1 дни и психиатричните диспансери – 23.6 дни през 2007 г. Висок е средният престой и в диспансерите за пневмо-фтизиатрични заболявания – 12.9 дни, което се обуславя от лекуваната патология в тези лечебни заведения.

Табл. 18. Среден престой в болничните лечебни заведения за периода 2000-2007 г.

| Вид ЛЗ/Години | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| МБАЛ | 10.12 | 9.23 | 8.22 | 7.9 | 7.41 | 7.19 | 6.57 | 6.4 |
| СБАЛ | 10.43 | 10.02 | 9.07 | 8.48 | 7.96 | 7.67 | 6.78 | 6.5 |
| СБДПЛР | 22.1 | 20.11 | 17.87 | 15.87 | 16.29 | 12.9 | 11.39 | 11.0 |
| СБДПЛ | 19.51 | 18.66 | 16.76 | 15.94 | 13.49 | 12.71 | 11.48 | 10.8 |
| СБР | 13.06 | 13.28 | 12.42 | 11.48 | 11.83 | 10.88 | 10.84 | 9.9 |
| ДПФЗ | 27.22 | 25.85 | 21.39 | 17.15 | 16.43 | 14.55 | 12.93 | 12.9 |
| ДКВЗ | 14.64 | 13.79 | 12.06 | 11.26 | 11.17 | 10.52 | 10.29 | 9.7 |
| ДОЗ | 13.26 | 11.85 | 9.29 | 9.44 | 9.23 | 7.98 | 7.98 | 7.5 |
| ДПС | 31.05 | 30.9 | 27.66 | 27.51 | 25.46 | 26.02 | 25.01 | 23.6 |
| Псих.б-ци | 72.66 | 70.96 | 67.24 | 68.61 | 68.19 | 62.04 | 61.08 | 61.1 |
| Частни ЛЗ | 2.81 | 3.19 | 2.88 | 3.1 | 3.33 | 4.72 | 4.22 | 4.0 |

В резултат на подобрената използваемост на легловия фонд и намаляващия среден престой на болните се наблюдава постепенно увеличение и на *оборота на леглата* (табл. 19).

Табл. 19. Оборот на леглата в болничните лечебни заведения през 2000-2007 г.

| Вид ЛЗ/Години | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| МБАЛ | 25 | 26 | 33 | 36 | 40 | 42 | 44 | 44 |
| СБАЛ | 23 | 21 | 26 | 30 | 33 | 35 | 39 | 41 |
| СБДПЛР | 9 | 10 | 13 | 13 | 16 | 21 | 24 | 25 |
| СБДПЛ | 13 | 12 | 15 | 17 | 19 | 23 | 26 | 28 |
| СБР | 14 | 16 | 16 | 18 | 20 | 22 | 23 | 25 |
| ДПФЗ | 10 | 11 | 13 | 16 | 16 | 19 | 19 | 19 |
| ДКВЗ | 13 | 16 | 21 | 22 | 23 | 27 | 28 | 26 |
| ДОЗ | 21 | 25 | 30 | 31 | 34 | 43 | 44 | 45 |
| ДПС | 10 | 9 | 10 | 11 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| Псих.б-ци | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| Частни ЛЗ | 26 | 17 | 17 | 26 | 32 | 34 | 40 | 48 |

Болниците извършват традиционните дейности за лечение на болни, нуждаещи се от хоспитализация, но в много случаи изпълняват и други функции, изчерпващи финансовите ресурси на болниците - грижи за терминални пациенти, дългосрочни медицински грижи и продължителна рехабилитация. В повечето случаи това се дължи на липсата на

алтернативни заведения, които да поемат пациентите, нуждаещи се от специфични услуги.

Посочените данни обаче са обобщени и не отразяват различното ниво на показателите, както в отделните райони на страната, така и за отделните болнични заведения. За вземането на конкретни решения за реструктуриране на легловия фонд се изисква провеждането на анализ за всяко отделно болнично заведение, за да може да се прецени адекватността и ефективността им в локален, регионален и национален аспект. Това определя необходимостта от мониторинг на показателите за дейността на всяка болница.

Анализът на болничната дейност през 2007 г. по договор с НЗОК е направен по данни на НЗОК. Методологичните различия в годишните отчетни доклади на Здравноосигурителната каса обаче затрудняват сравнителния анализ на дейността на болничните лечебни заведения, сключили договор с НЗОК за болнична помощ.

Броят на лечебните заведения, сключили *договор с НЗОК за дейност по клинични пътеки* по НРД 2006 за 2007 г. е 333, от които – 141 многопрофилни болници (42.34% от всички лечебни заведения, сключили договор за болнична помощ), 68 специализирани болници (20.42%), 33 диспансера (9.91%), 29 МЦ (8.71%), 14 ДКЦ (4.20%), 4 национални специализирани болници за активно лечение (1.20%), 1 МДЦ (0.30%), НЦХТ и 42 други. Броят на договорите спрямо 2006 г. е нарастнал с 20.

Общият брой на случаите през 2007 г. по клинични пътеки е 1 483 657, като от тях най-много са реализирани в УМБАЛ „Св. Георги” - Пловдив – 60 533, МБАЛ - Плевен ЕАД - 36 561, МБАЛСМ „Н. И. Пирогов” ЕАД – 34 996, МБАЛ „Св. Марина” ЕАД – Варна – 35 687, МБАЛ - Русе АД – 29 885 и МБАЛ „Александровска” ЕАД – 26 936. Специално внимание заслужава фактът, че някои от договорните партньори са отчетели по малко от 200 случая за разглеждания период. Нарастването на хоспитализираните случаи може да се обясни с по-големия брой обхванати диагнози по НРД (299 за 2006 г.). За 2007 г. най-голям брой случаи са отчетени по следните клинични пътеки, отразени със съответния относителен дял:

- Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. клас без механична вентилация – 4,2% от общия брой отчетени случаи за болнична помощ по РД-УС-0412/2.2.2007 за 2007 година;
- Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение – 4,2%;
- Грижи за здраво новородено дете – 3,4%;
- Бронхопневмония при лица под 18 годишна възраст - 3,3%;
- Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години – 2,9%;
- Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст – 2,8%.

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

При анализа на данните от НЗОК се установява, че изпълнението на утвърдените прогнозни обеми на дейностите за болнична медицинска помощ по РД-УС-0412/2.2.2007 г. по 155 клинични пътеки възлиза над 100% от предвидените обеми. Клиничните пътеки с преизпълнение на прогнозния брой случаи над 100% формират 59,1% от всички отчетени случаи и за тях са заплатени 67,8% от всички средства, изплатени по КП.

С най-висок относителен дял на хоспитализиране е населението от района на РЗОК Пазарджик – 26,3%, РЗОК Монтана – 26,2%, РЗОК Кюстендил – 26,1%, а най-нисък е този показател в РЗОК Варна и Бургас – 17,1%.

По данни на НЦЗИ за периода 2000-2006 г. се установява тенденция за увеличаване на абсолютния брой на всички хоспитализирани случаи в стационарите на лечебните заведения, а не само заплатените от НЗОК по клинични пътеки. В началото на периода този брой е 1 181 097 или 14456.2‰ и нараства до 1 637 902 за 2006 г. (21274.2‰). От всичките хоспитализирани случаи за 2006 г. само 1379 хил. (84.19%) са отчетени по клинични пътеки по договор с НЗОК. Трудностите при сравнителния анализ по години произлизат от факта, че от 2005 г. класовете болести са вече по МКБ 10. Въпреки това различие, се наблюдава, че едни и същи класове болести, независимо от тяхното ранжиране, обуславят 2/3 от хоспитализациите (табл. 20): бременност, раждане и послеродов период; болести на органите на кръвообращението; болести на дихателната система; на храносмилателната система; новообразувания; на пикочо-половата система, а за 2006г. и 2007 г. и фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта с лечебните заведения.

Табл. 20. Водещи класове болести в структурата на хоспитализираните случаи за периода 2000-2007 г. и относителен дял

| <i>2000 г.</i> | <i>2003 г.</i> | <i>2005 г.</i> | <i>2006 г.</i> | <i>2007г.</i> |
|--|--|--|--|--|
| <i>Бременност, раждане и послеродов период – 14.1%</i> | <i>Бол. на органите на кръвообращението- 16.2%</i> | <i>Бол. на дихат. с-ма – 15.3%</i> | <i>Бол. на органите на кръвообращението- 14.7%</i> | <i>Бол. на органите на кръвообращението- 14.7%</i> |
| <i>Бол. на органите на кръвообращението- 13.8%</i> | <i>Бол. на дихат.с-ма – 15.7%</i> | <i>Бол. на органите на кръвообращението- 14.4%</i> | <i>Бол. на дихат. с-ма – 13.8%</i> | <i>Бол. на дихат. с-ма – 13.1%</i> |
| <i>Бол. на дихат. с-ма – 13.4%</i> | <i>Бременност, раждане и послеродов период –</i> | <i>Бременност, раждане и послеродов</i> | <i>Ф-ри, влияещи в/у здр.състояние - 9.5%</i> | <i>Ф-ри, влияещи в/у здр.състояние</i> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | 11.3% | период – 9.3% | | - 10.6% |
| Бол. на храносм.с-ма – 8.5% | Новообразувания – 10.1% | Новообразува ния – 8.2% | Бременност, раждне и послеродов период – 8.8% | Бременност, раждне и послеродов период – 8.4% |
| Новообразувани я – 8.3% | Бол. на храносм.с- ма – 8.3% | Бол. на храносм. с- ма – 7.9% | Бол. на храносм. с- ма – 8.7% | Бол. на храносм. с-ма – 8.6% |
| Бол. на пикочо- половата с-ма – 8.2% | Бол. на пикочо- половата с-ма – 7.5% | Бол. на пикочо- половата с- ма – 7.1% | Бол.на пикочо- половата с-ма – 7.1% | Бол.на пикочо- половата с-ма – 7.4% |
| Общо: 66.3% | Общо: 69.1% | Общо: 62.2% | Общо: 62.6% | Общо: 62.8% |

За всички анализирани години се наблюдават съществени различия в честотата и структурата на хоспитализираните по възрастови групи. През 2007 г. при хоспитализираните на възраст от 0 до 17 години честотата е 23269 на 100 000 души от населението, като 4 класа болести обуславят 70% от хоспитализациите. Водещи са болестите на дихателната система – 1/3 от всички хоспитализирани случаи (33.6%), следвани от клас XXI – фактори, влияещи върху здравното състояние и контакта със здравните служби – 1/5 от хоспитализираните (20.1%), някои инфекциозни и паразитни болести – всеки десети хоспитализиран (10%) и на четвърто място са травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини (6.6%). Другите класове болести са представени с много по-ниски относителни дялове. Запазва се структурата по класове болести, както за предходната година, но дялът на болестите на дихателната система е значително снижен (37.4% за 2005 г.) за сметка на останалите 3 класа болести.

При хоспитализираните на възраст 18-64 години честотата е по-ниска – 18662 на 100 000 души от населението, като 6 класа болести обуславят близо 2/3 от хоспитализациите. Водещи в структурата са бременност, раждане и послеродов период (15.2%), и болести на органите на кръвообращението (12%). Следват болести на пикочо-половата система (9.1%), на храносмилателната система (8.9%), на органите на кръвообращението (8.5%) и новообразувания (7.7%), които общо съставляват 61.4% от всички хоспитализации от тази възрастова група.

При лицата над 65 години честотата на хоспитализациите е най-висока – 37229 на 100 000 души от населението. Пет класа болести обуславят 2/3 от всички хоспитализации, като водещи са болести на органите на кръвообращението (29%). Следват болести на дихателната система (10.7%), на храносмилателната система (10.4%), фактори, влияещи върху здравното състояние (9%) и новообразувания (8%). Посочените класове болести

съставляват 67.1% от всички хоспитализирани случаи при тази възрастова група.

Във финансирането на болничната помощ могат да се открият следните недостатъци: “цените” на КП най-често не са съобразени с реалните разходи, като значителна част от КП са “подценени”, а друга – “надценени”. Много често стойността на КП не е обвързана с тежестта на заболяването, придружаващите заболявания и качеството на предоставеното лечение. Тези ситуации създават реална възможност за увеличаване хоспитализациите на болни по “доходоносни” КП, стремеж за вписване на диагноза, която е включена в КП с по-добро финансиране; ограничено хоспитализиране на възрастни, полиморбидни и рискови пациенти; генериране на загуби от лечебни заведения за болнична помощ, които лекуват „тежки” според хода на протичането или комплицирани случаи.

Тъй като КП не са финансов инструмент и не отчитат наличието на придружаващи заболявания и усложнения, един епизод на грижи често се разделя на няколко хоспитализации по различни КП като се увеличават ненужно здравноосигурителните плащания към изпълнителите, пациентите не се диагностицират и лекуват комплексно и се ограничава болничния прием на възрастни и/или полиморбидни пациенти. Контролът, упражняван от НЗОК като купувач на услуги, е свързан с преглед на отчетната документация и спазване разпоредбите на НРД. Контрол върху качеството на предоставените услуги и доколко тези услуги са действително извършени, на настоящия етап е невъзможен.

Отсъствието на задълбочена оценка на потребностите на населението от болнична помощ и на неблагоприятията в отделните болници, създава трудности при формулиране на правилни управленски решения. Проблемите във финансирането и издръжката на болниците са едни от основните в системата, при това някои от болниците не са ограничили разходите си в съответствие с получаваните приходи и изразходват повече, като очакват допълнителни средства от държавния бюджет. Редовна практика през последните години е погасяването на преразходите със средства, предоставени от Министерството на финансите. Това създава възможност за нецелесъобразни действия и липса на стимулиране на управленските умения. Продължаващото съществуване на нерационална структура на болничния леглови фонд по специалности и недостатъчният брой профилирани лечебни заведения за пациенти със завършило активно лечение (за долекуване и рехабилитация и др.) натоварват небалансирано и нефективно заведенията за болнична помощ.

Недобрата координация и връзка с лечебните заведения за извънболнична помощ и съсредоточаването на пациентите в големите болници увеличава листата на чакащите в тях и ограничава достъпа до болнични услуги. Липсата, или недостатъчните инвестиции за болнична помощ, създават предпоставки за неудовлетворително качество на

предлаганите услуги. Допълнително негативно влияние върху обема и качеството на услугите има и ниското заплащане на труда на лекарите и сестрите и е предпоставка за наличие на нерегламентирани плащания. Като определен недостатък може да се посочи и недостатъчното участие на пациентски организации в обсъждането и предлагането на мерки за повишаване на достъпа и ефективността на болниците.

Посочените проблеми изискват:

✓ Провеждането на задълбочен анализ на нормативната база и своевременно предлагане на необходимите промени, свързани с разработването на поетапни мерки за реструктуриране на легловия фонд и практическото им реализиране.

✓ Създаването на мрежа от лечебни заведения за долекуване, хосписи и социални домове, както и подобряването на координацията между различните звена ще допринесе за повишаване на ефективността на цялата здравна система.

✓ Разработването на мерки за повишаване на отговорността и контрола от страна на собствениците на лечебните заведения за болнична помощ има съществено значение за повишаването на тяхната ефективността, която следва да се оценява перманентно.

✓ Модернизирането на болничния сграден фонд и реновирането на медицинското оборудване и апаратура е необходимо условие за повишаване на качеството на болничната помощ.

✓ Необходимо е да се извърши остойностяване на използваните в момента клинични пътеки или да се търсят нови методи за финансиране на болничната помощ, при които да се създаде мотивация за ефективно използване на ресурсите.

3.1.3.4. Опазване на общественото здраве

През последните десетилетия европейските страни ориентират политиките си за по-добро здраве все повече към развитие на системата за общественото здравеопазване и създаване на устойчиви модели, осигуряващи качествени здравни услуги при неголеми разходи.

Преходът в развитието на страната от преди две десетилетия увеличи негативните въздействия на редица фактори върху здравето, особено силно при лицата с ниски доходи и групите с висок риск. Системата за опазване на общественото здраве също беше поставена на изпитание. За разлика от извънболничната и болничната помощ, които претърпяха решителни реформи, тя запази своята централизация, като промените в структурата и функциите ѝ, а също в редица дейности, се извършиха постепенно. Обхватът на работа на системата се приведе в съответствие с новите условия на развитие; промоцията на здравето и профилактиката на

болестите са приети като приоритетни за системата; въведени са дейности за предотвратяване на риска за здравето; приета е необходимостта от прилагане на европейското законодателство (свързано с някои аспекти на здравето); усъвършенства се вътрешната организация на системата; актуализира се законодателството и нормативната основа, подобрява се материалната база, част от дейностите се децентрализирани.

Повечето от дейностите за промоция на здравето и профилактика на болестите през 2006 г. се реализират в рамките на повече от 24 национални програми и проекти, вкл. демонстрационни.

Мероприятията за опазване на общественото здраве могат да се обединят общо около три главни подхода: образование и информиране на населението, профилактика на болестите и протекция на здравето.

- *За информиране на населението за здравето и болестите са реализирани разнообразни по тематика, форма и съдържание мероприятия, главно от РИОКОЗ, с участие на партньори от лечебната мрежа, локалните общински структури и организации и НПО. Целта е изграждане у хората на база от знания за здравето и умения за неговото опазване. Образоването е ориентирано предимно към *поведенческите фактори на риска* в различни възрастови групи: тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотици; към *биологичните фактори на риска*: повишено кръвно налягане, повишен серумен холестерол, повишено телесно тегло; към *стреса*, а също и към *най-честите форми на хроничните болести* (ИБС, МСБ, рак, БДС, травми, остеопороза и други). Информацията се предава с помощта на медиите, множество беседи, лекции, видеопокази, аудио и видеоклипове, дискусии на кръгли маси, тематични дни и кампании и т.н., спортни мероприятия, викторини, разпространение на печатни материали и други.*

Изключително широка е информационно-обучителната дейност за контрол на тютюнопушенето в страната, а също и за вредната употреба на наркотици. Значителни по обем са дейностите, насочени срещу злоупотреба с алкохол и за повишаване на двигателната активност – предимно в младата възраст. През последните години нараснаха образователните дейности за здравословно хранене, които ще се разширяват в рамките на съответната национална програма.

В различните региони на страната активността на образователната дейност е различна, което се определя от капацитета и броя на локалните специалисти в РИОКОЗ, партньорите им, работещи в тази насока и наличните финансови средства. За населението са проведени над 2000 семинара, 1600 курса, 2500 беседи, 3400 видеопокази, 280 масови кампании, над 2000 ТВ предавания и 5000 радиопредавания за здраве. Публикувани са 1453 материала в пресата, проведени са 131 пресконференции. Издадени и разпространени са над 290 материала, финансирани от бюджета на МЗ и РИОКОЗ. Следва да се отбележи обаче, че на много места образователните

мероприятия нямат добра насоченост и достатъчен интензитет, за да доведат до промени в поведението. Най-добре провеждани образователни дейности има в демонстрационните зони на програмата за профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания – СИНДИ.

- *Профилактиката на болестите* е дейност, в основата на която са поставени ОПЛ и други медицински специалисти. Редица нормативни актове на МЗ определят характера и обхвата на тази дейност.

Профилактиката на редица инфекциозни болести се осъществява чрез имунизациите. Те се извършват съгласно имунизационния календар на страната. През 2006 г. имунизациите са проведени успешно за всички определени нозологии и съответни контингенти население, като обхватът е 95-96%. Положителен факт е, че у нас се поддържа висок имунизационен обхват, предоставят се безвредни и ефективни ваксини, съблюдават се изискванията за контрол с оглед безопасна имунизационна практика, полагат се усилия за подобряване системата за регистрация и проследяване на нежеланите реакции след ваксинация. На този етап все още е твърде нисък, според изискванията на СЗО, обхватът на имунизациите срещу грип. За добрите резултати от специфичната профилактика се съди по регистрираното трайно снижаване на инфекциозната заболеваемост в страната.

Изключително важен раздел от профилактичната дейност е и контролът на хроничните неинфекциозни болести. Ролята на ОПЛ в тази насока е много отговорна. През 2006 г. регистрираните при ОПЛ здравноосигурени лица (ЗОЛ) се увеличават, което създава добри възможности за обхващане на повече хора в профилактичните мероприятия. Може да се каже, че ОПЛ действително извършват определен обем профилактика на болестите в рамките на своята практика, който би трябвало да нараства ежегодно. През 2006 г. обаче, средномесечните профилактични прегледи при ОПЛ са намалели с 3% за всички възрасти (с изключение на децата от 0 до 1 г.), което е тревожен факт. От друга страна, осигурената възможност за достъп до специализирана помощ на лицата до 18 г., бременните и родилките доведе до значимо нарастване на посещенията при изпълнителите на тези услуги с над 80%. Намалял е и броят на диспансеризираните лица с 2%. Най-честата диспансеризация в ПМП е за хипертония (62%). Липсва обаче система за оценка на качеството на диспансеризацията.

Трябва да се признае, че ОПЛ не може да се назове основен изпълнител на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите. Контролът на профилактичната му дейност (нейното качество и обем) остава недостатъчно изяснен. Това налага изясняването на подходите за проследяване и оценка на извършваните профилактични дейности на фона на ясни задължения.

СИМП набляга предимно на лечението на болестите и вторичната профилактика, като образователните и обучителните дейности с болните и лицата в риск са на по-заден план. Реализират се и различни скрининги за намаляване на някои тежки заболявания: рак на гърдата, на шийката на матката, на простатата, за остеопороза и други. Неонаталният скрининг в рамките на националната програма за профилактика на наследствените болести обхваща 95% от новородените. Откритите деца с хипотиреоидизъм и фенилкетонурия се лекуват успешно. Активно се работи и по програмата за пренатална диагностика на най-честите хромозомни болести. Много добре се реализират мероприятията по програмата за йоддефицитните състояния. От голямо значение е и създадената възможност за безплатни анонимни изследвания по програмата за превенция на ХИВ/СПИН.

В болниците профилактичната дейност също е недостатъчна, въпреки наличието на добри модели, които могат да се използват.

За профилактика на отделни болестни форми на ниво популация се реализират значителен обем мероприятия и от РИОКОЗ, които обхващат голям брой население, разпространяват се и много материали за контрол на различни болести.

Като цяло дейността на повечето структури на здравните и лечебните заведения в областта на профилактиката на болестите не е достатъчно агресивна и усилията за намаляване на рисковете за здравето на населението не са с достатъчен интензитет и продължителност.

✓ Профилактиката не е задължение само на здравните и лечебни заведения. Дейността по редица програми на държавни структури и организации съдържа различни елементи на опазване здравето на хората. Тези дейности са свързани най-вече с детерминантите на здравето: намаляване на бедността, трудовите доходи, намаляване на социалната изолация и други. В реализирането им участват и работещите в лечебните и здравни заведения. Има програми, които са свързани с рисковите групи от населението. Все още обаче не би могло да се каже, че отделните сектори отчитат влиянието на своята политика върху здравето на населението, включително на работещите в тези сектори. Не се оценява и мониторира рискът за здравето, който те създават с оглед намаляването му. Не са много съвместните изследвания (междусекторни) в тази насока с оглед предприемане на координирани мероприятия за по-добро здраве. Все пак през последните години активността на секторите нараства, вкл. и под натиска на обществото.

✓ Обучението на медицинските професионалисти в умения за работа по проблемите на промоцията на здравето, профилактиката и лечението на болестите е важно изискване за добра профилактична практика. Проведени са десетки семинари и курсове от различни организатори: МЗ - в рамките на програми, НЦООЗ – също в рамките на програми и СДО, БЛС, отделни научни дружества, фармацевтични фирми и НПО. Тази полезна и много

необходима дейност за съжаление не е добре координирана, не се отчита интегрираността в подходите за интервенция, което влияе на крайните резултати от нея.

- *Протекцията на здравето* е важен елемент от грижите за по-здравата нация. Осъществява се чрез *държавния здравен контрол*, законите и нормативните актове и други документи в тази насока. Здравният контрол в основни линии се изпълнява от специалистите на РИОКОЗ. През 2006 г. броят на обектите с обществено предназначение, имащи отношение към здравето, подлежащи на контрол е нарастнал с 16 006 (в сравнение с 2005 г.) до 240 287 обекта. Проверките на обектите обаче, са намалели с 32 736 броя. Средната кратност на проверките и обследванията на един обект също е намаляла. По-малък е и броят на предписанията за отстраняване на нередностите. Драматично е спаднал (с 50%) броят на съставените актове за глоби и имуществени санкции. Тази ситуация не може да се счита за приемлива, поради което трябва да се установят факторите, свързани с нея, с оглед корекция.

Здравно-техническите експертизи (от РИОКОЗ) са нараснали в сравнение с 2005 г., както и участието на техни представители в експертни съвети. Лабораторният контрол върху храните на пазара показва, че има групи/видове храни, които се контролират рядко, в някои случаи - много рядко. От групи храни, обект на повишено внимание, са взети минимален брой проби за анализ. Количеството взети проби за някои храни не отразява техния пазарен дял и потреблението им. Може да се каже, че при контрола на храните има редица немалки проблеми.

Почти двойно е увеличен броят на издадените актове и заповеди за спиране пускането на пазара на *химикали, препарати* и други подобни, поради нарушения на изискванията за формата и съдържанието им. Голям е броят на нарушенията за етикетирание и опаковане, за които също са издадени актове и заповеди за спиране.

Проследяването на някои параметри на околната среда показва, че за *атмосферния въздух* пробите със замърсители за прах и аерозоли над пределно допустимите концентрации (ПДК) са - 7.2% по-малко в сравнение с 2005 г., за газове над ПДК показателят е 2.8%; нивото на *шума* в градовете запазва високите си стойности – 76.4% от направените 4707 замервания са със стойности над допустимите.

Съответствието на питейната вода със стандартите, по данни на провеждания през 2006 г. мониторинг от РИОКОЗ, е високо – 97.7%. Процентът на несъответствие за водите в плувните басейни е 7.65% - малко по-нисък в сравнение с 2005 г.

Здравно-радиационният контрол е активен - проверени са над 200 обекта, дадени са 173 заключения на нови обекти, над 200 предписания редица актове и наказателни постановления. Създаването на регистър на всички лица, работили в среда на йонизиращи лъчения е в ход, за да бъдат

наблюдавани те продължително време (до навършване на 75-годишна възраст и не по-малко от 30 години след прекратяване на работа в среда на йонизиращи лъчения), с оглед ранно откриване и профилактика на евентуални късни радиационни ефекти. Специализираният радиационен контрол в атомната електроцентрала “Козлодуй” не е установил отклонения от нормативните граници. Съдържанието на радиоактивни елементи в изследваните хранителни продукти е многократно под установените норми за радиоактивност на храни в Република България.

Надзорът за заразните болести над обектите, свързани с него, показва занижени показатели по редица параметри. Намалели са силно не само проверките, но и броят на издадените в обектите предписания, по-малко са и наказателните постановления и т.н.

Дейности за протекция на здравето, свързани с околната среда (вкл. работната), се реализират в рамките на редица проекти, програми и отделни задачи с участието на много партньори.

С оглед по-добро опазване на здравето, а също за определяне на подходи и механизми за работа по укрепването му или профилактика на болестите през 2006 г. са внесени поправки в четири закона и са разработени и обнародвани 33 нормативни акта – самостоятелни разработки на МЗ или съвместно с други ведомства. Важно е да се отбележи, че 21 от тези актове са хармонизирани с европейското законодателство.

Както се отбеляза, *програмите за промоция на здравето и профилактиката на болестите* у нас са значителен брой. Анализирането и оценяването на резултатите от тях е трудно поради редица причини. Въпреки определен напредък в реализацията на редица програми, проблемите, които те решават остават. Необходим е по-дълъг период от време и повече средства за работа по програмите. Едва ли ще бъде пресилено да се каже, че в този си вид и с наличното финансиране те няма да могат да решат ускорено стратегическите проблеми на здравеопазването, към които са насочени. Единични са съществуващите програми, които имат интегриран подход, ясна политика, цели, задачи и показатели за мониторинг и оценка.

Въпреки декларираната приоритетност на промоцията на здравето и профилактиката на болестите и реализацията на редица програми, епидемиите от хронични болести у нас не показват тенденции към овладяване.

Проблемите при осъществяване на дейностите по промоция на здравето, профилактика на болестите и здравната протекция, са свързани основно с доминиране на лечебния подход в реализацията на здравната политика и недостатъчно прилагане на принципите за развитие на модерното обществено здравеопазване.

Наличието на негласна съпротива на опитите за промяна на съотношението профилактика/лечение се основава от една страна на

непознаване на успехите на профилактиката в Европа и в света и недостатъчното разбиране на дългосрочните човешки и финансови ползи от профилактиката и нейната ефективност спрямо разходите, а от друга - поради ориентирането към най-прости решения за съществуващите проблеми, търговски натиск и особено нетърсене на отговорност за постигане на целите в областта на общественото здравеопазване. Недостатъчното инвестиране в промоцията на здравето и профилактиката на болестите във вертикален и хоризонтален разрез на национално и регионално ниво създава определени трудности. Наличието на конфликт на търговски и пазарни интереси – подържане на производства, вредни за здравето (напр. производство и търговия с тютюн, алкохол и други), субсидиране на производства на храни, които не са полезни за здравето, както и недостатъчното спазване на съществуващото законодателство и нормативните уредби, създава определени рискове за функционирането на системата.

Всичко това налага реформите в областта на опазване на общественото здраве да продължат, като се подготви консенсусна стратегия за политиката в тази област, която разпределя дейностите между всички участници в процеса.

3.1.3.4.1. Кризисни ситуации

Климатичните особености на Р. България създават възможност за възникване на кризисни ситуации, причинени от бури, урагани, прекомерни застудявания и заледявания, проливни дъждове, наводнения, необичайно затопляне на времето, засушавания, земетресения и др. Тези стихийни бедствия освен огромния риск за околната среда и населението водят до огромни материални щети, които дават значително отражение върху икономиката на страната. В резултат на наводненията от 2005 г нанесените щети са на стойност – 622 млн. лв.; разрушени пътища – 2 470 км; разрушени мостове – 219; унищожена земеделска земя – 1 млн. 126 хил. декара.

Материалните и човешки загуби при кризисни ситуации определят необходимостта превенцията на вредните за здравето въздействия да намери място сред националните приоритети. Необходимо е основната дейност на всички министерства да бъде превантивната, като се разчита и на частния сектор и на обществените организации.

Медицинското осигуряване на населението при кризисни ситуации е регламентирано със Закона за здравето (раздел V, чл. чл. 114, 115 и 116). Организацията на медицинското осигуряване на населението при бедствия, аварии и тероризъм се изгражда на възможностите на органите за управление на различни нива (МЗ, РЦЗ, РИОКОЗ, ЛЗ), наличните медицински сили и средства и съществуващата нормативна база.

За по-доброто регулиране и взаимодействие между институциите от началото на 2005 г. действа *Закон за управление при кризи и Закон за защита при бедствия от 2006г.* Организацията, ръководството, координацията и контролът на дейностите по недопускане, намаляване и ликвидиране на последствията от бедствия, аварии и катастрофи се провежда от МС чрез *Съвета по сигурността*, респ. *Министерство на държавната политика при бедствия и аварии (МДПБА)*. Създадената *Междуведомствена комисия за взаимодействие и подпомагане към МС* изпълнява своята дейност чрез министерства, ведомства, местните органи на властта, правителствените и неправителствените организации. За организиране и координиране на медицинското осигуряване на населението при кризи е създаден *Съвет по сигурност и управление при кризи* към Министерството на здравеопазването.

За своевременно и адекватно реагиране при възникване на кризисни ситуации през 2007 г. е приет *Правилник за организацията и дейността на Междуведомствената комисия за възстановяване и подпомагане към МС*.

Откритият през 2006 г. *Национален медицински координационен център (НМКЦ) към МЗ и Единния телефон за спешни повиквания – 112* (въведен пилотно за гр. София), подпомагат комуникационно и информационно медицинското осигуряване.

Следва да се отбележи, че рискът от кризисни ситуации и екстремални климатични явления и свързаните с тях опасности за здравето в много райони се увеличава под действието на редица климатични фактори (изменения в хидро - и екосистемите, а така също и в социално-икономическите системи, изменение в характера на земеползването, изсичането на горите, урбанизацията и др.). В същото време информацията за оптималните мерки за самозащита, която да се предостави на населението е оскъдна. Това налага превенцията на вредните за здравето въздействия от кризисните ситуации да се включи сред националните приоритети.

За тази цел:

✓ МЗ, други министерства и национални центрове (НЦООЗ и др.) следва да разработят превантивен модул за подготовка на населението за поведение и действие при кризисни ситуации, чрез който да осигурят повишаване нивото на знания на населението и специалистите за болестите причинени от кризисни ситуации и екстремални климатични явления.

✓ Необходима е координация в действията и сътрудничество между органите на общественото здравеопазване, службите по хидрология и метеорология, Национална служба “Гражданска защита”, Пожарна безопасност и защита на населението и др. на национално, регионално и местно ниво.

✓ В кратки срокове инфраструктурите на здравеопазване, енергетика, транспорт и др. да бъдат приспособени към климатичните промени, за да се намалят щетите от тях.

✓ Да се анализира натрупания опит като се направи оценка на съществуващите системи за ранно предупреждение и придобитите знания да се използват при планиране действията в подобни ситуации в бъдеще.

✓ Участието на нашата страна в Евроатлантическите структури и дейности налага разширяване на обучението в областта на администриране, мениджмънт при кризи и взаимодействие на медицинските сили с организации и структури, извършващи хуманитарни дейности.

РОЛЯ НА ЧАСТНИЯ СЕКТОР И НПО

- *Частни лечебни заведения*

С влизане в сила на първия национален рамков договор (НРД) в средата на 2000 г. първичната и голяма част от специализираната амбулаторна медицинска и стоматологична помощ се осъществяват от частни лечебни заведения. Средствата за издръжка, консумативи, закупуване и поддръжка на апаратура, за разширяване обема на предлаганите медицински и стоматологични услуги, за въвеждане на нови технологии и т.н. се осигуряват от частни средства. Част от диагностично-консултативните и денталните центрове са общинска собственост, поради което издръжката и инвестициите са задължение на съответните общини.

Както е известно, изграждането и оборудването на едно болнично лечебно заведение изисква наличието на много голям ресурс. Същевременно стационарното лечение е най-скъпо струващата част от медицинското обслужване на населението. Поради тези причини интерес представлява и участието на частните болнични лечебни заведения в системата на здравеопазване в България. Относителният дял на частните болнични лечебни заведения (ЧБЛЗ) в страните от Европейския съюз спрямо държавните е средно 20%. В България дялът на ЧБЛЗ е 24.32 % от болниците в страната.

За 2007 г. през ЧБЛЗ са преминали общо 137 639 души. За същия период през всички болници (общинска или държавна собственост) са преминали 1 469 253 души. Видно от тези данни дейността на всички ЧБЛЗ е била съответно 9,37% от общата дейност на всички болници. Използваемостта на леглата е един от показателите за дейността на болниците, характеризиращ обобщеното използване капацитета на легловия фонд. От 2000 до 2006 г. този показател за ЧБЛЗ е нараснал 2.4 пъти и достига 170 дни. През 2007 г. използваемостта достига 191 дни, или 52.3%. Въпреки това използваемостта е около един и половина пъти по-ниска от средната за страната. Оборътът на леглата отразява нивото на ефективност на използването им и се отчита на база брой преминали през болничните

легла пациенти. В ЧБЛЗ той се е увеличил с 1.2 пъти в сравнение с 2006 г. и през 2007 г. е бил 48, като по този показател ЧБЛЗ се доближават до средните за страната стойности за болниците за активно лечение и онкологичните диспансери. Средният престой на един пациент в ЧБЛЗ от 2.8 дни за 2000 г. се е увеличил на 4. дни през 2007 г.

ЧБЛЗ могат да сключват договори с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за болнично лечение (по клинични пътеки) и за предоставяне на специализирани и високоспециализирани дейности. Същевременно ЧБЛЗ предлагат и болнично лечение, което не е включено в пакета дейности, покриван от бюджета на касата. Предлаганите извън пакета на касата услуги се подбират така, че да запълват ниши в диагностичната и лечебната дейност, като цените им се определят от изпълнителя.

От преминалите за активно лечение през частните заведения болни за 2007 г. с най-висок относителен дял са хирургичните (32%) и акушеро-гинекологичните (14%) случаи. От общият контингент на ЧБЛЗ 17% са пациенти за долекуване и продължителна рехабилитация.

Данните за нивото на използваемост на легловия фонд и средния болничен престой сочат, че ЧБЛЗ, с малки изключения, приемат за лечение сравнително леки, некомплицирани случаи. Това се обуславя от факта, че те се финансират с частен ресурс и стремежът е насочен към генериране на печалба. При сключване на договор с НЗОК, обикновено се подбират високоспециализирани диагностични дейности, ниско-ресурсоемки клинични пътеки, както и такива, които са свързани с минимален риск.

- *Частни доброволни здравноосигурителни фондове*

Инвестициите на частните здравноосигурителни фондове в здравеопазването са твърде ограничени. По данни на МФ досега в България са регистрирани 14 частни здравноосигурителни дружества с около 100 000 ползватели.

Комисията по финансов надзор отчита, че за 2006 г. общият премиен приход (вноски от осигурени лица) е 20 млн. лв., а за първото шестмесечие на 2007 г. - 14 млн. лв. За здравноосигурителни плащания към изпълнители на медицинска помощ за същия период на 2007 г. са похарчени 7 млн. лв. Останалите средства са печалба и задължителен резерв, който трябва да гарантира стабилността на осигурителното дружество. На фона на публичните разходи за здравеопазване сумата е символична и е сравнима с бюджета на една неголяма болница.

Частните здравноосигурителни фондове предлагат здравни услуги по предварително обособени пакети за:

- ✓ профилактика и подобряване на здравето;
- ✓ извънболнична медицинска помощ;
- ✓ болнична медицинска помощ;

- ✓ възстановяване на разходи за медицински услуги, както извън, така и в обхвата на задължителното здравно осигуряване.

Приблизително 15% от плащанията са за профилактика, 65% - за извънболнична помощ, от 10% до 15% - за болнична помощ и 5% до 10% - за възстановяване разходите, направени от здравноосигурените лица.

Пакетите на отделните частни здравноосигурителни фондове се различават по обхват и покритие. Най-общо може да се каже, че повечето фондове предлагат няколко здравноосигурителни пакета (най-често основен и разширен и по-рядко и оптимален), като застрахователните премии се определят съобразно пакета и индивидуалния рисков профил на застрахования. Съществено значение има и фактът, че не всички фондове поемат лечението на предхождащи и хронични заболявания, както и дентална помощ или възстановяването на разходите за нея.

Здравноосигурителните компании сключват договори с изпълнители от различните нива на медицинската помощ за вида, цените, условията и реда за извършването на медицинските услуги.

В България три частни здравноосигурителни компании държат общо около 81% пазарен дял, като участието на една от тях е 58%, като 75% от средствата на фондовете са концентрирани в договори за здравно осигуряване на служителите на големи фирми (БТК, мини “Марица-изток”, “Кремиковци”), чиито работодатели внасят здравноосигурителните премии за наетите от тях лица.

У нас частните здравни фондове дублират, а не заместват услугите от основния здравен пакет, покриван от НЗОК. Осигуряващото се лице заплаща два пъти за едни и същи услуги – едни път като задължително здравноосигурено лице - към НЗОК и втори път – към доброволния фонд.

Въпреки отчитането на годишен ръст в премийните приходи от 27% за 2006 г., пазарът на доброволните здравни осигуровки е с изключително ниска база. Основните фактори за ограничения пазар на този вид осигуряване у нас са:

- ✓ липсата на традиция;
 - ✓ икономическото положение на средния гражданин, което не позволява да се отделят допълнителни средства;
 - ✓ липсата на ясна и точна дефиниция на основния пакет медицински услуги, предоставян безплатно на здравноосигурените лица от НЗОК;
 - ✓ недостатъчни законодателни промени, стимулиращи частното осигуряване с изключване на премиите от облагаемите доходи .
- *Неправителствени организации*

Над сто са неправителствените организации, обявяващи се в публичното пространство като структури, работещи в сферата на здравеопазването, околната среда и факторите за здраве, профилактика и лечение, както и сдружения, форуми и институти за консултантски и правозащитни услуги в сферата на здравеопазването.

В спектъра на неправителствените организации в последните години определено нараства ролята на конфедерацията “Защита на здравето” и “Българска асоциация за защита на пациента”. Конфедерация “Защита на здравето” обединява 15 пациентски организации и защитава интересите на над 1 мил. граждани с хронични заболявания. Основната цел на Конфедерацията е защита правата на пациента, участие в разработването и реализирането на националната здравна политика, участие в експертни работни групи към МЗ и НЗОК, съвместна дейност с държавни институции за промени в нормативната уредба в интерес на пациентите и други.

“Българската асоциация за закрила на пациентите” има за цел подобряване на здравната система в България чрез обмен на информация, знания и опит с пациентите в страната, дейности за промяна на съществуващите системи на здравеопазване и здравно осигуряване. Асоциацията осъществява юридически консултации и медико-консултантска помощ за граждани по проблеми, свързани със здравеопазването, социалното и здравното осигуряване и застраховане. Участва в национални и международни проекти в здравната и социалната област за регламентиране и прилагане на устойчиви форми за гражданско участие в управлението и контрола на всички нива и сфери в системата.

Неправителствените организации, работещи в сферата на здравеопазването, оказват своята финансова подкрепа на нуждаещи се граждани основно чрез акционен фондонабиране.

Основните проблеми в дейността на неправителствените пациентски формации, работещи в областта на здравеопазването са:

- ✓ разпокъсаност на организациите поради фиксиране на работата им в областта на определени заболявания;
- ✓ липса на национално представителство;
- ✓ непознаване или пренебрегване на действащото законодателство;
- ✓ спонтанни действия и липса на диалогичност.

3.3. ОГРАНИЧАВАНЕ ЧЕСТОТАТА НА БОЛЕСТИТЕ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННАТА СМЪРТ

3.3.1. Рискови фактори

3.3.1.1. Генетични фактори

Наследствените болести, вродените аномалии и предразположения заемат съществен дял от заболяемостта и смъртността във всички възрастови групи. Според Националната програма за профилактика на наследствените болести, предразположения и вродените аномалии 2000-2005 г. с вродени аномалии се раждат около 5% от всички новородени у нас, или 3500 годишно у нас (табл. 21).

Табл. 21. Вродени дефекти: групи, честота и очакван максимален брой на увредени деца при 70 000 раждания ⁴⁵

| Група | % от новородените | % от вродените дефекти | Максимален брой при 70000 раждания |
|-------------|-------------------|------------------------|------------------------------------|
| Малформации | 3 | 60 | 2100 |
| Моногенни | 1.4 | 28 | 980 |
| Хромозомни | 0.6 | 12 | 420 |
| Общо | 5 | 100 | 3500 |

Групата на малформациите включва над 1000 различни синдрома, като в 40% от случаите етиологията не е изяснена. Рискът за повторение не е по-висок от 1-3%. Факторите на околната среда и начинът на живот играят решаваща роля за проявата им.

Моногенните вродени дефекти са с висок риск за повторение – от 25% до 50% при всяка следваща бременност. Факторите на околната среда нямат решаваща роля – те само могат да модифицират клиниката.

Известни са над 100 различни хромозомни болести. Синдромът на Down заема 50% от случаите с хромозомни аномалии. Факторите на околната среда нямат решаваща роля – те могат да модифицират клиниката. Над 50% от ранните спонтанни аборти в първи триместър на бременността и мъртворажданията се дължат на хромозомни аномалии.

В структурата на неонаталната заболеваемост (до 28 ден след раждането) наследствените болести и вродените аномалии заемат трето място с 11.4% при доношените новородени. Вродените аномалии заемат първо място в структурата на детската смъртност до 1-годишна възраст, като те са причина за 40% от случаите.

По масовите неонатални скринингови програми у нас се изследват 95% от всички новородени. За 5 години са открити 110 болни деца (100 с вроден хипотиреоидизъм и 10 с фенилкетонурия), повечето от които успешно се лекуват. Провежда се и селективен постнатален ДНК-скрининг за диагностика и определяне на информативност при рискови фамилии с клинична диагноза: муковисцидоза, бета-таласемия, спинална мускулна атрофия, мускулна дистрофия Дюшен/Бекер и “пояс-крайник”, болест на Уилсън и др. Направени са 108 дородови диагностики на най-честите тежки и нелечими наследствени болести. За пет години изпълнение на програмата са предотвратени 29 случая на наследствена болест (като бета-таласемия или муковисцидоза). Тези дейности се уреждат и с Наредба № 26/14.06.2007 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.

⁴⁵ Национална програма за профилактика на наследствените болести, предразположения и вродените аномалии 2000-2005 г.

Особено ефективни и ефикасни са масовите скринингови програми за откриване на носителство при тежки наследствени заболявания. Модел на такава програма е откриването на носители за бета-таласемия, каквито са от 3% до 8% от населението у нас (в зависимост от региона). Активно се изпълнява нововъведената масова дородова (пренатална) програма за оценка на риска от най-честите хромозомни болести и малформативни синдроми. По нея са изследвани 7606 бременни, като половината от тях са били изследвани през 2005 г. Предвижда се до края на програмата да бъдат обхванати всички бременни - около 70 000 годишно.

Наследствените болести и вродените аномалии са по-чести при някои групи болни – 15 до 20% от пациентите на хемодиализа и чакащите за бъбречна трансплантация са с наследствена бъбречна поликистоза.

От раковите заболявания 10% имат наследствен характер с много висок риск за унаследяване – от 25 до 50%. Ракът на млечната жлеза е най-често срещаното се злокачествено заболяване сред българските жени, като в около 1/4 от болните се установява фамилна обремененост. Ракът на дебелото черво е една от най-важните причини за заболяемостта и смъртността, както у нас, така и в чужбина. Ежегодно се регистрират над 3000 нови случаи и умират над 2000 души. В около 10% от случаите заболяването е наследствено, дължи се на мутации в гени с доминантен ефект. Неврофиброматозата е най-честото наследствено заболяване, засягащо нервната система. Според статистиката честота на заболяването е 1/3500 живородени деца⁴⁶.

Генетичната компонента заема съществен дял и при т.нар. “социално значими болести”: диабет, ранна атеросклероза, хипертония, шизофрения, маниакално-депресивните психози, раковите заболявания и т.н.

Проучванията в последните 10 години показват, че в генетично отношение българите и отчасти турците са изключително хетерогенни. Това предполага като цяло по-ниска честота на наследствените заболявания, но етиологично висока хетерогенност при отделните болести (една и съща болест се причинява от множество дефекти в един ген). За разлика от тях, популацията при ромското население има характер на генетичен изолат, поради високия процент на кръвно-родствените бракове. При тях се наблюдават едни от най-високите честоти в света за редица наследствени болести като: галактоземия, дефект в средно верижните мастни киселини, всички тежки невромускулни заболявания, периферните мотосензорни невропатии и др.

⁴⁶Национална програма за профилактика на наследствените болести, предразположения и вродените аномалии 2000-2005 г.

За решаването на проблемите, свързани с наследствените болести, вродените аномалии и предразположения усилията трябва да бъдат насочени към:⁴⁷

- ✓ Намаляване честотата на моногенните заболявания и преходния вроден хипотиреоидизъм.
- ✓ Намаляване честотата на хромозомните болести.
- ✓ Подобряване на генетичната диагностика на репродуктивните нарушения – спонтанни аборти, мъртвораждания, мъжки и женски стерилитет.
- ✓ Намаляване честотата на заболяванията с наследствено предразположение чрез скрининг за търсене на мутации в главни гени.
- ✓ Подобряване диагностиката на хромозомната патология при онкохематологични заболявания.
- ✓ Изграждане на национални генетични регистри на: молекулните болести, хипотиреоидизъм, вродени малформации, фамилен рак на млечната жлеза, рак на дебелото черво и неврофиброматозата.

В момента се разработва национална програма в тази област, със срок на приемане 2008 г.

3.3.1.2. Биологични фактори

Част от големите фактори на риска за най-честите хронични неинфекциозни болести са *биологични*: възраст, пол, наследственост, хипертония, дислипидемии, диабет. Повечето от тях могат да бъдат повлияни чрез адекватни интервенции. За честотата на тези фактори на национално ниво може да се съди от редица изследвания по различен повод, най-големи, от които са в рамките на програма СИНДИ-България след 1996г., извършени по критерии, сравними в региона.

Хипертонията е разпространена широко сред населението на страната. Изследванията показват, че по средата на миналия век честотата ѝ е била около 5%, а през 1985-86 г. 21% (Мерджанов, Ч. 1995). Изследване през 2002 в рамките на праграма СИНДИ сред население на възраст 25-64 г. показва хипертония ($\geq 140/90$ мм Hg) при 42.2% от мъжете и 32% при жените. Най-често се среща хипертония във възрастта 55-64 г. – над 50% при двата пола. Неприятен е фактът, че в младата възраст всеки шести мъж и всяка десета жена е с хипертония. Данните от изследването позволяват да се предположи, че в страната има към 1594120 души хипертоници на възраст 25-64 г. Като се прибавят и случаите над тази възраст, а също и при децата и юношите посоченият брой ще нарасне значително над 2 млн.

⁴⁷ Работен план на Национална програма за профилактика на наследствените болести, предразположения и вродените аномалии 2000-2005 г.

Много често е съчетанието на хипертония със затлъстяване, повишен холестерол в серума и тютюнопушене.

Хиперхолестеролемията е друг голям фактор на риска за възникване на тежки болести - най-вече сърдечносъдови и злокачествени новообразувания. Резултатите от изследване на 9600 мъже и жени на възраст 25-64 г. в рамките на програма СИНДИ показват, че 59.6 % от мъжете и 55.1% от жените са с умерено повишен и повишен холестерол. С възрастта нивото на повишения холестерол нараства. Екстраполиране на показателите на ниво страна в този възрастов диапазон показва, че възможният брой на лицата с холестерол над 5.2 ммол/л е за мъжете и жените между 2 279 892 и 2 394 052 души. Най-често е съчетанието на повишен холестерол с повишено артериално налягане, повишен индекс на телесна маса и тютюнопушене, като при над 60% от мъжете комбинацията е дву/трифакторна.

Честотата на *диабета* у нас също е висока. Счита се, че в България страдат от диабет над 240 000 души. Регистрирани са за наблюдение към 175 000 диабетици. Доминира диабет тип 2, който според данните е по-чест при жените. Диабетът води до сърдечносъдови усложнения, от които болните умират най-често, до нефропатии, невропатии и ретинопатии.

Практиката в света показва, че посочените фактори на риска подлежат на корекция и това може да стане в рамките на интервенционни програми на популационно ниво с използване на интегриран подход за интервенция.

3.3.1.3. Поведенчески фактори

Тютюнопушене

Тютюнопушенето в България е широко разпространено и показва тенденция към нарастване. Относителният дял на пушачите сред населението над 15 години (епизодично и редовно пушещи) е нараснал от 31.1 % (1986 г.) на 40.5 % през 2001 г. Нарастването е изцяло за сметка на редовно пушещите, докато делът на епизодично пушещите остава на същото равнище. Мъжете пушат значително повече от жените (51.7%, 2001 г.), но броят на пушещите жени е нараснал почти двукратно през периода 1989-2001г.(от 16.3% на 29.8%), докато този на мъжете практически не се е променил (от 49.2% на 51.7%). Същевременно след 2001 година в България не е правено национално репрезентативно проучване на разпространението на тютюнопушенето и основно се използват данните, получени по време на преброяването на населението през 2001 г.

Тютюнопушенето сред децата и юношите се характеризира с ранно начало и рязко нарастване във възрастта 13-16 г. По данни от проекта "Глобално проучване на тютюнопушенето сред младите" (GYTS), през 2002 г. пушат 42.7% от момичетата и 31.3% от момчетата, в т.ч. ежедневно или

почти всеки ден - съответно 18.8% и 16.3%. Отчита се увеличение на броя на пушачите с възрастта, намалява долната възрастова граница на пропушване (под 13 г.), на пасивно пушене в дома си са изложени 68.5% от изследваните деца. Проучването в рамките на Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD, 2003) показва, че експериментите с цигарите са широко разпространени сред българските ученици: 69.1% от анкетираните (64.4% момчета и 73.4%-момичета) са правили опити да пушат, а над половината от учениците са пробвали цигари преди да навършат 13 години (48.5%). Сред учениците от IX до XII клас 74.7% от анкетираните поне веднъж в живота си са пушили цигари. Относителният дял на непушачите е по-висок при момчетата (27.8% срещу 22.7% при момичетата) и намалява постепенно с възрастта. Тревожен е фактът, че една трета от българските ученици (33%) са изпушили първата си цигара на и под 13 години. Данните за тютюнопушенето сред по-големите братя и сестри и пушенето в приятелския кръг са категорични: около и над 50% от момчетата и момичетата посочват, че техните по-големи братя и сестри пушат, а 3/4 от тях сочат, че повечето или всички техни приятели пушат цигари.

Данните от проучване на разпространението на тютюнопушенето сред лекарите в страната (2005г.) показват, че 33.9% от тях пушат редовно, а всеки десети – епизодично. Делът на мъжете е малко по-голям от този на жените (37.7% срещу 30.6%). При мъжете-лекари най-висока е честотата на тютюнопушене във възрастта 35-44 години, а при жените – 45-54 г. Данните за тютюнопушенето сред училищния персонал (2002г.) посочват, че 52.7% от анкетираните са пушили редовно, а 42.9% са пушили или понастоящем пушат в училище.

Тютюнопушенето е поведенчески фактор с изключително неблагоприятни здравни последици и преждевременна смърт. Понастоящем тютюневите изделия предизвикват смъртта на 3 милиона души в света или около 6% от всички смъртни случаи. До 30-те години на 21 век се очаква те да бъдат причина за 10.9% от общия брой на смъртните случаи в развиващите се страни и на 17.7% от тези в развитите страни, или на повече хора, отколкото от всяко друго отделно заболяване. Само за региона Югоизточна Европа се счита, че към 2020 година приблизително ¼ от всички умирения ще бъдат свързани с тютюнопушенето. Според последните публикувани данни на националния раков регистър за 2002 г., са регистрирани 3572 нови случая на рак на белия дроб, като заболеваемостта е 45.4 на 100 000 души население. Показателят е значително по-висок в сравнение с този през 1970 г. – 26.7 и през 1990 г. – 39.2 на 100 000 население. През 2002 г. от рак на белия дроб са починали общо 3006 лица, като показателят на смъртността е 38.2 на 100 000 население. За сведение, през 1970 г. този показател е бил 25.0 на 100 000, а през 1990 г.- 34.8 на 100 000 от населението.

Тютюнопушенето причинява икономически загуби не само на пушачите и техните семейства, но и на цялото общество. По оценка на Световната банка, загубите през 2000 г., формирани от медицинските разходи, загубите от временна и трайна нетрудоспособност, загубено работно време и непроизведена продукция по причина на заболявания, свързани с употребата на тютюневи изделия, възлизат на 200 милиарда щатски долара.

Злоупотреба с алкохол

Както и при тютюнопушенето, след 2001 г. в България не е правено национално проучване на алкохолната консумация и основно се използват данните, получени по време на преброяването на населението през 2001 г. По данни от официалната статистика (НСИ), броят на лицата, употребяващи редовно алкохол, е нараснал с над 11 пункта за цялото население за периода от 1996 до 2001 г. (от 64.7% на 76.0%). Нарастването е особено отчетливо при жените - с около 18 пункта (от 49.9% през 1996 г. на 67.8% през 2001 г.), а броят на мъжете е практически непроменен. По възрастови групи нарастването е най-съществено сред младите хора (15- 24 г.): от 52.0% през 1996г. на 70.1% през 2001г., или с около 16 пункта, следвани от 45-64-годишните (с над 10 пункта).

Употребата на алкохол при учениците се характеризира с ранно начало: 27% от 16-годишните са употребявали алкохол 40 и повече пъти в живота си. По пол - 33% от момчетата и 21% от момичетата попадат в тази група. По отношение на злоупотребата с алкохол България се нарежда на 5-то място по “запойно” пиене- 1/5 от младите хора (21%) показва такава консумация през последния месец; по пол 26% от момчетата и 16% от момичетата (данни от проучване ESPAD, 2003 г.). Национално проучване сред ученици от IX до XII клас (2003г.) посочва, че 84.5% от анкетираните са употребили алкохол поне веднъж в живота си. Само 9.9 % твърдят, че никога не са консумирали алкохол. Относителният дял на въздържателите е по- висок сред момчетата (10.3% срещу 9.4% при момичетата) и намалява постепенно с възрастта. Повече от една трета (38.4%) от учениците са изпили първото си самостоятелно питие преди 12-ата си година. Средната възраст при първата употреба на алкохол е около 12.5 години, без значими разлики между двата пола. Голяма част от учениците смятат, че нямат проблеми с достъпа до алкохол. Подчертано е влиянието на роднинския и приятелския кръг за формиране на навика за пиене. Около 2/3 от учениците признават, че са се напивали поне веднъж в живота си, а 4.2% от учениците са се напивали преди 12-ата си година. Всеки трети ученик е имал поне веднъж някакви проблеми, дължащи се на употребата на алкохол - лични, междуличностни, сексуални, с полицията.

Освен, че предизвиква зависимост, алкохолът причинява и различни заболявания и патологични състояния, в това число физически травми,

психични и поведенчески разстройства. Отчита се каузална връзка между употребата на алкохол и повече от 60 вида заболявания и увреждания. За повечето от тях алкохолът се оказва рисков фактор пропорционално на количеството, в което се употребява. Консумацията на алкохол е свързана и с други фактори на риска за здравето: тютюнопушене, повишен холестерол, хипертония, повишен индекс на телесна маса (ИТМ). Европейският доклад "Алкохолът в Европа" (2006 г.) определя алкохола като третият най-сериозен от 26-те рискови фактора за влошено здраве в рамките на ЕС след тютюнопушенето и хипертонията.

Злоупотребата с алкохол обуславя 9.2% от общото бреме на болестите в развитите страни. СЗО определя, че 76.3 милиона души в света понастоящем са диагностицирани със заболяване или разстройство, свързано с употребата на алкохол. Злоупотребата с алкохол създава проблеми, свързани с работното място и производителността на труда, семейството и обществото; насилията, самоубийствата, престъпленията (вкл. убийства), разходите за медицински грижи и материални щети. Вредите, причинявани от пиенето на някой друг, варират от нарушения на обществения ред до по-сериозни последствия като влошаване на брачните взаимоотношения, злоупотреба с малолетни, престъпления, насилие и убийства. Колкото по-високи са равнищата на алкохолна употреба, толкова по-сериозни са пораженията или престъпленията, които биват нанасяни.

Нараства броят на пътнотранспортните произшествия (ПТП), водещи до тежки наранявания и смърт вследствие употреба на алкохол. По данни от МВР само за периода от 01.01.2007 г. до 31.08.2007 г. са регистрирани 201 ПТП, извършени вследствие употреба на алкохол, които представляват 4.1% от всички ПТП за периода. Броят на убитите вследствие управление на МПС след употреба на алкохол е 33 (5.6% от всички ПТП, довели до смъртен случай), а ранените са 240 (или 3.9% от всички за периода).

Вредна употреба на наркотици

Извършена е активна работа по превенцията и лечението на лица, зависими от наркотични вещества в изпълнение на целите и задачите от актуализирания План за действие за периода 2006-2008 г. и Националната стратегия за борба с наркотиците (2003-2008 г.). Към Националния център по наркомании е изграден Национален фокусен център за наркотици и наркомании, който осъществява дейностите по събиране, обработване, анализиране и разпространение на информация по проблемите на наркоманиите и за връзка с Европейския мониторинг център по наркотиците и наркоманиите (EMCDDA).

По данни от проучвания, извършени от Националния фокусен център, около 315 000-330 000 български граждани от 15 до 60 г. поне веднъж в живота си са употребили някакво наркотично вещество. Показателен факт е, че при различните вещества (с изключение на приспивателните и

транквилизаторите) употребата сред младите хора е 2 пъти по-голяма (като относителни дялове), отколкото сред цялото население. Може да се направи оценката, че младите хора на възраст между 15 и 34 г. представляват около 88-90% от всички лица във възрастовия диапазон 15-60 г., които поне веднъж в живота си са употребили някакъв наркотик. В София делът на опитвалите наркотик е по-висок от този в другите градове и селата. Марихуаната е най-масово използваното незаконно вещество. Като втора по размер по отношение на незаконните наркотици може да се определи групата на употребили синтетични стимуланти, като данни от проведени през последните години изследвания показват увеличаваща се употреба на този вид вещества. Приблизително 35,2% от студентите в страната (около 75 000 лица) са опитвали някакъв наркотик поне веднъж в живота си. Прави впечатление леко увеличаващата се употреба на кокаин. Сравнително най-висок дял употребили каквото и да е незаконно наркотично вещество поне веднъж в живота сред учениците от 9 до 12 клас има в училищата в трите най-големи града на България – София, Пловдив и Варна, както и във В. Търново, Габрово и Добрич. На базата на данни от проучвания един обобщен профил на хората с поне една употреба на наркотично вещество в живота си може да бъде изразен така: по-скоро мъже, отколкото жени; почти задължително млади; по-скоро добре осигурени материално; по-скоро живеещи в големите градове.

Наличните данни и продължителните наблюдения показват, че в България хероинът е вещество, което е най-силно свързано с проблемната вредна употреба на наркотици (над 90% от търсилите лечение в специализираните звена са го посочили като основно вещество). Сборната оценка за броя на проблемно употребяващите хероин в България е между 20 000 и 30 000, а в София - около 12 000. На основата на достъпните данни може да се направи общата оценка, че броят на проблемно употребяващите хероин през последните няколко години остава сравнително постоянен и стабилен, дори с леки индикации за започващо намаляване. Това обаче не важи за проблемно употребяващите като цяло, тъй като в същото време се наблюдават индикации за нарастване на броя на проблемно употребяващите амфетамини и вещества от типа “екстази”. Продължава да нараства употребата на канабис (най-вече марихуана), вкл. интензивната форма на употреба. Леко се увеличава присъствието на канабиса като съпътстващо на основното вещество (най-вече хероин) при търсещите лечение. По-голямата част от проблемно употребяващите хероин използват инжекционната форма на прием. Продължават да се наблюдават признаци на постепенно намаляване на използването на употребявани игли и спринцовки от инжектиращите, което е добра предпоставка за намаляване на здравните щети от употребата на наркотици.

Форма на специализирано извънболнично лечение на зависимости са програмите за субституиращо и поддържащо лечение с опиев агонисти. В

страната са създадени 18 субституиращи и поддържащи програми с общ брой места 3110, от които 2505 за лечение с метадон и 605 – за лечение с морфин сулфат пентахидрат (Субститол). С оглед подобряване на координацията между различните програми за лечение и разширяване на възможностите за информация към Националния център по наркомании са създадени и се поддържат следните регистри:

- ✓ Регистър на лечебните заведения, които извършват субституиращи и поддържащи програми за лица, зависими от наркотични вещества.
- ✓ Регистър на лицата, които осъществяват долечебни и рехабилитационни програми.
- ✓ Общ национален регистър на пациентите, участващи в субституиращи и поддържащи програми за лица, зависими от наркотични вещества

Рехабилитация и ресоциализация на лица, зависими към наркотични вещества, се осъществява в 7 рехабилитационни програми с общ капацитет 125 места, разположени на територията на София-град, София - област и Варна. Елемент от развитието на съвременната система за лечение и рехабилитация в България е разкриването на защитено жилище за пациенти, успешно преминали през стационарни програми за лечение на зависимости. Форма на дългосрочно резиденциално лечение и рехабилитация представляват терапевтичните общности (комуни). В момента функционират две дългосрочни рехабилитационни програми тип “терапевтична общност” с общ капацитет 50 места. Изградени са програми за намаляване на здравните щети при лица зависими от наркотични вещества (раздаване на игли, спринцовки, работа на терен и др.). Изготвена е карта на лечението на наркомании в България, за оптимизиране на лечебната система в областта на наркоманиите.

Дейностите за повишаване на превантивно-информационната работа по проблемите с вредната употреба с наркотични вещества сред млади хора, ученици, учители, родители са насочени предимно към:

- ✓ разработване и прилагане на програми в помощ на родителите;
- ✓ организиране и провеждане на медийни кампании за борба с наркотиците и наркоманиите;
- ✓ реализиране на програми за спорт и туризъм за децата и младите хора;
- ✓ разработване и прилагане на програми за работа с високорискови групи;
- ✓ оценка на информираността и нагласите спрямо психоактивните вещества;
- ✓ обучение на мултидисциплинарни екипи;
- ✓ обучение на лица, заети в превантивни програми, събития и кампании с цел изграждане на мрежа от обучени лица.

Сред основните направления на работа на национално ниво е осигуряването на възможности за достъп до здравно образование в

системата на средното образование. Предвидени са учебни модули, свързани с превенцията на вредната употреба на наркотични вещества. Програмата подкрепя превантивните дейности сред младите хора в повече от 100 училища, както и превантивни дейности сред младите хора извън училище в 13 общини. В страната са разкрити и работят 5 групи за взаимопомощ и помощ на родители по проблемите, свързани с наркотичните вещества. Изградени са 27 областни съвета по наркотичните вещества (ОСНВ) и 22 превантивно-информационни центрове към тях. Тези структури провеждат политиката в областта на борбата с наркотиците и координират дейностите на местно равнище. Основна дейност на ОСНВ е разработване и координиране изпълнението на общинските програми за борба с вредната употреба на наркотични вещества.

Ниска физическа активност

Ниската физическа активност е един от седемте основни фактора на риска за възникване на хронични неинфекциозни болести (ХНБ) в Европейския регион, като формира 3.5% от глобалното бремене на болестите (от 1.8% до 5.6% за отделните страни) и е причина за 3.3% - 11.2% от всички смъртни случаи. За България тези показатели са съответно 4.3% и 7.7%^{48 49}.

Редица изследвания през последните десетилетия показват, че ниската физическа активност е широко разпространена у нас сред всички възрастови групи на населението. Делът на лицата с висока и средна физическа активност намалява от 64.4% през 1996 г. на 59.9% през 2001 г., като тази тенденция продължава. Намалението при мъжете е по-силно изразено в сравнение с жените (съответно 5.8% и 3.9%). Сред селското население физическата активност е по-висока в сравнение с тази в градовете (67% срещу 57.3%). Особено сериозен е този проблем при учениците. От 18-25% от момчетата и 30-48% от момичетата на 7-19 години са с недостатъчна физическа активност, като относителният им дял се увеличава с възрастта.

Близки до посочените данни за нивото на физическа активност са и тези за населението на възраст 25-64 г. в зоните на програма СИНДИ-България.⁵⁰ Проучвания през последните 3-4 години показват, че 45-60% от мъжете и 60-75% от жените в различните зони на програмата са с ниска физическа активност през работното време и съответно 40-45% и 48-70% през свободното време, което показва, че над 2/3 от лицата в активна възраст в зоните на програмата са с ниска и средна физическа натовареност в ежедневието си живот. Комбинацията на ниска физическа активност с

⁴⁸ Курс на оздравление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. ВОЗ, Европейское региональное бюро, Копенхаген, 2006.

⁴⁹ The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations.. WHO, 2005.

⁵⁰ Ръководство за добра практика на общопрактикуващите лекари в областта на профилактиката на болестите. Под ред. на Н. Василевски и Б. Тулевски, програма СИНДИ, 2002.

повишено артериално налягане, повишен холестерол, наднормена телесна маса или затлъстяване увеличава многократно риска за здравето.

Мерките, необходими за повишаване на физическата активност на населението, са едни от най-ефективните и икономични подходи за подобряване на общественото здраве. В приетата от СЗО Глобална стратегия за храненето, физическата активност и здравето се препоръчва създаването на национални координирани механизми, в рамките на комплексен план за профилактика на ХНЗ и укрепване здравето на населението, което е възможно и в нашата страна, при участието на всички сектори в държавата - икономика, образование, финанси, околна среда и др.

Това ще позволи реализирането на популационно базирани, широко подкрепени действия в различни структури от държавния, частния сектор и неправителствените организации, съобразяване на тези дейности с културата на хората, с възрастта, начина им на живот в ежедневието, използване на различни мероприятия за масово участие.

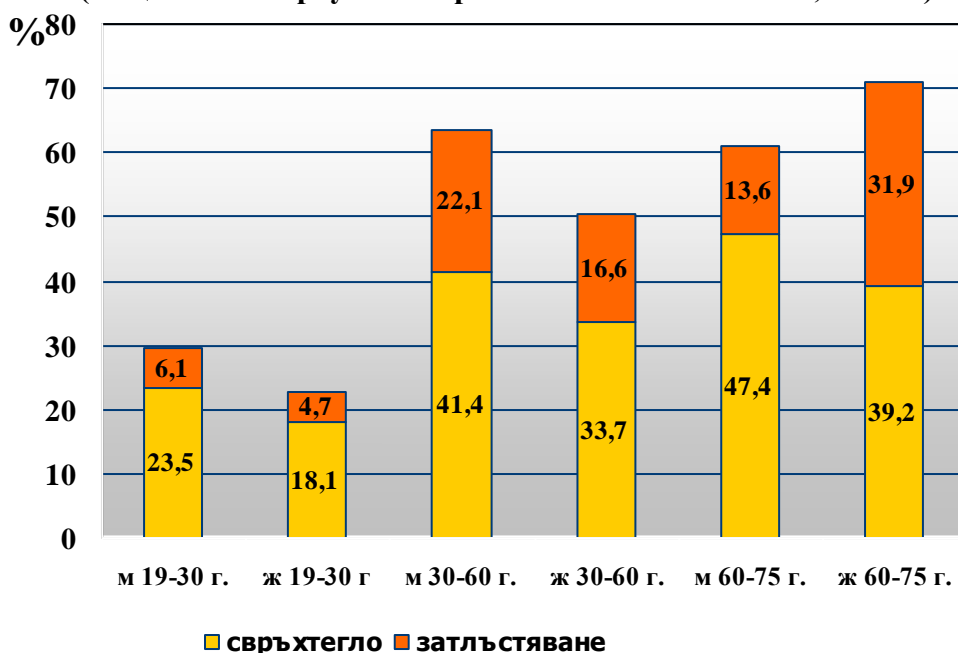
Затлъстяване

Свръхтеглото и затлъстяването допринасят в голяма степен за незаразните заболявания, намаляват продължителността на живота и повлияват неблагоприятно неговото качество. Повече от 1 милион от смъртните случаи в европейските страни се дължат на заболявания, свързани със затлъстяването. Тенденцията за увеличаване на свръхтеглото и затлъстяването при децата е особено тревожна, тъй като тя преминава по-нататък в епидемия в зряла възраст и повишава здравния риск за следващото поколение.

Наднорменото тегло е свързано не само със свръхприема на храна с висока енергийна стойност, но и с установената ниска физическа активност сред голяма част от населението, включително и при децата.

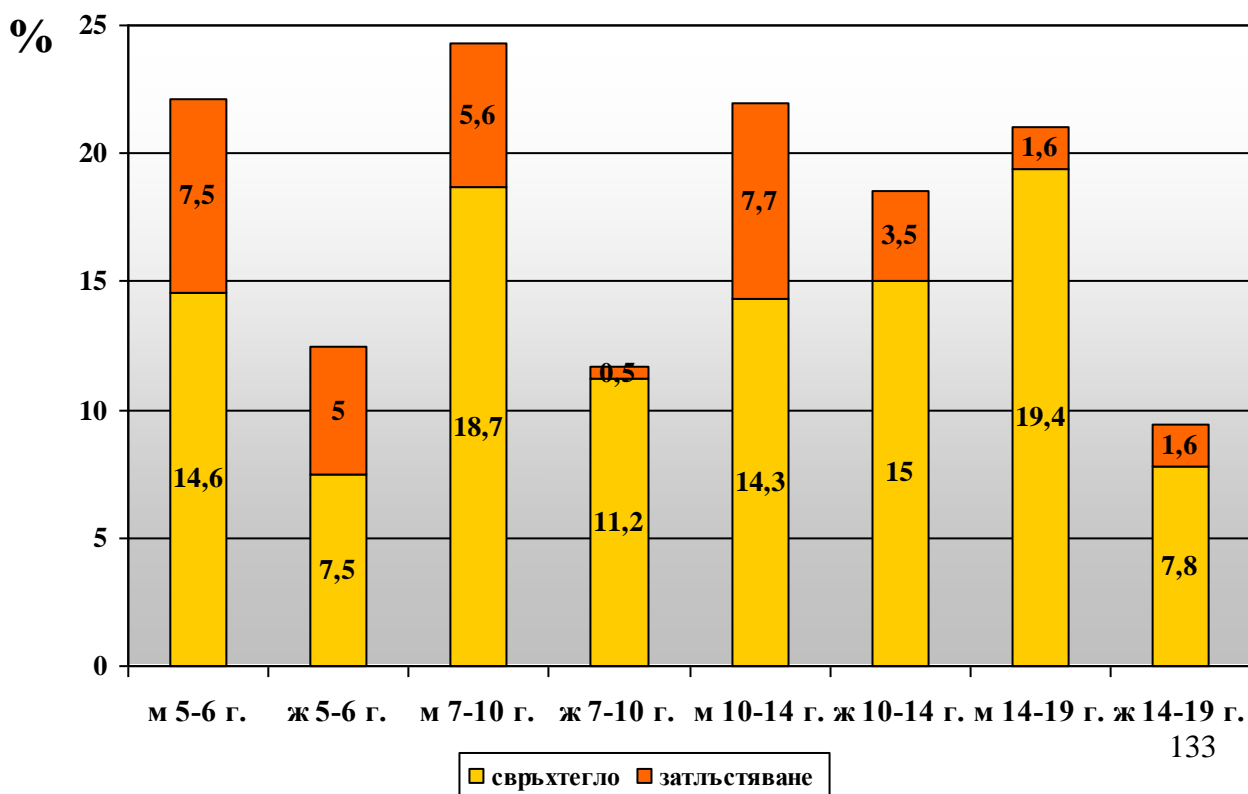
Националните проучвания на храненето и хранителния статус на населението в България, проведени през 1998 г. и 2004 г. от НЦООЗ, показват тенденция за увеличаване разпространението на свръхтеглото и затлъстяването при възрастното население. Със свръхтегло през 1998 г. са 36.6% от мъжете и 28% от жените над 18 г., а през 2004 г. съответно 38.5% от мъжете и 32.4% от жените. При първото проучване е установено, че със затлъстяване са 9.5% от мъжете и 10.2% от жените, през 2004 г. честотата на затлъстяването при мъжете нараства до 21%, а при жените до 17% (Фиг.15).

Фиг. 15 Свръхтегло и затлъстяване при възрастно население в България (Национално проучване храненето на населението, 2004 г.)



Наднорменото тегло е сериозен проблем и при децата. През последните години се наблюдава положителна тенденция за намаляване, специално при момчетата. Със свръхтегло през 1998 г. са 18.9% от момчетата на 7-18 г. и 15.7% от момчетата, през 2004 г. 17.5% от момчетата и 11.9% от момчетата. Затлъстяване при първото проучване е установено при 4.1% от момчетата и 2.9% от момчетата, през 2004 г. то е съответно 4.7% и 1.7% (Фиг.16).

Фиг. 16 Свръхтегло и затлъстяване при момчета и момичета на 7-19 години в България (Национално проучване храненето на населението, 2004 г.)



Разпространението на свръхтеглото и затлъстяването се повлиява от социално-икономическия статус на населението. Проучването през 2004 г. показва, че във всички възрастови групи, най-рискова по отношение на свръхтеглото и затлъстяването е популацията с нисък социално-икономически статус. Групата с най-високи доходи е с по-голямо разпространение на затлъстяване в сравнение с популацията със средни доходи. При лицата с ниско образование разпространението на свръхтегло и затлъстяване е по-голямо. Размерът на домакинството оказва отрицателно влияние върху честотата на наднорменото тегло. По-голямото разпространение на затлъстяването в групите с нисък социално-икономически статус може да се свърже с ограничените възможности за достъп до здравословни храни и спорт, по-ниската информираност по отношение на здравословния начин на живот.

3.3.1.4. Социални фактори

Доходи

Нивото на доходите е една от най-важните детерминанти на здравето. То влияе върху формирането на показателите за смъртност и заболяемост, като в условията на прехода се разширява диапазонът на влияние върху показателите за смъртност. Нараства разликата в очакваната продължителност на живота сред мъжете и жените с най-високи и най-ниски размери на дохода.

Лицата с по-големи размери на дохода имат значително по-големи възможности по отношение на контрола върху здравето си и осъществяването на здравословен избор. Намаляването на неравенствата в доходите може да осигури повишаване на ефективността на многобройните инициативи в областта на здравеопазването и социалната политика.

Като отражение на реалната икономическа ситуация у нас, прирастът на доходите се движи около и под равнището на инфлацията. Това има за резултат чувствителен спад в покупателната способност и значително снижаване на жизнения стандарт на населението. Така например, през 2007 г. паричният доход средно на домакинство е 7 130 лв., а на лице – 2 831 лв., което средномесечно съставлява 235.91 лв. при размер на линията на бедност през същата година – 152 лв.

Според анализите на авторитетни икономически експерти ⁵¹ е необходимо прилагането на нов подход в политиката на доходите – не само икономически, но и социално ориентиран.

⁵¹ Икономически доклад за Президента на Република България: България 2007 - Социални предизвикателства и евроинтеграция

Образование

Образованието е другата важна детерминанта на здравето. Нивото на образование влияе върху формирането на показателите за смъртност и заболяемост по аналогия с подобно въздействие от размера на дохода. В условията на преход се наблюдава разширяване диапазона на влияние върху показателите за смъртност в зависимост от образователното ниво-нараства разликата в очакваната продължителност на живота сред мъжете и жените с най-високи и най-ниски нива на образование.

Сред най-важните национални приоритети е създаването на икономика, базирана на знанието. През последните години България се характеризира със стабилна макроикономическа среда, което влияе благоприятно и върху образователната система. Заедно с това пред нея стоят и важни нерешени проблеми, като най-значим е проблемът с образованието на етническите малцинствата, тъй като голяма част от тях не получават минимално регламентираното по конституция образование.

Санитарно-хигиенни фактори на бита

Потребената вода на човек от населението у нас през 2007 г. е 100 л/ч л/ден. Делът на населението, свързано с общественото водоснабдяване от общото за страната през 2007 г. е 98.9%. През последните години този дял се запазва постоянен.

Събраните в обществената канализация отпадъчни води през 2007 г. са 541 млн куб.м. . Налице е нарастване с 25 млн куб. м.

Делът на населението, свързано с обществената канализационна система от общото за страната през 2007 г. е 69.6% . Този дял през последните години остава все още на сравнително ниско ниво, което създава повишен риск от разпространение на чревни инфекции. В същата връзка делът на населението, свързано със селищни пречиствателни станции за отпадъчни води от общото за страната през 2007 г. е 42.0% - спрямо предходната година увеличението на този дял е 0.9%.

Образуваните битови отпадъци, в т.ч. и събраните в депа през 2007 г., са 3 324 хил. тона тона . Спрямо предходната година се установява нарастване с 221 хил. тона.

3.3.1.5. Околна среда

Атмосферен въздух

Здравната политика, провеждана в Република България, е насочена към осигуряване на добро качество на атмосферния въздух, гарантиращо нива на вредните емисии от транспорта, индустриалните и битовите дейности в рамките на международно приетите стандарти. Реализацията на тази политика е свързана с разработването и въвеждането на ефективно

законодателство, административни и технически мерки за контрол качеството на въздуха, свеждащи се до:

✓ Усъвършенстване на Националната автоматична система за екологичен мониторинг (основана 1972 г.), осъществяваща наблюдение и контрол на състоянието на атмосферния въздух в 39 населени места от структурите на РИОКОЗ и РИОСВ, подразделения съответно на МЗ и МОСВ.

✓ Хармонизиране на законовата и подзаконовата нормативна уредба с европейското екологично законодателство чрез адаптиране към изискванията на директивите на Европейския съюз, регламентиращи оценката и управлението на качеството на атмосферния въздух.

✓ Актуализиране на Националния план за действие по околна среда - здраве, целящ намаляване на здравния риск за населението чрез редица дейности, гарантиращи добро качество на атмосферния въздух чрез поддържане концентрациите на емитираните замърсители в безопасни за здравето нива.

Въпреки наблюдаваните през последните години положителни тенденции към намаляване на вредните атмосферни емисии и подобряване качеството на въздуха, резултат от преструктурирането на промишленото производство и предприетите мерки за подобряване качеството на околната среда, все още съществуват райони, определени като “горещи” екологични точки, в които концентрациите на замърсителите на атмосферния въздух периодично превишават възприетите като “безопасни” нива и представляват потенциален риск за здравето на населението. Проблемите в тези райони се дължат основно на емисиите от серен и азотен диоксид и аерозолите на прах и тежки метали. Съществуват и локални проблеми, дължащи се на емисиите на амоняк, въглеродороди, сероводород и фенол.

Проблем за цялата страна все още е замърсяването с общ суспендиран прах и фини прахови частици (ФПЧ), нивата на които в повечето населени места са около или над установените норми, съответно за пределно допустими концентрации на общ прах и за съдържание на ФПЧ във въздуха. В последните години, особено след 2000 г, съществено намалява съдържанието на серен диоксид в атмосферния въздух, но не са изключени случаи на превишаване на допустимите норми в отделни райони.

Отчита се неблагоприятна тенденция към увеличаване съдържанието на азотен диоксид в атмосферния въздух на големите населени места, което е свързано с нарастване броя на личните моторни превозни средства. С въвеждане употребата на безоловен бензин за МПС се постигна значително намаляване на нивата на оловни аерозоли в атмосферния въздух. Изключение прави само районът на община Кърджали – с локален източник на емисии на оловни аерозоли, където нивото на този замърсител е близо до установените норми.

Оценка на експозицията на населението се извършва по основните, включени в системата за мониторинг, атмосферни замърсители. Районите, в които нивата на един или няколко замърсители превишават установените норми и съществува потенциален здравен риск за експонираното население, подлежат на оценка и управление на качеството на атмосферния въздух чрез задължително разработване на локални програми, целящи намаляване нивата на вредните емисии.

В съответствие със Закона за здравето, предвиждащ периодично актуализиране на екологичните проблеми в отделните райони, се разработва система от критерии за категоризиране на населените места с екологични проблеми, в които под ръководството на експерти от НЦООЗ се провеждат епидемиологични проучвания за оценка на риска за здравето на населението.

Питейни води

Опазване качеството на питейните и природните води е първостепенна задача за гарантиране на здравословни условия за живот и висок стандарт на общественото здраве. През последното десетилетие нормативната база в Р. България в областта на водите постепенно е хармонизирана с европейското законодателство. МЗ носи отговорността за прилагането на част от новите национални документи и по-специално на Наредба №9 за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели (ДВ, бр. 30/2001). Тези специфични отговорности са разписани ясно в Закона за здравето и Закона за водите. Акцентът в усилията понастоящем е националните документи с междусекторен обхват да работят синхронно за пълно прилагане на транспонираните директиви. Разделението на страната на четири басейнови региона е първата стъпка за въвеждане на европейския подход за единно управление на водните ресурси, както и качеството на различни категории води на ниво речен басейн. Целта е постигане на балансирано управление, с приоритет устойчиво осигуряване нуждите на населението с достатъчно количество питейна вода с безопасни за здравето качества, недопускане влошаване на качествата на природните води от настоящето им състояние и постигане на трайна тенденция към подобрене.

В обхвата на специфичните отговорности на МЗ по безопасността на питейните води и с неговото одобрение НЦООЗ за периода 2004-2007 г. реализира съвместни проекти с Германия, Белгия, Холандия. Конкретни дейности във връзка с прилагането на резултатите в практиката са предвидени в актуализирания през 2006 г. Национален план за действие по околна среда и здраве.

Над 98.8% от населението на страната е с осигурен достъп до течаща питейна вода, като относителният дял на централно водоснабдените населени места е около 85%. Във връзка с въведените нови икономически

механизми във водния сектор, решително се подобри ситуацията с отчитането на изразходваните водни количества, което се отразява благоприятно за намаляване на нецелесъобразното изразходване на питейна вода.

Проблем за общественото водоснабдяване у нас е лошото състояние, неподходящи материали и крайна амортизация на разпределителните мрежи с генериране на огромни загуби на питейна вода и последващо влошаване на нейното качество по пътя ѝ до консуматорите.

Чрез язовири се осигурява с питейна вода около 1/3 от населението на страната, поради което качеството на тези води е от изключителна важност за общественото здраве. Преобладаващата част от тях са без изградени пречиствателни съоръжения, а там където има изградени, технологичните схеми се нуждаят от цялостно оптимизиране. Най-многобройни са подземните водоизточници с лимитиран дебит, които захранват водоснабдителните системи на малки населени места (с население, вариращо от по-малко от сто до няколко хиляди жители).

Природният състав на питейните води в България е твърде разнообразен. Специфични за страната са флуорният и йодният дефицит, като свързаните с тях ендемии понастоящем могат да се управляват ефективно и успешно чрез системно поддържане на насочени профилактични програми. За някои малки водоизточници в Дунавската равнина проблем е трайното присъствие на нестандартни стойности на шествалентен хром от геогенен произход. Високото съдържание на манган в отделни питейни водоизточници, локализиращи в поречието на реките Марица и Дунав, също е известно от години.

Нитратното замърсяване на подземните питейни води е най-масово представеният хигиенен проблем за общественото водоснабдяване. В североизточна България и югоизточната равнинна част на Тракийската низина са съсредоточени трайно замърсените водоизточници, някои от които са без друга алтернатива за водоснабдяване. В рамките на проведено епидемиологично проучване в села от Пазарджишка област, ситуирани в йоддефицитна географска област, е доказана по-висока честота на струма сред подрастващите, експонирани на високи стойности на нитрати в питейната вода. Дискутираните в дългогодишната хронология на проблема единични случаи, суспектни за “водно-нитратна метхемоглобинемия”, не бяха впоследствие клинично изяснени и /или потвърдени.

Сравнително малко и несистемни са данните за наличие на пестициди в подземни питейни води, което затруднява оценката на експозицията на населението и прогнозирането на здравния риск.

Схемите и съоръженията за технологичната подготовка на питейната вода в страната преди предоставянето ѝ на населението, с малки изключения, са на ниско равнище, не се справят и/или не са предвидени за

проблемите на качеството на водата, особено в екстремни ситуации на обилни валежи.

✓ За решаване на проблемите с нитратното замърсяване е необходимо да се разработи единна национална стратегия с ангажименти на водещите държавни институции (МРРБ, МОСВ, МЗП, МЗ). По линия на двустранното сътрудничество, би могъл да се използва опита на Германия, която вече наблюдава положителния ефект от прилагането на своята стратегия.

✓ Необходимо е намиране на ефективно и радикално решение за решаване на проблема с мангана чрез изграждане на обезманганителни пречиствателни станции и подходящи технически решения за проблемните водоизточници с малки обеми.

✓ Чрез официализиране обмена на информация и данни за съдържание на пестициди от мониторинга на подземните води, провеждан от Изпълнителната агенция на МОСВ с МЗ, могат в известна степен да се компенсират пропуските и да се подпомогне прогнозирането на риска за питейните води.

✓ С оглед участието на РИОКОЗ (МЗ) в разработване на обективни мониторингови програми за питейните води, е необходимо постъпването на допълваща информация от МОСВ за спецификата на индустриалната дейност по региони.

✓ Проучванията на здравно-хигиенния аспект на контаминацията на повърхностни водоизточници с някои биологични замърсители (които преодоляват филтрационните етапи на пречистването и са устойчиви на традиционната у нас хлорна дезинфекция) ще бъдат със значим и пряк принос за осигуряване на населението с безопасна за здравето питейна вода и адекватно насочване на финансирането към ефективни технологии за пречистване и дезинфекция на определени като рискови повърхностни води. Наличието на подходящо оборудване в НЦООЗ по ФАР проект и съответното осигурено финансиране от НПОСЗ ще подпомогне проучванията в тази насока.

Почви

Почвената покривка на България се характеризира с голяма пъстрота поради значителното разнообразие на факторите на почвообразуване - почвообразуващи скали, силно разчленен релеф, различни биоклиматични условия, антропогенна дейност и включва 42 почвени вида, обединени в 16 почвени типа⁵².

Почвените ресурси на България притежават висок потенциал от продуктивни, регулаторни и буферни функции.

⁵² По данни на Агенция по почвените ресурси

Почвената ерозия (водна, ветрова, иригационна) е най-сериозният деградационен процес за страната. Водната ерозия засяга около 65%, а ветровата ерозия около 24% от площта на стопанисваните земи. Перспективата е към повишаване интензитета на ерозионните процеси върху почвите от земеделските земи. В горските територии общата площ на засегнатите от водна ерозия земи е около 291 838 ha.

Дехумификация. Налице е трайна тенденция към намаляване на запасите на почвено органично вещество в обработваемите земи. Това намаление е между 10 и 40 % за по-голямата част от почвите.

Вкисляване. В обхвата на земеделските територии с висока податливост към вкисляване ($pH < 5.0$) са почви, заемащи над 4 300 000 ha. Към 4.5 % от вкислените почви в земеделските земи са с вредна за растенията почвена киселинност. Очертава се трайна тенденция към неутрализиране на обменната киселинност в антропогенно вкислените почви от обработваемите земи при намалено потребление на хидролитично кисели минерални торове.

Техногенно замърсяване. Замърсените земеделски земи с тежки метали и металоиди от промишлена дейност обхващат площ от 44 900 ha, като 61,3 % от тях са в близост до промишлени предприятия. През последното десетилетие няма регистрирани нови замърсявания на почвите от земеделски дейности в резултат на намалено потребление на торове и препарати за растителна защита.

Засоляване. В България са регистрирани около 35 500 ha обработваеми земи, засегнати от процесите на засоляване. Голяма част от засолените почви са ниви, които не се обработват поради силно намалено почвено плодородие. Антропогенното засоляване в урбанизираните територии бележи тенденция на увеличаване.

Нарушени земи. В България площите, засегнати от минното дело и депа за промишлени отпадъци, формират 0,29% от територията на страната. Засегнатите от промишлеността и енергийното производство площи са 0,59%, а 1,86% са физически унищожените почви за изграждане на транспортни мрежи (пътни, въздушни, плавателни).

По отношение на почвените замърсители, съвременните изследвания доказват прогресиращото замърсяване с **тежки метали** от промишлеността (металургична, стъкларска, химическа), трафика и енергетиката. В отличие от органичното химично замърсяване, тежките метали не се разграждат, а само транспортират в околната среда, като почвата се явява най-трайното им депо. Антропогенното замърсяване на почвата с тежки метали е предпоставка за екологичен и здравен риск, което е подробно описано от редица изследователи.

Най-крупните предприятия от сферата на цветната и черната металургия у нас са разположени в местности с интензивно земеделие и скотовъдство. През последните десетилетия са извършени редица обстояйни

проучвания, обхващащи значителни по размери региони на предприятия като КЦМ – Пловдив, ОЦЗ – Кърджали, МК “Кремиковци”, “Юмикор” АД, гр. Пирдоп и други.

В България **битовите отпадъци** от населените места и някои **промишлени и строителни отпадъци** се третират единствено чрез почвено депониране, което изпълнява своето принципно предназначение, но в конкретни случаи поради неспазване на технологиите и изчерпване на капацитета на сметищата, води до замърсяване на екосредите и потенциално влияе върху здравето състояние на населението. Все още са рядкост депата, използващи съвременното “санитарно депониране”. Друг съществен, от комунално-хигиенен характер проблем, е правилният избор на подходящи площадки за изграждане на депа за твърди битови отпадъци (ТБО) – факт, повсеместен за всички населени места в териториално ограничената България, включително за столицата - гр. София.

Едва в последните три години по програми на Европейската общност се изграждат депа за ТБО в страната, отговарящи на всички съвременни здравно-екологични изисквания, включващи:

- ✓ Безкомпромисна забрана за депониране в депа за ТБО на отпадъци определени в законова рамка като опасни;
- ✓ Контрол над достъпа до депонираните отпадъци;
- ✓ Пълна техническа изправност на съоръженията за компактиране, покриване и евакуация на сметищните газове и филтрат;
- ✓ Редовен екологичен мониторинг и цялостна профилактика и контрол върху здравето на населението в района;
- ✓ Конструктивни решения за максималното ограничаване на замърсяването на почви и подземни води.

Шум

Анализът на съществуващите данни от контрола на шума в страната говори за трайно запазване на неблагоприятната акустична обстановка в урбанизираните територии. Като цяло нивото на шума в градовете запазва високите си стойности, особено в техните централни части.

Увеличеният брой МПС, неудовлетворителното им техническо състояние, увеличената интензивност и скорост на движението, недобрата пропускателна способност на пътната мрежа, лошото състояние и вида на пътната настилка, са явни градоустройствени грешки и фактори, които допринасят за повишаване нивата на шума.

От 527 контролирани пункта през 2006 г., 358 са с нива над 60 dBA, което показва повсеместно наднормено шумово натоварване. Това са 67,9% от всички контролирани пунктове. Отбелязва се тенденция за увеличаване броя на пунктовете с наднормен шум и съответно намаляване броя на тези, които удовлетворяват хигиенната норма. Спрямо предходната година

(2005), през 2006 г. се отбелязва намаляване броя на пунктовете с шумови нива под 58 dBA /под лимита на хигиенната норма за шум/. Запазва се броят на пунктовете в диапазон 58-62 dBA; пунктовете в диапазон 63-67 dBA са се увеличили с 29; пунктовете в диапазон 68-72 dBA са намалели през последната година с 39 броя.

Табл.22. Разпределение на регистрираните в страната шумови нива по диапазони за 2005 и 2006 година

| Година | Пунктове | Диапазони (dBA) | | | | | | |
|--------|----------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | | Под 58 | 58-62 | 63-67 | 68-72 | 73-77 | 78-82 | Над 82 |
| 2005 | 532 | 83 | 96 | 141 | 183 | 29 | - | - |
| 2006 | 527 | 74 | 95 | 172 | 144 | 39 | 3 | - |

Решаването на проблемите с шума в населените места е свързано с изграждане на нова стратегия в посока подобряване на градоустройствените показатели при управлението на общините. Базата за действие в тази насока е заложена в Закона за защита от шума в околната среда, както и в новите наредби и нормативни актове към него.

Нейонизиращи лъчения

Хармонизацията на стандартите по въздействие на различни нейонизиращи лъчения (НЙЛ) с тези на Европейския съюз е в период на дискусия със страните-членки. Препоръката на Европейската комисия за защита на населението от въздействие с ЕМП е в период на въвеждане в много страни-членки при условие, че се прилага превантивния подход на СЗО при нормирането, което позволява намаляване на страховете в населението от облъчване и на съответни здравни неблагоприятия.

У нас са разработени нормативни актове за защита на работещите и населението от вредното действие на шума, вибрациите, електромагнитните лъчения, микроклимата в работна среда, оптичните и лазерните лъчения.

В страната се извършва планирана и насочена оценка на експозицията и риска за работещите и населението от въвеждането на нови технологии (мобилни системи, компютърни и интернет технологии, енергийни системи, нови алтернативни източници на енергия и др.), нови уреди и продукти, като мобилни телефони, интернет WI-FI системи, лазерни източници, източници на оптични лъчения за козметични цели и др. Проблеми съществуват с оценката на естественото ултравиолетово лъчение (УВ); на експозицията на работещите и населението от изкуствени източници на УВ радиация. При изследване на въздействието на физичните фактори е прилаган епидемиологичният подход, провеждани са и „провокативни“ изследвания с доброволци в експериментални условия. Изследвано е влиянието на електромагнитните полета в различни отрасли на стопанството, като работещите във физиотерапии, радио и телевизионни станции, открити и закрити разпределителни устройства в енергийните

системи, операторите, които обслужват базовите станции за мобилна комуникация. Установена е висока степен на риск за персонала, обслужващ системите за мобилна комуникация; за работещите във физиотерапите; както и умерен риск за инженерно-техническия персонал, обслужващ системите за електроразпределение.

Изследването на симптоми за „чувствителност“ при облъчване на доброволци с нискоинтензивни ЕМП, подобни на тези от облъчване с ЕМП от базови станции и мобилни телефони показват, че в настоящия момент не може да се говори реално за съществуването на подобен феномен, както и че няма ясна диагностика за описание на подобно „заболяване“.

В областта на оценката на риска от въздействието на УВ-лъчение върху човека се набират данни за източниците, използвани в медицината – дерматология, физиотерапия, за козметични цели, както и в индустрията. Тези данни ще бъдат използвани като основа за епидемиологични изследвания в страната с цел оценка на риска от въздействието на УВ-лъчение върху работещите с изкуствени източници на УВ-лъчение.

В страната са създадени условия за осигуряване на контрол на качеството и на добра лабораторна практика, като е развито “референтно звено” на МЗ в рамките на НЦООЗ. С помощта на това звено може да бъде разработена мрежа от лаборатории към МЗ, които да спазват европейските изисквания за контрол на физичните фактори на средата. Въведени са и дозиметричните подходи при експозиционната оценка на физически фактори, което е изискване на ЕС при прилагане на новите гранични стойности.

Усъвършенства се и контролът на ЕМП в национален мащаб чрез осигуряване на апаратура, методи, обучение и създаване на национални бази данни. Събирането и поддържането на бази данни за източници на вредни физически фактори на средата от цялата страна, с цел оценка и управление на риска, е една основна дейност, която у нас е разработена на достатъчно ниво за мултиплициране в контролните органи на МЗ.

Разработена е и се прилага Национална програма по комуникация и управление на риска от въздействието на нейонизиращи лъчения, която се разширява и към останалите физически фактори на средата. Явлението “свръхчувствителност” към електромагнитно въздействие, и по-специално симптомите, синдромите, разпространението, методите за изследване и третиране, се проучва върху части от населението.

Разработва се национална политика за намаляване на риска от свръхнискофреkwотни и УВ лъчения и превенция на злокачествените новообразувания на кожата, левкемии и други онкологични заболявания сред децата, свързани с това въздействие. Същата ще бъде прилагана в рамката на Националния план за действие по детско здраве и околна среда. Въвеждат се превантивният принцип и система за комуникация и

управление на риска от въздействието на нейонизиращите лъчения върху децата и техните майки в периода на бременността и при кърмене.

В областта на здравето нормиране все още няма хармонизирани гранични стойности за работещи и население, облъчвани с различни нейонизиращи лъчения – ЕМП, оптични (УВ) лъчения и др. Не се работи достатъчно по проблема за връзката между различните НЙЛ (свръхнискофотонни полета и УВ лъчения) и раковите заболявания. Тук основно значение има оценката на риска от въздействието на нейонизиращи лъчения върху деца и подрастващи и особено между въздействието с нискофотонни електромагнитни полета и левкемии при деца и подрастващи.

Националната програма по комуникация и управление на риска, която е свързана с въвеждането на „превантивния подход”, не може да бъде прилагана в пълния ѝ вид поради липса на средства. Освен това страната не разполага с достатъчно на брой техническите средства за извършване на контрол на голяма част от физическите фактори – нейонизиращи лъчения, вибрации, оптични лъчения.

Подготовката на кадрите от здравната мрежа е на ниско ниво, поради липсата на специалисти с подходящо образование за извършване на контрол на физическите фактори, а именно физици, инженери с насоченост в областта на измерванията и контрола. Липсва адекватна компютърна система в рамките на НЦООЗ, със съответни характеристики, за да поеме изцяло базата данни за източниците на вредни физически фактори, с цел прилагането ѝ в здравната политика.

Не се планират средства за експериментални и епидемиологични изследвания на въздействието на факторите на средата върху човека, а те са необходими за оценката на риска.

При въвеждането на Европейските здравни норми, ще се наложи определянето на основни ограничения, за които у нас липсват както компютърни системи, софтуер, така и кадри в здравната мрежа, които да ги прилагат.

Недостатъчно внимание на физическите фактори, емитирани от източници на нови технологии, въпреки че част от тях се считат за приоритет на СЗО и на ЕС.

За решаване на проблемите, свързани с въздействието на тези фактори върху човека, е необходимо те да бъдат поставени като приоритет в държавата. За целта СЗО и ЕС препоръчват да се приеме „Закон за защита на човека от НЙЛ”, по подобие на Закона за защита от шума.

3.3.1.6. Безопасност на храните

Безопасността на храните е един от приоритетите в здравната политика на ЕС, базираща се на всеобхватен, интегриран подход по цялата

хранителна верига В отговор на тези съвременните изисквания са разработени Стратегия по безопасност на храните на Р. България и Национален план за действие “Храни и хранене” 2005-2010. Със Закона за храните е учреден Национален съвет по безопасност на храните към МС (НСБХ) с председател Главният държавен здравен инспектор.

Въз основа на тези документи и решенията на ЕС в тази област се изгражда националната система за безопасност на храните. Здравното законодателство, което е съществен елемент на тази система, е напълно хармонизирано с изискванията на ЕС. През 2006 г. влезе в сила Закон за изменение и допълнение на Закона за храните. Бяха въведени изискванията на т.нар. „хигиенен пакет” регламенти на Европейската комисия за хигиената на храните и провеждането на официалния контрол на храните. Според тях основната отговорност за спазване на законодателството и гарантиране безопасността на храните носят производителите и търговците с храни. За целта те са задължени да въведат и прилагат определен кръг принципи и дейности за нейното управление.

Изменението на Закона наложи известна промяна в подхода за провеждане на контрола от отговорните институции, респективно РИОКОЗ. Той се основава на оценка на риска като приоритетни са обектите, дейностите и храните, които могат да бъдат най-опасни и застрашават здравето и живота на потребителите. Усилията са насочени към проверка на готовността на хранителния бизнес за спазване на хигиенните изисквания, осигуряване проследимост на храните по цялата хранителна верига, въвеждането на принципите и процедурите на НАССР, като е извършена огромна разяснителна работа и са дадени редица указания. Издадени са редица предписания - 36 199 за 2006 г. при 25 200 за 2005 г. Отчита се значителен спад на броя съставени актове за хигиенни и административни нарушения, които за 2006 г. са два пъти по-малко (12 426) спрямо съставените през 2005 г. (29 732).

Лабораторният контрол е насочен към изследването на проби храни по специфични регионални приоритети и проби за проверка на съответствието на произведените храни с изискванията на действащото законодателство за безопасност и ефективността на въведените системи за самоконтрол. Програмата включва химически замърсители: тежки метали, нитрати, натурални токсични вещества: микотоксини, пестицидни остатъци, радионуклеиди, микробиологични замърсители; добавки в храните. Анализирани са общо 10 104 проби хранителни продукти за съдържание на тежки метали, нитрати, микотоксини, пестицидни остатъци. Само при 43 проби (0,68%) са установени наднормени количества химични замърсители – нитрати, тежки метали, микотоксини. За остатъци от пестициди са взети общо 3 663 проби, от които 14 проби (0,38%) са с отклонения от нормите. Установяването на пестицидни остатъци в храните е ниско, но данните не са достатъчно репрезентативни, тъй като анализите включват

ограничен кръг активни вещества на препарати за растителна защита. Извършени са анализи на 2409 проби хранителни продукти за съдържание на добавки в храните. За съдържание на рекомбинантна ДНК или белтък в Столична РИОКОЗ са изпратени и изследвани 173 проби, при 92 проби за 2005 г., от храни, за които има най-голяма вероятност да съдържат ГМ материал, като произведените от соя и царевица. Отклонения са отчетени при 18 проби срещу 7 проби за 2005 г.

По микробиологични показатели през 2006 г. са анализирани 9327 проби хранителни продукти с общо 29868 изследвания при 8 477 проби и 29 039 изследвания за 2005 г. Най-честата причина за несъответствие с нормите е установяване на т.нар. „индикаторни микроорганизми, присъствието на които показва нарушаване на принципите на ДПП и ДХП. Установяват се патогенни микроорганизми в готови за консумация храни, предимно патогенни стафилококи (в 55 проби) и листерия моноцитогенес (в 7 проби), което носи риск за здравето.

Лабораторният контрол е свързан с необходимостта от съвременна техническа и методична въоръженост. В това отношение е направена крачка напред, тъй като в рамките на проект по програма ФАР през изтеклата година бе доставено съвременно лабораторно оборудване на 6 РИОКОЗ: Столична, Пловдив, Варна, Бургас, Плевен и В. Търново.

В процес на изграждане е система за мониторинг на химическите замърсители и добавките в храните. Страната ни е включена в изпълнението на програмата на ЕС за мониторинг на пестицидните остатъци в хранителните продукти от растителен произход. Крайната цел на тази програма е оценка на риска за здравето на европейското население.

В страната ни функционира Система за наблюдение и изследване на хранителните заболявания. През 2006 г. в страната са регистрирани 22 взрива от хранителни заболявания при 28 взрива за 2005 г. Общо са заболели 316 лица, като има регистриран един смъртен случай. В етиологичната структура на хранителните заболявания на първо място са взривите, причинени от причинители от група ”други” – 9 взрива, следвани от Салмонела ентритидис - 8 взрива, по 2 случая на Стафилококус ауреус и Ешерихия коли, Трихинела 1 взрив и 1 взрив с неизвестен причинител.

Чрез туининг проект по програма ФАР и в партньорство с Австрийската агенция по околна среда е осъществен контрол върху генетично модифицираните храни и новите храни с разкриването на референтна лаборатория и обучение по инспекционни практики, контрол и пробовземане на нови храни, обучение на експерти за извършване на оценка на безопасността и управлението на новите храни.

Навременната информация и обучението са елемент на системата за безопасност на храните като се поставя акцент и върху навременната информираност на потребителите по различните аспекти на този въпрос.

Изградена е система за ранно предупреждение, за да се осигури бързо разкриване на инцидентите с контаминиране и навременен сигнал за тревога за населението. Извършена е доставка на офис оборудване, предназначено за функционирането на Системата за бързо съобщаване. Контактните точки от системата – МЗ, Регионалните инспекции по опазване и контрол на общественото здраве, Националният център по опазване на общественото здраве и Националният център по радиобиология и радиационна защита, МЗП и неговите регионални структури и национални центрове, ще бъдат свързани в една мрежа за бърз обмен на информация между страните-членки и Европейската комисия в случай на опасност, предизвикана от храни или фуражи.

По българо-холандски проект е създаден Център за координация и подкрепа на обучението по контрол върху безопасността на храните със седалище НЦООЗ, функциониращ под ръководството на НСБХ, пред когото се отчита. Главната цел на Центъра е да допринесе за изграждане на система за безопасност на храните в България, която може да посрещне изискванията на Европейското законодателство по безопасност на храните и на Световната търговска организация сега и в бъдеще. През 2006 г. бе проведен първи основен курс с участници от РИОКОЗ, ДВСК/РВМС, НСРЗ, НСЗФ, БАХПИ. Общо 34 човека са получили сертификат за обучители. През същата година са проведени и едnodневни регионални курсове с общо 500 участници.

Влияние върху здравето и въздействие върху икономическото развитие: Храната е опасна, когато може да увреди здравето на човека или когато е неподходяща за консумация поради развала или замърсяване. Опасностите в храната биват микробиологични - бактерии, протозои, вируси, приони; химически - замърсители и добавки; нови технологии-генно инженерство, облъчване на храните. През 2002 г. СЗО съобщава, че всяка година до една трета от населението на развитите страни страда от остри хранителни заболявания като вероятно проблемът е много по-сериозен в развиващите се страни. Те се причиняват от Салмонела, ентерохеморагичната Ешерихия коли и др. Наблюдаваните взривове вероятно са само видимият аспект на един много по-дълбок и траен проблем. Уязвими групи от населението са децата, бременните, старите и болните, хората с имунна недостатъчност. Тези заболявания не само увреждат общото физическо състояние и здравето на отделните индивиди, но имат и икономически последици за отделния индивид, семейството, обществото, бизнеса и държавата. В условията на глобализация на търговията с храни, страните претърпяват икономически загуби вследствие наличието на опасна храна. Можем да споменем, че установяването на болестта “луда крава” в Канада и САЩ доведе до загуби в експорта на говеждо месо и съответно загуба на 5 милиарда за Канада и 2.6 милиарда – за САЩ през 2004 г. Това може да компрометира туризма на страната с

тежки икономически последици. Това показва тяхната значимост за съвременното здравеопазване и социалната политика. Мерките в областта на микробиологичната безопасност предпазват от остри хранителни заболявания и техните усложнения, водещи до временна неработоспособност, а понякога и до летален изход. Мерките в областта на химическата безопасност предпазват населението от продължителното действие на ниски дози от химическите вещества. В тази област все още няма отговор на редица въпроси, най-важните от които са възможността за синергизъм и кумулиране на еднопосочните ефекти, въздействието върху следващите поколения.

Подобряването на дейностите в областта на безопасността на храните изисква усъвършенстване на системата за мониторинг на замърсителите и добавките в храните и осигуряване на подходящо обучение за участващите в процеса, успоредно с изграждане на система за събиране и анализ на данните от дейността по контрола и мониторинга. От съществено значение е и координацията между отговорните институции.

3.3.1.7. Козметични продукти и детски играчки

Извършено е цялостно хармонизиране на българското законодателство за изискванията към козметичните продукти със законодателството на ЕС. Съгласно Закона за здравето, РИОКОЗ осъществяват контрол по спазването на здравните изисквания към продуктите и стоките със значение за здравето на човека, към които спадат козметичните продукти. Съгласно чл. 82 от Закона за защита на потребителите, контролните органи по отношение на безопасността на козметичните средства и продукти, са контролните органи по Закона за здравето. Държавният здравен контрол се извършва систематично – без предварително уведомяване, и насочено – при постъпили сигнали от граждани, държавни и общински органи и организации, както и при наличие на други данни за възникнали инциденти. Съгласно отчета на МЗ за 2006 г., през годината са извършени насочено проверки по 17 писма, получени в МЗ по Европейската система за бързо съобщаване за наличие на пазара на опасни стоки (РАПЕКС) за общо 67 нотифицирани продукта (козметични, химични и др.). Всички РИОКОЗ са извършили проверките и са информирали МЗ в определения срок.

Съгласно чл. 19, ал. 2 от Закона за здравето, при провеждането на държавния здравен контрол, държавните здравни инспектори имат право: на свободен достъп до обектите, продуктите и стоките, подлежащи на контрол; да изискват сведения и документи и да получават копия от тях на хартиен и/или електронен носител; да вземат проби и образци за лабораторни анализи в количества, необходими за извършване на изследвания; да предписват провеждане на задължителни хигиенни и противоепидемични

мерки, като определят срокове за тяхното изпълнение; да поставят удостоверителни знаци в случаите по чл. 39 от Закона за здравето; да съставят актове за установяване на административни нарушения; да правят предложения за принудителни административни мерки, предвидени в закон. Съгласно отчета на МЗ за 2006 г., върнатите за преработка и унищожените козметични продукти през годината са 1680 единични опаковки.

Ежегодно в НЦООЗ се провеждат експресни научни проучвания с предоставяне на информацията на МЗ, РИОКОЗ, БНАЕМПК и на производителите на козметични продукти. Проучванията касаят: антимикробна активност на козметичните продукти с антимикробни съставки (2004 г.), съдържание на фталати в козметични продукти (2005 г.), съдържание на нитрозамини в козметичните продукти (2006 г.). Разработени са валидирани методи за проверка на съдържанието на UV филтри в козметичните продукти, както и физическа методика за оценка на защитата от UV радиацията на козметичните продукти (2007 г.). Необходимо е бързо внедряване на тези методи в практиката на РИОКОЗ, за недопускане на фалшиви слънцезащитни козметични продукти на пазара и създаване на риск за потребителите. В процес на провеждане (2006-2008 г.) е Национално проучване по въздействието на UV слънчева радиация върху човека и използването на слънцезащитни средства, по национална извадка от НСИ, от НЦООЗ с участието на всичките 28 РИОКОЗ в страната.

Необходимо е контролът да се насочи предимно към козметичните продукти, които по-често биха могли да представляват риск за здравето на човека, а именно:

- ✓ приложение при рискови контингенти (козметични продукти за деца, козметичните продукти за професионална употреба);
- ✓ приложение върху чувствителни и рискови участъци (за поддържане на зъбите и устната кухина, около очите, върху устните, миглите, веждите, околоноктните кожички, външните полови органи);
- ✓ наличие на рискови съставки (депилатори, къдрини, бои за коса, окислителни за бои за коса, за изправяне на косата, възстановители на цвета на косата, лакове за нокти);
- ✓ козметични продукти със специално предназначение: за слънчеви бани, противопърхотни, за проблемна кожа, антимикробни, за избелване на кожата и др., поради съдържанието на активни съставки;
- ✓ козметични продукти, съдържащи голям процент естеришно-маслени съставки, представляващи риск от алергизиране (ароматизатори и масла за вана, парфюми, масажни масла);
- ✓ образуването на рискови съставки.

Играчките не фигурират в Закона за здравето в списъка на продуктите и стоките със значение за здравето на човека и не подлежат на

държавен здравен контрол по Закона за здравето. Надзорът на пазара се осъществява от Държавната агенция за метрологичен и технически надзор въз основа на следното законодателство: от 2001 г. българското законодателство е изцяло хармонизирано с европейската Директива 88/378/ЕЕС за изискванията към играчките. Със Закона за защита на потребителите и “Наредбата за съществените изисквания и оценяване на съответствието на играчките” се установява режим на пускане на пазара на играчките, след оценяване и удостоверяване на съответствието им със съществените изисквания и поставяне на маркировка за съответствие върху играчката. Съгласно действащото законодателство, Държавната агенция за метрологичен и технически надзор на пазара оказва съдействие и сътрудничи на Комисията за защита на потребителите и на Министерството на здравеопазването, включително като им предоставя информация за опасните стоки и услуги, намерени на пазара и ги информира за предприетите от него мерки за предотвратяване на сериозна и непосредствена опасност за здравето на потребителите. МЗ, по искане на Комисията за защита на потребителите, във връзка с нотифицирани по системата RAPEX играчки, провежда контрол на пазара за наличие на тези играчки, като прави изпитване и оценка.

3.3.1.8. Трудова среда: осигуряване здравословни и безопасни условия на труд

Условията на труд (УТ) се определят от състоянието на безопасността, трудовия процес, организацията на труда, качеството на работната среда - наличност на опасности от различно естество на работното място – физични, химични, биологични, ергономични, психо-социални.

Реформата в сферата на здравето и безопасността при работа (ЗБР) има няколко важни характеристики:

а) Хармонизация на националната нормативна база с европейското законодателство и утвърждаване на превантивните подходи за осигуряването на ЗБР, с въвеждане на трудово-медицинско обслужване (ТМО) на работещите от Служби по трудова медицина (СТМ). Те имат превантивни функции и са предназначени да подпомагат работодателя за формиране и изпълнение на Фирмена политика по ЗБР, насочена към дейности за предотвратяване на трудови злополуки, професионални заболявания и „свързани с труда заболявания”.

б) Изграждане на съвременна Национална система за здраве и безопасност при работа (НСЗБР) – на принципа на междусекторното сътрудничество и социалния диалог.

в) Осигуряване на специалисти, методология и обучение за НСОЗБР.

Понастоящем условията на труд в България се различават от тези в европейските страни по следните параметри:

По-голям е относителният дял на: заетите в традиционно рисковите икономически сектори - селско стопанство, транспорт, добивна промишленост, работещите при удължено работно време, сменна и нощна работа и с висока експозиция на рискови фактори за ЗБР: шум, вибрации, химични, ергономични, биологични, психо-социални опасности, сред които множество предпоставки за високо ниво на стрес при работа; работещите със здравни оплаквания, свързани с работата.

По-нисък е относителният дял на: работещите във висококвалифицирани дейности и с използване на компютърни технологии; работещите, които получават обучение по ЗБР - само 11%, докато в европейските страни, Словения, Полша, Чехия, Унгария – 80 - 90%.

Като причини за недобро качество на условията на труд в България може да се посочат:

- ✓ използването на стари технологии и ограничените ресурси за подобряване на УТ, особено на малките предприятия;
- ✓ недоброто управление на дейностите по ЗБР;
- ✓ отсъствието на култура за превенция на всички нива.

Влиянието върху здравето и въздействието върху икономическото развитие на условията на труд се характеризира с нарастване на честотата на „свързаните с труда заболявания”, произтичащи от ергономични несъответствия на работното място (мускулно-скелетни заболявания, болести на периферната нервна система), на свързаните със стреса при работа (нарушения в психичното здраве, ендокринни, сърдечносъдови и ракови заболявания), с експозицията на прах и химични опасности на работното място, с азбест. Нивото на трудовите злополуки продължава да бъде високо, нивото на професионалните заболявания не съответства на степента на съществуващия риск, поради несъвършенства в системата за откриване, признаване и регистриране.

Разходът (% от БВП) за компенсации и обезщетения за работа при неблагоприятни УТ и последствията от това в България е значително по - висок от европейските страни, в които се прилагат превантивните подходи в продължение на много години.

Проблемите в тази област са основно поради недостатъчното прилагане на новото законодателство, отсъствието на култура за превенция на всички нива, недостига на човешки ресурси за дейностите по ЗБР (медицински и технически), недостатъчната инфраструктура от добре функциониращи СТМ, липсата на стандарти за качество по отношение на базовото съдържание на ТМО от СТМ, отсъствието на проучвания и наблюдение на условията на труд, оценката на риска и мониторинга на здравето.

Развитието и укрепването на Националната система за здраве и безопасност при работа изисква:

- ✓ *междусекторно сътрудничество* в дейностите по ЗБР и необходимост от засилване ролята на МЗ;
- ✓ *хармонизиране на националната политика и стратегия по ЗБР в съответствие със стратегията на ЕС, СЗО и МОТ;*
- ✓ *разработване на Национален план за действие за здраве на работещите* - съобразяване с приоритетите, посочени в Глобалния план на СЗО “Здраве на работещите”: укрепване на СТМ и качеството на ТМО, намаляване експозицията на канцерогени и азбест;
- ✓ *изграждане на човешки ресурси и подобряване на инфраструктурата и качеството на дейностите по ЗБР;*
- ✓ *информация, обучение, провеждане на кампании* за разпространение на примери за добра практика на управлението на здравето и безопасността при работа.

3.3.2. Намалена работоспособност, трудови злополуки и смърт

Намалената работоспособност и трудовите злополуки оказват негативно влияние върху трудовия потенциал в страната. Те затрудняват или правят невъзможно участието на една част от работоспособното население в процеса на икономическо развитие. По данни на НЦЗИ през периода 2001 – 2004 г. броят на лицата с **първично намалена работоспособност** над 16-годишна възраст нараства и достига 133251 или 20.2 на 1000 души от населението. След 2005 г. е налице намаление, като през 2007 г. този брой спада до 70859 души или 10.8 на 1000 души от населението.

В зависимост от степента на намалената работоспособност, както през предходните години, така и през 2007 г., най-висок е дялът на загубилите 71% - 90% от работоспособността си (33.8%); следва дялът на тези загубили работоспособност 50% - 70% (29.0%) и на загубилите над 90% от работоспособността си (23.1%). През периода 2001 – 2007 г. нараства дялът на лицата с **първично намалена работоспособност**, които са загубили от работоспособността си до 50% и от 50% - 70%.

Два класа болести водят до най-тежка **степен на увреждане** – “Новообразувания” и “Някои инфекциозни и паразитни болести”. През 2007 г. 46.1% от лицата с новообразувания са загубили над 90% от работоспособността си, а 46.3% - от 71% до 90%. През 2007 г. 33.6% от лицата с увреждания поради “Болести на органите на кръвообращението” са загубили 71% - 90% от работоспособността си; съответно 31.2% от тях са загубили 50% - 70%, а 20.6% са загубили над 90% от работоспособността си. Лицата, получили увреждания поради “Болести на дихателната система”, “Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан”, “Болести на пикочо-половата система” и “Вродени аномалии”, са загубили до 50% и от 50% - 70% от работоспособността си.

Около 60% от лицата със заболявания, включени в класовете “Психични и поведенчески разстройства”, “Болести на окото и придатъците му” и “Болести на нервната система”, са свързани също с висок процент загуба на работоспособност. Относителните дялове на лицата с увреждания поради “Травми и отравяния” са с близки стойности според четирите категории степен на намалена работоспособност.

Друга причина за нарушение на здравето, пряко свързана с икономически активното население в страната, са **трудовете злополуки** и предизвиканите от тях смърт или намалена работоспособност. По данни на НОИ през 2007 г. в страната са станали 3706 трудови злополуки. Това означава, че ежедневно през годината са ставали средно 10 трудови злополуки на ден. Те са предизвикали смъртта на 157 души; 18 лица са били с намалена работоспособност вследствие на трудова злополука. Броят на загубените календарни дни от трудовете злополуки възлиза на 184 038 дни.

Трябва да се отбележи, че от общо 3706 трудови злополуки през 2007 г., 1180 (31.8%) са станали с жени. От тях 4 са предизвикали намалена работоспособност, а 21 – смърт.

3.3.3. Национални здравни програми

Националните здравни програми са приети от Министерския съвет по предложение на Министъра на здравеопазването и се финансират от републиканския бюджет като диференцирани разходи от бюджета на Министерството на здравеопазването, като могат да бъдат подпомагани и чрез други финансови източници.

3.3.3.1. Програми, насочени към осигуряване на условия за промоция на здравето и профилактика на заболяванията:

- ***Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2007 – 2010 г.*** - продължение на приключилата през 2005 г. програма с аналогично название.

Извършена е оценка на ефективността на съществуващите кабинети за отказване от тютюнопушенето; изготвени са анализи на разпространение на тютюнопушенето, динамиката на смъртността от заболявания, свързани с него и за ефективността на извършваните здравно-образователни дейности. Разработен е стандарт и методология за здравно образование по проблемите на тютюнопушенето за младите хора в и извън училище, обучителни материали за учители от младежките центрове. Провеждани са кампаниите “Спри и спечели” и за детска рисунка “Не на цигарите”, тематични дни, свързани с 31 май – Световния ден без тютюнопушене. Издадени са информационни материали на национално и областно ниво, разпространявани сред учениците и възрастното население. Със средства на програмата са финансирани малки проекти на училища, неправителствени организации, РИОКОЗ за превенция на тютюнопушенето. Във всяка РИОКОЗ са създадени кабинети за отказване от тютюнопушенето, като

работещите в тях бяха предварително обучени. Проведоха се обучения и за общопрактикуващи лекари и специалисти по методите за консултиране за отказване. България ратифицира Рамковата конвенция за контрол на тютюна (07.11.2005 г.) и участва в работата на Първата конференция на страните членки през месец февруари 2006 г. в Женева.

В сила е Наредба за условията и реда, при които се допуска по изключение тютюнопушене в обособени зони на закритите обществени места и на закритите работни помещения. Национално изследване показва, че 71.5% от анкетираните одобрява предприетите от правителството мерки за ограничаване на тютюнопушенето на обществени места.

- ***Национален план за действие по околна среда – здраве (НПДОСЗ) 2002-2010 г.***

През периода 2002-2006 г. са реализирани дейности в следните приоритетни области: хармонизиране на националното законодателство с правото на ЕС и осигуряване на условия за неговото ефективно прилагане; усъвършенстване на мониторинга на факторите на околната среда; разработване на мерки и реализация на дейности за подобряване на екологичните, социалните и физическите условия на живот в населените места, с оглед повишаване качеството на живот и предотвратяване на заболяванията; проучвания за оценка на здравния риск, свързан със замърсяването на жизнената среда; определяне на рискови групи от населението, подложени на негативни въздействия на факторите на риска за здравето от околната среда; изграждане на система за комуникация и управление на риска; осигуряване на подходяща информация, необходимост на всички заинтересовани институции и организации.

През 2006 г. стартира втората ревизия на Плана за действие, както и разработване на нов раздел “Детско здраве и околна среда”, което е в изпълнение на решенията, приети на Четвъртата пан-европейска конференция на министрите на здравеопазването и на околната среда, проведена в Будапеща, Унгария през м. юни 2004 г., както и в съответствие със Стратегията и плана за действие по околна среда и здраве на ЕС.

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

Със заповед № РД 09-564 от 11.12.2006 г. на министъра на здравеопазването е определен съставът на Националния съвет за ограничаване на остеопорозата-25 члена, представители на научни медицински дружества, министерства, ведомства, пациентски организации. Утвърден е Правилник за дейността на съвета. С обявен конкурс са определени 53 центрове по остеопороза. Проведено е Пето национално изложение на стоки и услуги с насоченост към профилактиката и лечението на остеопорозата. Реализирани са три семинара за общопрактикуващите лекари и един за представители на РИОКОЗ. Разработена е методика за първоначална и периодична оценка на качеството на измерванията на

апаратите за диагностика и скрининг на остеопорозата и проект за Методическо указание за контрол на качеството на апаратите за диагностика и скрининг на остеопорозата. Отпечатани са листовки с “Едноминутния тест за оценка на личния риск от остеопороза”, плакат и брошура “Добър апетит”, обучителен материал по здравословно хранене. Заснет е обучителен филм за остеопорозата за журналисти. Разработено е методично ръководство за нуждите на централните по остеопороза, общопрактикуващите лекари, специалистите от РИОКОЗ, детските и учебните заведения за промоция на костното здраве и профилактика на остеопорозата. Оценено е въздействието на рисковите фактори за разпространение на остеопорозата. Разработен е комплекс от критерии за текуща оценка и анализ на работата с подрастващите по профилактика на остеопорозата.

- ***Национална програма за профилактика и контрол на ХИВ/СПИН и полово предавани болести 2001-2007 г.***

МЗ е основната национална институция, отговорна за изпълнението на Националната програма за борба със СПИН и полово-предавани болести (ППБ), 2001-2007 г. За подпомагане на нейната реализация през 2003 г. МЗ подписа споразумение с Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария за безвъзмездна помощ от 15,7 млн. щат. долара за изпълнение на програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” за периода 2004-2008 г.

Целта на *Програмата* е да се задържи ниското ниво на разпространение на ХИВ в страната чрез укрепване на инфраструктурата и изграждане на капацитет в националния отговор по проблемите на ХИВ/СПИН; намаляване на рисковото поведение сред уязвимите групи; осигуряване на достъп на целевите групи и хората, живеещи с ХИВ/СПИН, до грижи и качествено лечение. Партньори на МЗ при изпълнението на Програмата са редица национални и международни институции и неправителствени организации, някои от които са НЦООЗ, НЦЗПБ, НЦН, всички РИОКОЗ в страната, повече от 40 неправителствени организации, UNAIDS, UNFPA, UNICEF и др.

Съгласно Споразумението между МЗ и Глобалния фонд компонентите на Програмата се реализират в 19 общини (областни центрове) в страната. В 9 от общините Програмата обхваща всички или преобладаващата част от уязвимите групи. Финансовата 2006 г. е третата година от реализирането на Програма, в която се отчита висок процент на изпълнение на предварително заложените в Споразумението параметри.⁵³ Конкретните резултати са свързани с развитието на капацитета на структурите на МЗ на национално и регионално равнище и на местни координационни офиси по СПИН в 10 общини (Благоевград, Бургас, Варна, Видин, Пазарджик, Плевен, Пловдив, Русе, София и Стара Загора).

⁵³ Годишен доклад за изпълнението на програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН за 2006 г., представен пред Националния координационен комитет.

В рамките на осъществяваното трета година в България второ поколение епидемиологичен надзор са събрани анкетни карти за знанията и поведението и кръвни проби от 4 168 представители на пет уязвими групи – интравенозни наркомани, проситуиращи, млади мъже от ромски произход, лица, лишени от свобода и мъже, които правят секс с мъже.

В края на 2006 г. мрежата на КАБКИС се разшири до 18 кабинета. От началото на тяхното разкриване (2003 г.) до края на 2006 г. през тях пълния процес на консултиране и изследване са преминали 30 778 лица, като само през 2006 г. техният брой е 15 043.

Програмата работи със 131 училища от 13 общини за поетапно въвеждане на здравно образование и развитие на политики за сексуално здраве и превенция на ХИВ/СПИН; 4 350 нови ученици са включени в групите по здравно образование (СИП) през учебните 2005/6 и 2006/7 г.

Безплатно от МЗ се предоставя съвременна антиретровирусна терапия на всички нуждаещи се хора, живеещи с ХИВ/СПИН, както и лечение на опортюнистични инфекции със средства от Глобалния фонд. С финансиране от него бе създаден четиримесечен резерв от антиретровирусни медикаменти за лечение на хора, живеещи с ХИВ/ СПИН, с цел да не се допусне прекъсване на терапията, както и за осигуряване на постекспозиционна терапия на медицински специалисти.

Разкрит е четвърти за страната сектор за лечение на пациенти с ХИВ/СПИН към УМБАЛ-Плевен. Финансово са подкрепени дейностите на три кабинета за психо-социална подкрепа за хората, живеещи с ХИВ/СПИН, техните близки и партньори – два в София и един във Варна.

В допълнение на дейностите, финансирани от Програмата, *UNAIDS* инициира и реализира поредица от обучения, насочени към развитие на капацитета за по-голямо включване на хората, живеещи с ХИВ в процесите на планиране и реализиране на националната политика. Стартира издаването и разпространението на тримесечен бюлетин за ХИВ/СПИН “Позитивно за ХИВ/СПИН”.

През 2008 г. в тази област се работи по нова програма.

- ***Национална програма за елиминация на морбили и вродена рубеола 2005 – 2010 г.***

Мониторира се имунизационното покритие чрез сероепидемиологични срезове проучвания; осигурява се допълнителна възможност за имунизация срещу морбили и рубеола на възприемчиви групи от населението, вкл. жени в детеродна възраст, чрез целеви ваксинални кампании; незабавно се проучва и задължително се потвърждава лабораторно всеки съмнителен случай на морбили.

- ***Национална програма за контрол на ехинококозата при хората и животните 2004 – 2008 г.***

Работи се за установяване честотата на заболяването сред населението на Р България. Изгражда се система от профилактични и скринингови мерки

с цел намаляване на заболяемостта от ехинококоза. Актуализират се и синхронизират нормативните документи за контрол на ехинококозата сред хората и животните. Повишава се качеството на диагностично–лечебните възможности чрез приложение на съвременни средства за химиопрофилактика и въвеждане на нови методи за лабораторна диагностика; подобрява се нивото на здравната и ветеринарно–санитарната култура на населението по профилактиката на ехинококозата.

• ***Национална програма за профилактика и борба с кърлежовопреносимите трансмисивни инфекции, 2004-2007 г.***

Извършен е епидемиологичен надзор над КПИ - разкриване, картотекиране и картографиране на природните огнища. Изготвени са кадастър на природните огнища на КПИ в България и анализи за състоянието на профилактиката и борбата с КПИ, с препоръки за своевременно предприемане на съответните мерки. Укрепени са структурите на биологичните, микробиологичните и вирусологичните лаборатории в РИОКОЗ, както и на референтните лаборатории в НЦЗПБ и ВМА, с цел осигуряване на висококачествена референтна лабораторна помощ. Децентрализирана е лабораторната диагностика на КПИ: създадени са възможности за лабораторна диагностика на КПИ в медицинските университети в градовете Пловдив /2004г./, Варна /2004г./, Стара Загора /2005г./, Плевен /2005г./ и в РИОКОЗ Бургас /2004г./ и РИОКОЗ Русе /2005г./. Осигурена е съвременна диагностична апаратура, тестове и консумативи за нуждите на лабораторната диагностика. Въведена е „клинична пътека” за заболели от КПИ пациенти. Проследява се динамиката на числеността, видовия състав, сезонността на кърлежите и са извършени репрезентативни изследвания на кърлежи от природните огнища с цел установяване на тяхната заразеност. Проведена е широка здравно-просветна дейност сред населението: издадени са брошури за здравни кадри, за ветеринарномедицински кадри и за населението – през 2004г.; преиздадени през 2005 г.; създаден е телевизионен клип – през 2004г.

• ***Българо-швейцарска програма „Подобряване на болничната хигиена и превенция на инфекциозните заболявания” 2002 – 2007 г.***

Стандартизирани са методите за определяне на чувствителността към антимикробни средства. Работи се над система за надзор на разпространението, честотата, динамиката и механизмите за разпространение на резистентните микроорганизми; над съвременни стандарти в профилактиката и борбата с ВБИ.

• ***Национален план на Република България за готовност за грипна пандемия.***

Ориентиран е към осигуряване на надеждна диагностика на грипа и острите респираторни заболявания; осигуряване на противогрипни ваксини от пандемичния щам за целевите групи; осигуряване на надеждна информация за целите на епидемиологичния надзор над грипа и острите

респираторни заболявания; изработване на стратегия за осигуряване на страната с ваксини и антивирусни препарати в условията на пандемия, когато се очаква възникването на глобален недостиг; създаване на национални запаси от лекарства, ваксини и диагностикуми за работа в условията на грипна пандемия; оборудване със съвременна диагностична апаратура и технологии на референтната лаборатория в НЦЗПБ и вирусологичните лаборатории в РИОКОЗ; развитие на националната информационна мрежа за грип и остри респираторни заболявания.

- ***Национална програма за изпълнение на Плана за действие към Националната стратегия за борба с наркотиците (2003-2008 г.)***

Дейности и резултати: Развита е система от програми и служби за лечение на зависимости на национално и общинско ниво и улесняване на достъпа до тях. Създадени са и функционират 7 програми за субституиращо и поддържащо лечение на лица, зависими от наркотични вещества. Изградени са и функционират дневни центрове за рехабилитация и реинтеграция на зависими. Внесени са изменения и допълнения на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП) и подзаконовите нормативни актове. Осъществява се ефективен контрол на всички дейности с наркотични вещества и техните препарати, използвани за медицински цели. Подобрена е координацията на дейността на звената, ангажирани с контролна дейност. За повишаване професионалната квалификация на лицата, занимаващи се с контрол е осигурено обучение и участие в местни и международни форуми в областта на контрола на наркотиците. Изграден е и функционира Националният център по наркомании (НЦН), Национален фокусен център (Focal point) за събиране на информация по наркотиците и връзка с Европейския мониторинг център по наркотиците и наркоманиите (EMCDDA).

- ***Политика за психично здраве 2004 – 2012 г. и Национален план за действие към нея (актуализиран от МС през 2006 г.)***

Съгласно декларираните приоритети на СЗО за психичното здраве, правителството на Република България прие политика за психично здраве 2006 - 2012 г. и Национален план за действие. Политиката интегрира в себе си постигнатите резултати и насоки за по-нататъшно развитие от предшестващата я Национална програма за психично здраве на гражданите на Република България 2001 - 2005 г.

- ***Национална програма за суицидопрофилактика 2000 – 2006 г.***

Изградена е информационна база данни за самоубийствата и на опитите за самоубийство, която ежегодно се допълва. Ежегодно се изготвя оперативна информация за самоубийствата и опитите за самоубийство на национално и на областно ниво през съответната година. Издадени са методични материали, дигитални, здравно-образователни филми. Проведени са лекции сред ученици, беседи и дискусии с родители, както и дейности с

уязвими групи (безработни и социално слаби лица и други) за суицидно поведение.

Анализът на информацията от базата данни към програмата сочи, че през периода 2000 – 2006 г. е налице *снижение на суицидната смъртност* – от 17 на 100 000 души от населението през 2000 г. на 12.7 на 100 000 души през 2005 г. През 2006 г. смъртността поради самоубийства се задържа на 12.0 на 100 000 души. Налице е и *снижение и на честотата на опитите за самоубийство* – от 2935 през 2000 г. на 2144 през 2006 г., т.е. със 27.0%. Показателят на 100 000 души от населението спада до 27.92.

- ***Национална стратегия и работна програма за профилактичен онкологичен скрининг в Република България 2001-2006 г.***

Осигурени са мамографски апарати (закупени са общо 18 мамографи през отчетния период и консумативи мамографски филми за тях); разработват се модули за обучение и провеждане на курсове за семейни лекари, цитотехници, мамографисти и патолози; провеждане на национална кампания за борба с рака.

- ***Национална интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ)-демонстрационни зони.***

СИНДИ е международна, интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести. Програмата се развива в осем демонстрационни зони на страната с население около 700000 души. Целите и задачите на програмата се базират на точна епидемиологична рамка от изследвания за здравното състояние на населението и носителството на фактори на риска. Има изградена система от показатели за мониторинг на целите и задачите. Фокусът на интервенциите за контрол на хроничните болести е ориентиран към *факторите на риска* (поведенчески, биологични, психосоциални, фактори на околната среда, икономически фактори и др.). При интервенциите се прилага високорисков и популационен подход. Интервенциите се реализират в рамките на следните по-важни стратегии: информирание и здравно образование на населението, изграждане на капацитет у специалистите за добра профилактична практика, мобилизиране на локалните общности в дейности за здраве, разработка на ръководни принципи и ръководства за работа и други.

През 2006 г. в зоните са реализирани около 500 ТВ предавания, 736 радиопредавания, над 600 излъчвания на аудио и видеоклипове, над 500 публикации в пресата, 51 пресконференции, 500 лекции и беседи, около 212 семинара, множество дискусии и др. Много са мероприятията за високорисковите групи – вкл. ТВ училища за хипертоници, диабетици, затлъстели, обучителни семинари и други. Голям е броят на образователните дейности за малки деца, а също и в училищата.

За изграждането на капацитет у ОПЛ и другите професионалисти за добра медицинска практика в областта на профилактиката на болестите и промоцията на здраве, диагностиката и добрата терапия на болестите се провеждат средногодишно около 20-22 семинара с тях на различни теми свързани с изпълнението на програмните цели. Общо са проведени над 150 семинара и курсове. На участниците в семинарите са предоставени над 10 ръководства и ръководни принципи за добра практика.

Мобилизирането на общностите за дейности по промоция на здравето и профилактиката на болестите се извършва чрез пряко участие на ръководителите на общинските сектори в мероприятията по програмата и чрез тях и структурите, които ръководят. Това се отнася и за други организации-участници, вкл. НПО. Периодичните срещи за обсъждане на развитието на програмата са практика с тези структури в повечето зони. Работи се активно и с отделни сектори в зоните: напр. с производителите на храни, със секторите, отговарящи за транспорта и чистотата на въздуха в градовете, със секторите отговарящи за спорта, безопасността на движението, образованието и други. Особено полезна е работата на *Обществените коалиции за здраве*, които са активни помощници на програмните съвети и работните групи. Те работят със секторите на общините, с медиите, с НПО, отчитат работата си публично в редица зони.

Проведените три мониторинга за оценка на промяната в поведението на населението за здраве – през 2000, 2002 и 2004 г. (вкл. нивото на факторите на риска), показват, че има положителни промени на популационно ниво в поведението на населението за здраве в зоните (от 2000 г. насам), което продължава. В резултат на интервенционните дейности около 34% от мъжете и 30-40% от жените правят опит за контрол на факторите на риска на които са носители, като успяват в тази насока средно около 30-35% от тях (спиране на цигарите, намаляване консумацията на мазнини и сол, увеличаване на двигателната активност и други). Има положителни промени и в нивото на биологичните фактори на риска, а също и в показателите за смъртност от редица тежки заболявания. Цената на получените резултати е многократно по-голяма от предоставените средства.

Нов етап в развитието на програмата е стартът на детската ѝ компонента „Здрави деца в здрави семейства” в зона В. Търново.

- ***Национална стратегия по безопасност на храните***

Транспониране и въвеждане постиженията на европейското право в националното законодателство в областта на храните; повишаване професионалната квалификация на специалистите, извършващи държавния контрол върху храните чрез обучение за прилагане на въведеното европейско законодателство; създаване на Център за координация и подкрепа на обучението по безопасност на храните, разположен в НЦООЗ;

оборудване на лабораториите в системата на държавния здравен контрол със съвременна лабораторна техника.

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

Разработени са Интернет страници на програмата и са разпространени Национални препоръки за хранене и Пирамида на здравословното хранене, нова компютърна програма за оценка на храненето. Проведени са Национална седмица за борба със затлъстяването, Национална седмица в подкрепа на кърменето, организирано е отбелязването на Световния ден на храните, подготвено е Национално проучване на храненето на деца 0-5 г., разработени са методични указания, отпечатани са информационни материали. Извършено е обучение на лидери на групи "Майки обучават майки", създаден е консултативен център по кърмене. Разработена е Национална програма за мониторинг на химични замърсители в хранителните продукти. Създаден е Учебен център по безопасност на храните с база НЦООЗ. Проведени са курсове за обучение, разработени са наръчници; създадена е и оборудвана лаборатория по генномодифицирани храни. Създадена е национална система за бързо съобщаване за наличие на опасни храни на пазара.

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

Проведени са конкурси за малки проекти в областта на повишаване безопасността на движението по пътищата и информационни кампании

3.3.3.2. Програми, насочени към предоставяне на гарантирани здравни услуги с повишено качество и осигурен достъп до тях.

- ***Национална програма “Медицински стандарти в Република България (2001-2007 г.)”***

Разработени са проекти на медицински стандарти по специалности и значими интердисциплинарни проблеми. Изгражда се нормативна уредба за управление на качеството в здравната система на базата на медицински стандарти, създаден е и функционира програмен “Координационен и интернет център – Медицински стандарти” на МЗ, web сайта “Медицински стандарти” и web базираната Информационна система за медицинските стандарти. Информира се обществеността (информационни услуги за медицинската и немедицинската общественост) в България и чужбина за медицинските стандарти на МЗ, с използване на компютърни комуникационни технологии.

- ***Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства и план за действие 2005 – 2007 г.***

През 2005 г. са проведени здравно-информационни кампании, а през 2006 г. са направени профилактични гинекологични прегледи в областите Бургас, Монтана, Видин.

3.3.3.3. Програми, насочени към подобряване на взаимодействието между извънболничното и болничното обслужване

- ***Национална програма за контрол на туберкулозата в Република България 2004-2006 г.***

Във всички области в страната е въведена стратегия ДОТС на СЗО. На всички болни, независимо от здравноосигурителния им статус е осигурена адекватна терапия с необходимите туберкулостатици за стационарно и домашно-амбулаторно лечение, предоставени от МЗ. На болни с полирезистентност е осигурено лечение с „Микобутин”. Предоставени са необходимите количества Изониазид за химиопрофилактика на подлежащите контингенти. Закупени са от МЗ и предоставени на определените микробиологични лаборатории консумативи за експресна микробиологична диагностика на ТБ и определяне на лекарствена резистентност. Създадена е и работи Национална референтна лаборатория по туберкулоза към НЦЗПБ, като МЗ е осигурило лабораторията кадрово с щат от 5 души, закупени са и са предоставени необходимата диагностична апаратура и лабораторно оборудване. Стартира външният контрол за качеството на работа на микробиологичните лаборатории. От МЗ са осигурени финансови средства за провеждане на квалификационни курсове за микробиолози по диагностика на ТБ.

- ***Национална програма за развитие на лечебна система с метадонови поддържащи програми в Република България 2006 – 2008 г.***

Оптимизира се нормативната база и се работи над консенсусно становище за добра клинична практика на субституиращите програми. Стимулира се създаването на нови метадонови поддържащи програми и увеличаване на капацитета на съществуващите такива, осигуряване на Метадон хидрохлорид. Извършва се оценка на ефективността на метадоново поддържащите програми, създава се информационна база данни за лечебните заведения, осигуряващи субституиращо поддържащо лечение и за пациентите, включени в тях. Повишава се професионалната квалификация на екипите на метадоново поддържащата програма, повишава се информираността на пациентите и техните семейства за философията и основните принципи на метадоново поддържащото лечение, повишава се информираността на обществото.

- ***Национална програма за развитие на инвазивната кардиология в Република България 2002-2008 г.***

Създава се нормативна база, регламентираща спешната диагностика и лечение при пациенти с остър инфаркт на миокарда, намиращи се на територията на областите София и Пловдив. Работи се над регламентирането на медицинските аспекти на поведение при пациенти с остър инфаркт на миокарда и организационните взаимоотношения между лечебните заведения, участващи в терапевтичния процес. Реализирани са

редица промоционални и организационно-технически мероприятия, необходими за успешното стартиране и изпълнение на програмата. Създава се web страница на програмата за популяризиране на дейностите. Проучва се световният опит в областта на инвазивната кардиология относно медицинската практика, правните, организационните и икономически аспекти. Създава се нормативна база, регламентираща обучението и продължителната квалификация на специалисти по инвазивна кардиология. Лекуват се над 60% от пациентите с остър инфаркт на миокарда от територията на гр. София и гр. Пловдив чрез методите на инвазивната кардиология. Работи се над свеждане на смъртността при болни с остър инфаркт до минимум, именно в резултат на лечение чрез инвазивни процедури. Въвежда се нов съвременен метод за стентирание с “drug eluting stents”, който предопределя по-високо качество на лечебния ефект, особено добре изразено при пациенти със силно увредени коронарни артерии и придружаващи заболявания, като диабет. Повишава се квалификацията на специалистите и специализантите по инвазивна кардиология във водещи европейски центрове.

3.3.4. Разход-ефективни интервенции за здраве

Въпросът колко и какви инвестиции да се правят в здравето изисква да се вземе под внимание фактът, че ресурсите (хора, пари, оборудване, др.) са ограничени и недостатъчни. Това налага да се направи икономическа оценка, т.е. сравнителен анализ на разходите и ползите от алтернативни здравни интервенции и/или програми с цел да се предостави необходимата информация на вземащите решения. Последните трябва да направят избора коя от интервенциите да бъде изпълнена, така че да се получи максимален ефект с наличните ресурси. Също така, икономическата оценка позволява приоритизиране на решенията.

Съществуват няколко начина за икономическа оценка на здравни програми и/или интервенции^{54 55} :

- ✓ Анализ разход-ефективност
 - ✓ Анализ разход-полза
 - ✓ Анализ за минимизиране на разходите
 - ✓ Анализ разход-полезност
- Анализът *разход-ефективност* дава отговор на въпроса колко би струвало, за да се получат определени здравни подобрения. При този анализ се сравняват две интервенции, които имат еднакви цели, но различен ефект (например, диализно лечение в болница срещу бъбречна трансплантация или лечение на грип в домашни условия срещу профилактична ваксинация).

⁵⁴ Drummond, M., G. Stoddart, G. Torrance (1995). Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press.

⁵⁵ WHO. (2007). Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and central Asia.

За измерване на здравето се използва DALY⁵⁶ или години изгубени години живот, в резултат на заболяване. Ефективността на разходите се определя като съотношение между разходите и здравните ефекти. Следователно избира се тази интервенция, при която има по-високо съотношение, защото с наличните ресурси се постигат повече здравни подобрения.

- При анализа *разход-полза* както разходите, така и ефектите от дадена здравна интервенция и/или програма се измерват в пари. Резултатите от този анализ се представят или чрез съотношението разходи / ползи, или чрез сумата (възможно е тя да бъде негативна), представяща чистата печалба/загуба на една програма спрямо друга.

- При анализа за *минимизиране на разходите* се извършва сравнение между здравни интервенции и/или програми на базата на извършените за тях разходи. Избира се тази с по-ниските разходи.

- Най-сложен е анализът *разход-ползност*. При него разходите на сравняваните алтернативи се измерват в пари, докато ползите от тях – в QALY⁵⁷, т.е. в качествено спечелени години живот. Това означава, че се измерват само тези години живот, спечелени в резултат на приложена интервенция не само като брой (количество), но и като качество.

Прилагането на един или друг анализ до голяма степен зависи от информацията, която се използва и е налична за неговото извършване. Това е процес, който отнема време (извършва се наблюдение на резултатите или ефекта от приложените интервенции в продължение на години) и изисква добре подготвен екип от специалисти. Но една цялостна оценка от прилаганите здравни интервенции и/или програми е от важно значение за нашата страна, защото би позволила приоритетно и правилно разходване на ограничените ресурси. Освен това, ако се цели да се привлекат допълнителни инвестиции, включително и от международни партньори, демонстрирането на подобрена ефективност на използването на финансовите ресурси би гарантирало успеха на проекта.

Посланието на основните техники за извършване на икономическа оценка в здравеопазването е следното: изборът на която и да е здравна интервенция и/или програма трябва да се основава на доказателство за нейната ефективност. В действителност, мерките за подобряване на здравето на населението невинаги са се характеризирали с висок приоритет, защото на тях се гледа предимно като консумиращи много финансови средства (високи разходи), без да се очаква определена икономическа възвръщаемост. Анализирването на връзката “здраве-икономически растеж” показва, че това виждане е погрешно. Необходимо е прилагането на качествено нов подход, при който разходите за подобряване на здравето

⁵⁶ Disability Adjusted Life Years – изгубени години живот в резултат на заболяване

⁵⁷ Quality Adjusted Life Years

трябва да се възприемат като инвестиция в човешкия потенциал, който е важен фактор за икономическото развитие.

3.3.5. Нарастване на разходите за здравеопазване – необходимо, но недостатъчно условие за подобряване на здравето

Когато се говори за здравеопазване, един от основните въпроси, върху които се акцентира, е размерът на отделените средства. Това е така, защото се счита, че финансовите ресурси са в основата на желанието на правителството да „направи нещо” за здравето на хората, например като осигури поне минималните основни здравни услуги.

Обаче, през последните няколко години все по-често се задава въпросът дали повече пари, изразходвани за здравната система, означава по-добри здравни резултати. Извършени са проучвания, които показват слаба емпирична зависимост между здравните разходи и получените резултати⁵⁸. Според експертите, тази незначителна връзка се дължи на факта, че публичните ресурси се използват неефективно и несправедливо, което обяснява и незначителния ефект върху благосъстоянието на хората в неравностойно положение.

Следователно, ако здравните разходи имат наистина ограничено влияние върху здравните резултати, необходимо е извън тях да се търсят начини за ефективно и ефикасно подобряване на здравето. Отговор може да се потърси в две области, които винаги са били игнорирани, когато е ставало въпрос как да се инвестира в здравето: качеството на управление и ролята на социалния капитал.

- *Управление на здравните разходи и здравните резултати*

Най-общо, когато се говори за „управление” се имат предвид институциите, чрез които се реализира властта в страната. Това включва⁵⁹:

- ✓ процеса на избор, контрол и смяна на правителствата;
- ✓ капацитета на правителството ефективно да формулира и осъществи своята политика;
- ✓ отношението на гражданите към институциите, които управляват икономическите и социалните процеси в страната.

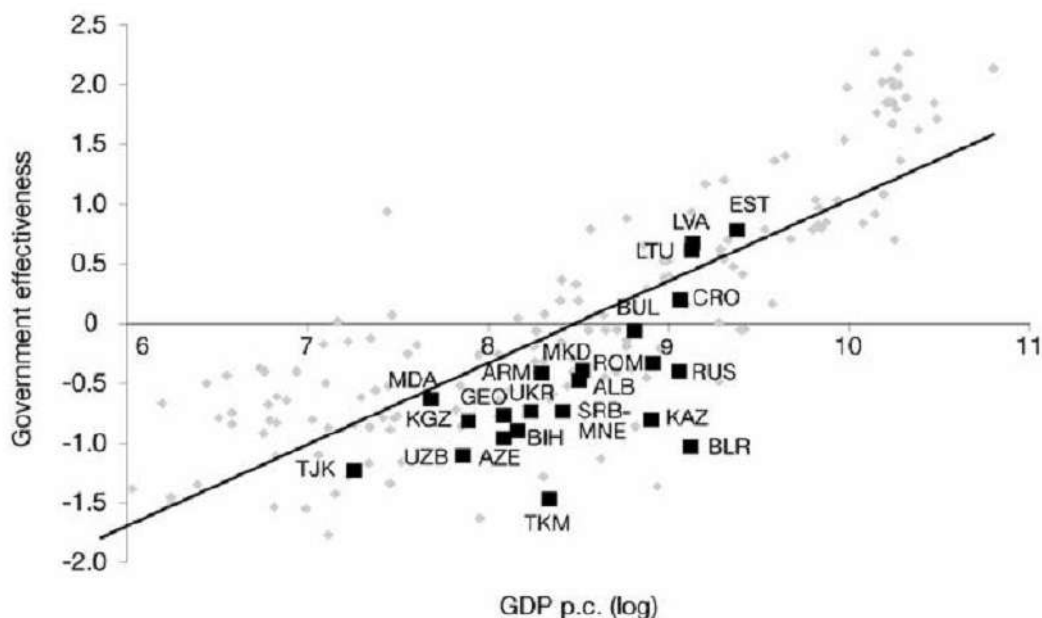
Счита се, че колкото по-добро е качеството на управление, толкова е по-силна връзката между здравните разходи и здравните резултати. С други думи, по-високите здравни разходи могат да доведат до по-добри здравни резултати, само ако е налице добро управление на системата. Световната банка (2004 г.) потвърждава тази хипотеза на базата на проучване на определени здравни показатели (смъртност сред деца под 5 г., майчина смъртност и смъртност от туберкулоза), извършено в няколко страни. Авторите намират, че зависимостта между здравните разходи и резултати е

⁵⁸ WHO. (2007). Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and central Asia.

⁵⁹ WHO. (2007). Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and central Asia.

значителна, когато качеството на управление достигне определен праг. В страните, които са под този праг, увеличаването на здравните разходи не води до здравни подобрения. Подобно проучване се извършва и през 2005 г. за източноевропейските страни:

Фиг. 17. Ефективност на управлението на правителството, 2002 г.



Изт.: WHO, стр. 181

Фиг. 17 показва, че голяма част от анализираниите страни са разположени под приетия праг, т.е. ефективността на правителствата в тези страни (с изключение на Литва, Латвия и Естония) е по-ниска. Следователно повечето пари, отделени за здравеопазване, не водят до по-добри здравни резултати. Това предполага да се инвестира в подобряване на качеството на управление както на самата здравна система, така и в другите сектори на икономиката, което като цяло би могло да доведе до по-добри икономически и социални резултати.

- *Социален капитал*

Съществуват доказателства, че организацията на обществото и взаимодействието със социалните групи има значително влияние върху здравето и най-вече върху хората в неравностойно положение. Под „социален капитал“ се разбират „всички институции, взаимодействия, ценности, чрез които се управляват връзките и взаимоотношенията между хората и които допринасят за икономическото и социалното развитие“. Социалният капитал се проявява чрез формални и неформални (неправителствени) мрежи.⁶⁰

⁶⁰ WHO. (2007). Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and central Asia.

В България, подобно на други източноевропейски страни, все още е трудно да се говори за някаква роля на социалния капитал в управлението на процесите в страната. Проучване на Световната банка между 1999 и 2002 г. в източноевропейския регион потвърждава този факт. Данните показват, че степента на участие в неформални мрежи и организации е средно 25% в страните в преход в сравнение със страните с висок икономически растеж (54%). За България този процент е 13%, докато в по-добре развитите страни в региона (Чехия, Словакия, Словения, Унгария) той надхвърля 50%⁵⁵

Следователно значението и ролята на социалния капитал в общественния живот се повишават с подобряване на икономическото развитие на страните.

По отношение на влиянието на социалния капитал върху здравето, редица изследвания показват, че колкото е по-добра социалната кохезия, толкова повече може да се говори за подобрения в здравето.

Социалният капитал оказва влияние върху здравето по различни начини и на различни нива:

✓ На макрониво социалният капитал може да подобри процеса на оказване на здравни услуги. Ако е налице добро взаимодействие между всички участници в здравеопазването, това ще доведе до по-висока ефективност на предоставяне на медицинското обслужване. Може да нарасне участието на обществото и доброволните организации, особено в дейностите, свързани с профилактика на болестите. Чрез неформалните мрежи и хората биха получили по-лесно необходимата информация и здравни услуги, свързани с превенцията.

✓ На микрониво ролята на социалния капитал се изразява в промотиране на здравословен начин на живот, подобряване на санитарно-хигиенните условия, на сексуалната култура, ограничаване на практиките, свързани с рисковия секс (дейности, които имат негативен ефект върху общественото здравеопазване).

Следователно необходимо е да се търсят начини за стимулиране на участието на неформалните институции в здравно-промотивни дейности. Усилията, обаче, не трябва да се ограничават само до подобряване на здравната инфраструктура, а да се насочат и към други аспекти, които на пръв поглед не се отнасят до здравето. Тук се включват възможностите за социално взаимодействие и колаборация, като например създаване на институции, които да ускорят приемането от Парламента и прилагането на съответни и необходими законодателни промени и действия. Това не само ще има пряк ефект върху здравето, но и върху икономическите резултати като цяло.

4. ЗДРАВЕ ВЪВ ВСИЧКИ ПОЛИТИКИ

4.1. ПАРТНЬОРСТВО И МЕЖДУСЕКТОРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО

Министерството на здравеопазването си взаимодейства с всички министерства, имащи пряко или косвено отношение към здравето на обществото, най-вече при разработването и изпълнението на редица стратегии и програми от национално и международно значение.

Всички министерства, институции и организации, които колаборират с МЗ, допринасят за изпълнението на целите и задачите на общественото здравеопазване. Отговорностите на отделните министерства в осъществяваното междусекторно сътрудничество най-общо са следните:

| МИНИСТЕРСТВА | ОТГОВОРНОСТИ |
|---|---|
| Министерство на финансите | Контролира финансирането на здравния сектор и дава своя принос при определянето на здравните цели и задачи на здравната политика и произтичащите от нея задачи на здравната стратегия. Важна е ролята му като орган, който се произнася по заемите, подкрепящи реформата в здравния сектор. |
| Министерство на околната среда и водите | Отговаря за всички аспекти на околната среда и осигурява необходимата защита срещу химически, физически и биологични замърсявания. Най-важната колаборация с МЗ е по отношение на осигуряването на здравословна жизнена среда във всичките ѝ аспекти. |
| Министерство на образованието и науката | Предоставя на учениците и студентите възможност за знания и умения, необходими за изграждането на независимо и добре информирано заключение по отношение на подобряване на тяхното здраве и безопасност; има отговорността за въвеждане на модерни здравни учебни програми, които да поставят базата на новото индивидуално поведение, включващо необходимият респект към здравословния начин на живот; развива спорта в училищата в контекста на промоцията на здравето по време на обучението и през целия живот. |
| Министерство на земеделието и продоволствието | Гарантира безопасността на храните за масова консумация, производството и продажба на мляко и млечни продукти, съответстващи на европейските стандарти; извършва дейности, за предпазване от заболявания, предавани чрез домашните животни (туберкулоза, бруцелоза, салмонелоза и др.), осигурява и извършва изследване на риска от хранителните добавки и методите за тяхното предпазване. |
| Министерство на транспорта и съобщенията | Повишава чувствителността на обществото към пътната безопасност със специално внимание към най-уязвимите при пътнотранспортните произшествия деца и стари хора; създава пътна инфраструктура, гарантираща висока степен на безопасност; съвместно с други ведомства (МВР, МОН и МЗ) провежда кампании за пътна безопасност под най-различен надслов. |

| | |
|---|--|
| Министерство на труда и социалната политика | Отговоря за организацията, координацията и контрола на осъществяването на дейности по повишаване на жизнения стандарт, социалната защита, защита в случай на безработица, политиката по заетостта, социалното подпомагане, социалната подкрепа и закрила на децата, по внедряването и на политиката за безопасни и здравословни условия на труд. |
|---|--|

Изключително важната роля на междусекторното сътрудничество в областта на общественото здравеопазване се реализира в практиката чрез създадени механизми за взаимодействие. Обикновено партньорството е на съответни йерархични нива – между министерства, между отдели на министерствата, между министерства и други институции, между национални институции и международни такива, между национални, регионални и локални нива на управление.

Ефективното сътрудничество в областта на общественото здравеопазване се осъществява чрез определяне на отговорностите на участващите в конкретни закони (Закон за здравето, Закон за храните и др.). В подзаконови актове (наредби, инструкции) се определят по-подробно специфичните отговорности. Когато става дума за определена област за интервенция, въпросите на сътрудничеството са отразени в списъка на включените институции, както и в съответния план за действие. Съществуват и постоянни органи за взаимодействие - национални съвети, постоянни междуведомствени съвети, консултативни съвети, постоянни експертни групи, работни групи. Добра практика в тази насока е тяхното фиксиране в съответни нормативни документи, с посочване и на състава им. Към съществуващите национални програми, които като правило са междусекторни, има създадени национални съвети, изпълнителни комитети или други координиращи органи.

Договореностите между различните министерства също могат да се отчетат като добър пример за междусекторно сътрудничество например, наличието на рамков договор между МЗ и МТСП за осъществяване на координация между ангажираните институции за подобряване на положението на хората с ментални увреждания.

При междусекторното сътрудничество се определят отговорностите на всяка държавна институция. Това обикновено се отразява в план за действие към съответната стратегия или програма, като в плана са определени отговорностите на всяка институция, задачите, които трябва да изпълни, сроковете, мероприятията, показателите за оценка (следва да се отбележи, че те не винаги присъстват), както и финансовия ресурс.

Ролята на НПО все още не може да се определи като доминираща, но въпреки това могат да се посочат редица примери на добро участие, именно в областта на общественото здравеопазване.

Много добър пример за ефективно изградено партньорство е дейността на Националния координационен комитет на Програма

“Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, който координира националния отговор по проблемите на ХИВ/СПИН в България. Негов председател е вицепремиерът и министър на държавната политика при бедствия и аварии. Членове на НКК са министърът на здравеопазването, заместник министри от министерствата на труда и социалната политика, на културата, на образованието и науката, на отбраната, на вътрешните работи, на външните работи, на финансите и на транспорта, заместник председателят на ДАМС. В комитета членуват още представители на академични институции (Национален център по заразни и паразитни болести и Национален център по наркомании), на неправителствени организации (Националното сдружение на общините в Република България, БЧК, Коалиция АнтиСПИН, Фондация “Инициатива за здраве”, Фондация „Здраве и социално развитие”, Българска асоциация по семейно планиране, Фондация „Каспар Хаузер” и Сдружение „Деца и юноши”) и международните организации - Американска агенция за международно развитие (USAID), УНИЦЕФ, Програмата за развитие към ООН.

През месец юни 1998 г. от Правителството на Р. България е приет първият Национален план за действие по околна среда – здраве (НПДОСЗ). Планът е претърпял три актуализации. Освен МЗ и НЦООЗ в изпълнение на задачи по НПДОСЗ са включени и МОСВ, МЗП, Министерство на енергетиката, Министерство на транспорта, Министерство на икономиката, Министерство на туризма и др.

Сътрудничеството в областта на здравословните и безопасни условия на труд също е уредено по типа на партньорството. Министърът на труда и социалната политика разработва, координира и провежда държавната политика в тази област. Политиката за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд се определя и осъществява след съгласуване в рамките на структурите на тристранното сътрудничество на национално, отраслово и регионално равнище. Постоянен орган за осъществяване на координация, консултации и сътрудничество при разработването и осъществяването на политиката за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд на национално равнище е НСУТ. Председател на НСУТ е министърът на труда и социалната политика.

МЗ ръководи и координира дейността по опазване и укрепване на здравето при работа, като анализира състоянието на работната среда и на трудовия процес и влиянието им върху здравето и разработва задължителни мерки за намаляване на професионалните и свързаните с труда заболявания; разработва Национални програми за опазване и укрепване на здравето и работоспособността и подпомага методически изпълнението им; утвърждава норми, правила, изисквания и методи за опазване здравето на работещите и за оценка на здравния риск; оценява здравословното състояние на работещите лица; методически ръководи дейността и определя условията, реда и изискванията за извършването на обучение, измерване и

консултации в областта на професионалното здраве и трудовата медицина; осъществява контрол върху дейността на службите по трудова медицина чрез органите на държавния здравен контрол.

Друг положителен пример за междуотрасловото сътрудничество е политиката по отношение на психичното здраве. За да се гарантира успехът на тази политика е предвидено изграждане на широка социална база, което означава включване на различни институции и ведомства, поради което изпълнението на националната политика за психично здраве се осъществява чрез координиране работата на две нива - национално и местно.

Съществуващите най-различни механизми и процедури на сътрудничество, разнообразните форми на коопериране, както и включването на многобройни отговорни институции, очертават многообразието и изключителните възможности за общи действия. Интерес представлява както вътрешното вертикално взаимодействие (между подразделенията на МЗ), така и осъществяваните общи дейности при изразено хоризонтално взаимодействие между различните институции и организации.

Прегледът на съществуващите практики показва, че са налице разнообразни по вид и обем общи дейности, осъществявани чрез най-различни форми на сътрудничество на МЗ и неговите подразделения (Национални центрове по проблемите на общественото здраве, Регионални инспекции по опазване и контрол на общественото здраве, Регионални центрове по здравеопазване, лечебни и здравни заведения) със следните институции:

- *Министерство на земеделието и продоволствието*

На законова основа на национално равнище се осъществява сътрудничество между Министерство на здравеопазването (респ. НЦООЗ) и Министерството на земеделието в областта на оценка на химическите средства за растителна защита (пестициди) и торове, както и за регулацията на тяхното приложение около водоизточници за питейни води с оглед на: недопускане на замърсяване на водите, контрола на храните, в областта на паразитните заболявания, по въпросите на безопасна работна среда и др.

- *Министерство на труда и социалната политика*

Сътрудничеството по въпросите за безопасни условия на труд при изготвяне на ежегодни анализи (съвместно с МЗ) за състоянието, тенденциите и проблемите на дейността по осигуряване на ЗБУТ и предлаганите мерки за подобряването; утвърждаване на правила и изисквания за осигуряване на ЗБУТ (съвместно с МЗ), координиране и участие в разработване на нормативната база; осъществяване на интегриран контрол (чрез Изпълнителната агенция “Главна инспекция по труда”) по спазване на законодателството и изпълнението на задълженията по ЗБУТ във всички отрасли и дейности; определяне на условията, реда и изискванията за извършване на обучение, измервания и консултации в областта на безопасността на труда; оценяване самостоятелно или

съвместно с други министерства на съответствието между здравни норми и изисквания по безопасност на труда; участие в Национален съвет по условия на труд (заедно с други институции). Политиката за осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд се определя и осъществява след съгласуване в рамките на структурите на тристранното сътрудничество на национално, отраслово и регионално равнище.

- *Министерство на околната среда и водите*

Сътрудничество в дейността на Национална система за мониторинг на атмосферния въздух. На регионално (РИОКОЗ) и на национално ниво (МЗ и НЦООЗ) се осъществява сътрудничество в областта на регулиране на санитарно-охранителните зони около водоизточниците за питейни води с цел недопускане на замърсяването им. Има координираща роля за дейността на другите министерства(МЗ, МРРБ, МЗП) по прилагане на Закона за водите.

- *Министерство на регионалното развитие и благоустройството*

Чрез издаване на нормативни актове регулира и координира дейността на водоснабдителните компании в страната, които са задължени да подготвят, мониторира и разпределят във водоснабдителните зони питейна вода за населението с качества, съответстващи на изискванията на националната наредба.

- *Министерство на образованието и науката*

Участие в работни групи за междусекторно сътрудничество съвместно с МОСВ, ДАЗД (Държавна агенция за защита на детето), обучение и консултации на специалисти, общинска администрация, участие в работата на Висшия медицински съвет към МЗ по отношение на образованието (студентско, следдипломно и продължаващо). Участие в консултативни съвети към съответните министри. При определяне на приоритетите в областта на науката, предоставяне на грантове за научни разработки, междусекторно сътрудничество при научни разработки.

- *Министерство на вътрешните работи*

При осигуряване на условия за безопасност, при наличие на кризи и аварии - координация и съдействие. Постоянно взаимодействие при осигуряване на безопасността на пътното движение.

- *Министерство на отбраната*

При наличие на кризи и аварии - координация и съдействие.

- *Министерство на правосъдието*

При разработване на всички нормативни актове, при налагането на санкции, при решаване на спорове. Така например, обществените отношения по ЗБУТ са регулирани от законодателството в тази област и издаването на решения относно нарушенията на разпоредбите на закона са изключително от компетенцията на съдебните органи. Имуществените санкции и глобите за нарушения на трудовото законодателство, в т.ч. на разпоредбите за осигуряване на ЗБУТ, наложени с административни актове

на държавните контролни органи, могат също така да бъдат обжалвани пред съда.

- *Други*

Сътрудничество с Националната здравноосигурителна каса, Министерството на финансите, Министерството на администрацията и териториалното устройство, Областните и общинските администрации, Министерството на транспорта и съобщенията, Агенцията за защита правата на детето, Агенцията за младежта и спорта, Националният статистически институт, Синдикатите, Национално представени организации на работодатели, Митници.

Въпреки отбелязаните успехи, все още недостатъчно е оценено значението на междусекторното сътрудничество за подобряване на здравето на нацията и за влиянието върху социалните детерминанти на здравето. Отсъства обратна връзка и не се извършва оценка на резултатите от поставянето на въпросите за здравето във всички политики. Наличието на много участници в даден процес води в някои случаи до размиване на отговорността, а липсата на оценка на резултатите от прилаганите стратегии и програми може да доведе до незаинтересованост от страна на участващите в процесите. Това създава определена заплахата недостатъчно добрата координация да доведе до икономически неефективни дейности.

Междусекторното сътрудничество е област, която следва да се развива интензивно и многопосочно. От особено значение е подобряването на дейността по оценка на резултатите от многосекторните дейности, свързани със здравето на населението и социалните детерминанти.

4.2. ВЪНШНА ОЦЕНКА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Въз основа на резултати от социологически проучвания през 2006-7 г. на “Transparency International”, ЦИД, “Алфа рисърч”, “Ге Еф Ка”, СЗО, Национален статистически институт, МЗ, Агенция за социологически анализи и НЦООЗ е направено следното обобщение:

- ✓ Всеки четвърти анкетиран смята, че състоянието на здравеопазването е един от трите най-големи проблема, пред които е изправена България (*Център за изследване на демокрацията, юли 2007*).

- ✓ 91% от българите са на мнение, че здравеопазването ни е далече от качеството, което трябва да има (*"Алфа рисърч", юли 2007*).

- ✓ Половината от гражданите не разчитат на здравната система, а се самолечат. Две-трети от хората не ходят на профилактичен преглед (*"Алфа рисърч", юли 2007*).

- ✓ 72% от българите не вярват на лекарите (*проучване на германския институт "Ге Еф Ка", проведено в 17 европейски страни и в САЩ. Резултатите са публикувани във в-к "Ди Велт", септември 2007 г.*).

✓ Двукратно се е увеличил делът на гражданите, които посочват сферата на здравните услуги сред тези с най-голяма корупция - от 20% през 2002 г. до 40% през 2007 г. (ЦИД, юли 2007 г.)

✓ Близко две трети от гражданите смятат, че почти всички или повечето лекари са замесени в корупционни практики, като по този показател лекарите се нареждат веднага след митничарите и представителите на съда, прокуратурата и полицията, изпреварвайки данъчните служители и политическия елит. Според друг показател – “споделен личен опит за корупционен натиск”, днес лекарите оглавяват класацията, докато през 2001 г. са били на четвърто място. (ЦИД, юли 2007 г.)

✓ Само 10% от българите приемат, че корумпирани са по-малко от половината лекари. Едва 2% от анкетираните смятат, че почти никой медик не взима рушвети. Лекарствената политика и снабдяването с медикаменти са най-корумпираните сфери в нашето здравеопазване. Половината от анкетираните са на мнение, че в значителна степен са корумпирани бордовете на болниците. (Проучване сред пациентски организации на “Transparency International”, януари 2006)

✓ Средно 50% от постъпилите в болници плащат допълнително за лекарства и консумативи, а над 42% - за операции и за внимание от страна на лекари и медицински персонал. (“Алфа рисърч”, юли 2007 г.)

✓ Всеки втори българин търси връзки, за да се снабди безплатно със скъпи лекарства. Над една трета от служителите в здравната администрация твърдят, че получават подобни молби, за да издействат безплатни медикаменти; 48,4% от българите са подкупвали лекари, за да получат направление за специалист или за постъпване в болница, а 5% са плащали, за да си осигурят животоспасяващи процедури като хемодиализа и химиотерапия. С цел да придобият документ за безплатни изследвания 42,9% от анкетираните са давали рушвет. Чрез подаръци в пликове 20,7% са изразявали своята благодарност за направени операции. (ЦИД, юли 2007 г.)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Направеният задълбочен анализ, установените факти и извършените оценки позволяват да се очертаят следните стратегически линии за бъдещите действия:

I. ЗАСИЛВАНЕ НА ВЗАИМНОТО ПОЛОЖИТЕЛНО ВЛИЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО И СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКОТО РАЗВИТИЕ НА СТРАНАТА

- Осигуряване на по-добро взаимодействие между всички отрасли и сектори, влияещи върху здравето на нацията чрез определяне от министерството на здравеопазването на рамката за развитие на сътрудничеството.
- Извършване на целенасочени анализи на заболяемостта и смъртността, на основните детерминанти на здравето и социалното неравенство и използването им за избор и реализация на адекватни интервенции и програми за подобряване на здравето.
- Включване на населението чрез обществените организации в дейностите за здраве и осъзнаването на индивидуалната отговорност за укрепване на здравето.
- Изграждане на социална защита на засегнатите от бедността слоеве от населението чрез различни социални програми, осигуряващи достъпа до социални помощи. Разработване и прилагане на интегрирана и социално ориентирана политика за доходите.

II. РЕАЛИЗИРАНЕ НА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА, УСПЕШНО РЕШАВАЩА СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ ЗДРАВНИ ПРОБЛЕМИ

- Изпълнение на стратегията за преодоляване на демографската криза в страната, обусловена от трайната тенденция за намаляване броя на населението и неговото застаряване в резултат на ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от населението.
- Опазване и подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве с оглед повишаване на раждаемостта и осигуряване на ефективна превенция на нежелана бременност и полово-предавани инфекции.
- Увеличаване на ресурсите, необходими за удовлетворяване на нарасналите потребности от здравни грижи и социално подпомагане на застаряващото население с преобладаващи хронични неинфекциозни заболявания.
- Изпълнение на разделите на Националната здравна стратегия, имащи отношение към активното прилагане на промоция на здравето и

профилактика на болестите, към решаването на проблемите на хроничните неинфекциозни болести, ХИВ/СПИН, туберкулозата и психичното здраве.

- Постигане на финансова устойчивост на националната система на здравеопазване чрез увеличаване на възможностите за осигуряване на по-голям обем на финансови средства и тяхното ефективно разпределяне и разходване.
- Противодействие на корупцията с антикорупционни мерки във всички сфери на здравеопазването чрез въвеждане на система за антикорупционен мониторинг и публично обсъждане на резултатите.
- Преодоляване на неравенствата чрез осигуряване на равен достъп до здравни услуги на лицата в неравностойно положение.

III. ОСИГУРЯВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНА ПОДКРЕПА НА ИНВЕСТИРАНЕТО ЗА ЗДРАВЕ

- Модернизиране на управлението на здравеопазването чрез утвърждаване на новата Национална здравна стратегия, осъвременяване и синхронизиране на нормативните документи, оптимизиране на взаимодействието между отделните звена на здравната система, дефиниране на взаимоотношенията между публичния и частния здравен сектор, повишаване на качеството на здравните услуги и обвързването му с финансирането.
- Системно изучаване на потребностите от човешки ресурси и създаване на условия за тяхното удовлетворяване чрез адекватно планиране на приема на студенти, усъвършенстване на системата за следдипломно обучение и прилагане на подходящи стимули.
- Подобряване на достъпността и качеството на извънболничната, спешната и болничната медицинска помощ чрез прилагане на законодателни, организационни и финансови подходи и стимули.
- Внедряване на принципите на модерното обществено здравеопазване в областта на промоцията и протекцията на здравето, профилактиката на болестите, включително и при кризисни ситуации.
- Ускоряване реализацията на националните програми на популационно ниво с оглед повлияване на биологичните и поведенчески рискови фактори чрез широко подкрепени действия от различни структури на държавния и частния сектор и неправителствените организации. Оценяване на ефективността от изпълнението им.
- Поддържане на високо ниво на дейностите по опазване на околната среда и безопасността на храните.
- Развитие и укрепване на Националната система за здраве и безопасност при работа.

- Системно извършване на икономически оценки в здравеопазването, при които разходите за подобряване на здравето се възприемат като инвестиция в човешкия потенциал и важен фактор за икономическото развитие.

IV. ВКЛЮЧВАНЕ НА ЗДРАВЕТО ВЪВ ВСИЧКИ ПОЛИТИКИ

- Подобряване на диалога между здравеопазването и другите сектори при вземането на политически решения.
- Улесняване на разработването на политики, основаващи се на научни доказателства за въздействието на всички сектори върху здравето и по-специално върху социалните му детерминанти.

РЕЗЮМЕ

Здравето и икономическият растеж на всяка страна са неразривно свързани. Безспорни са доказателствата за влошаване на здравния статус на хората с ниски доходи и задълбочаването на социално-икономическото неравенство по отношение на здравето. От своя страна, здравето също е определяща детерминанта за икономическия растеж. Най-силно това влияние се изразява чрез ефекта върху човешкия капитал и развитието на трудовия пазар, тъй като доброто здраве води до по-висока производителност на труда, по-голям интерес за извършване на инвестиции, а това са важни условия за повишаване на икономическото благосъстояние на населението и намаляване на бедността. Това означава, че разходите за здравеопазване трябва да се разглеждат като шанс за инвестиция в здравето. В доклада на Комисията на СЗО по макроикономика и здравеопазване (WHO. (2001). *Macroeconomics and Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*) специално се подчертава водещата роля на инвестициите в здравеопазването, които имат конкретен принос в икономическото развитие и намаляване мащабите на бедността. Бедността се явява не само основна детерминанта на неблагоприятния здравен статус, но и негово потенциално следствие, характеризиращо се с по-кратка очаквана продължителност на живота, висока детска смъртност, неудовлетворително репродуктивно здраве, повишен риск за заразяване от някои инфекциозни заболявания (туберкулоза и СПИН), по-високи нива на употреба на тютюн, алкохол и наркотични средства, по-високо ниво на разпространение на хроничните неинфекциозни заболявания, на депресивните състояния, самоубийствата, по-чести актове на антиобществено поведение и насилие, а също и по-изразено и дълготрайно въздействие на вредните фактори на околната среда. Особено силно е влиянието на бедността върху младежта. Проблемът е важен, тъй като нивото на относителна бедност в България (процентът на бедните) през последните 10 години варира между 14 и 16% и е близко до нивото в страните от ЕС, но жизненият стандарт на бедните в България е около 3.5 пъти по-нисък от този на бедните в страните от ЕС.

Демографските процеси в страната се характеризират с трайна тенденция на намаляване броя на населението и на неговото застаряване. Основните причини за това са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора. Процесът на застаряване на населението е в пряка връзка с броя на икономически активното население.

Въпреки, че се отбелязва нарастване на средната продължителност на живота (през 2007 г. е 72.70 години), тя е по-ниска от тази в страните от ЕС (78.45 години). Очакваната средна продължителност на живота без затруднения за извършване на основни дейности от ежедневието (DFLE)

през 2002 г. е 52.5 години за мъжете и 66.8 години – за жените. По този показател България се нарежда на 32-ро място сред мъжете и на 30-то – сред жените от 52 страни в Европа. Ниската раждаемост е един от факторите за намаляване броя на населението. През 2007 г. се отчита слабо нарастване на показателя, който достига 9.8 на 1000 души. Смъртността нараства през последните две десетилетия и през 2007 г. коефициентът на обща смъртност е 14.8‰, доста по-висок от този в ЕС.

Детската смъртност незначително се снижава и през 2007 г. е 9.2 на 1000 живородени. Независимо от отбелязаното снижение, тя остава по-висока от тази в ЕС (през 2005 г. – 5.06 на 1000 живородени). Налице е тенденция на снижаване на майчината смъртност - през 2006 г. е 12.0 на 100 000 живородени (6.01 за ЕС за 2005 г.).

Честотата на регистрираните заболявания по данни на НЦЗИ за периода 1990 – 2005 г. намалява до 1369.3 на 1000 души население. Тъй като от 2001 г. данните са получени чрез екстраполация, не може да се твърди, че тази тенденция отразява реалната действителност. Структурата на регистрираните заболявания не се променя съществено. Следва да се отбележи, че редица заразни болести са ликвидирани или сведени до единични случаи: дифтерия, коремен тиф, бруцелоза, детски паралич, морбили и др.

Установява се значимо снижаване на физическата дееспособност на децата и подрастващите в училищна възраст. Тенденциите относно здравното състояние и физическото развитие на съвременните деца и подрастващи не са благоприятни, тъй като всеки един от практически здравите ученици е обременен с 5 до 15 и повече рискови фактори, което е сериозна предпоставка за последващото им включване в групата на хронично болните.

Хранителният статус на населението (по данни от 6 национални представителни проучвания на населението в България) се характеризира с наличие на небалансиран характер на хранителния прием, нисък прием на някои витамини и минерали и наличие на дефицит при някои рискови популационни групи. Консумацията на храни се свързва със следните негативни характеристики: по-висок прием на добавени мазнини от препоръчаните максимални количества, ниска консумация на риба, на мляко, недостатъчен прием на зеленчуци и плодове през зимата и пролетта, недостатъчна консумация на пълнозърнести зърнени храни, висок относителен дял на червени меса, висока консумация на алкохолни напитки при мъжете в зряла възраст. Сериозните проблеми в храненето на децата в ученическа възраст се дължат до голяма степен на нерешените проблеми на храненето в училищата.

СПИН е водещата причина за смъртните случаи в света на хора в активна възраст и е глобално здравно предизвикателство. Към момента България остава страна с ниско разпространение на епидемията, но въпреки

това средствата, необходими за осигуряване на универсален достъп до превенция, лечение, грижи и подкрепа, нарастват всяка година. В България към 31.12.2007 г. официално в МЗ са регистрирани общо 815 ХИВ-серопозитивни лица. Около 25% от инфектираните са във възрастовата група 15-25 г., с водещ сексуалният (полов) път на предаване на инфекцията. През 2007 г. броят на новооткритите лица, инфектирани с ХИВ, е 126.

Туберкулозата е не само медицински, но и социално-икономически проблем за обществото, тъй като нейното разпространение е свързано с такива социално обусловени явления като икономически спад и бедност, недोхранване, злоупотреба с алкохол, наркомания и др. Най-засегнати от заболяването са лицата в активна възраст (30-64 г.), което има преки икономически последици както за самия болен и семейството му, така и за обществото. Заболяването води до намалена работоспособност и увреждания, което увеличава социално-икономическото бреме на туберкулозата. Заболеваемостта от туберкулоза у нас (новооткритите случаи) през последните години е около 40 на 100 000 души от населението, но е 4 пъти по-висока от страните в ЕС.

Диагностиката и лечението на болните от туберкулоза у нас са безплатни. Годишно разходите на МЗ само за осигуряване на необходимите медикаменти за болните от туберкулоза са 1.3 млн. лева, а общо разходите - 8 млн. лева. Тези разходи могат да нараснат значително в бъдеще, ако се допусне нарастване на мултирезистентните форми на заболяването, за които разходите са около 100 пъти по-високи, а самото лечение е ефективно само в около 60% от случаите. От 2003 г. България е обхваната от системата DOTS, която през последните години се разширява с нови компоненти.

Както се отбелязва по-горе, през последните 18 години раждаемостта в България достига едно от най-ниските равнища в Европа. Социално-икономическите условия оказват негативно влияние върху репродуктивните нагласи, особено сред младите хора у нас. От демографска гледна точка решаваща е ролята на родилните контингенти (жени на възраст от 15 до 49 години) и тяхната плодовитост (живородени деца на 1000 жени). Родилните контингенти намаляват чувствително (за периода 1990 – 2002 г. със 170 хиляди). Тоталният коефициент на плодовитост нараства от 1.29 през 2004 г. на 1.42 през 2007 г., но не компенсират намалението на раждаемостта, тъй като теоретично необходимият минимум за осигуряване на просто възпроизводство на поколенията е 2.1 живородени деца от една жена. Наред с това, нашата страна остава една от страните с най-високи показатели по коефициент на бременност (раждания и аборти по желание) във възрастта 15-19 години.

Връзката между репродуктивното здраве и икономическото развитие е двупосочна: социално-икономическите условия оказват негативно въздействие върху развитието на населението и репродуктивното здраве, а

влошеното репродуктивно здраве и спадът в раждаемостта са основа за сериозни предизвикателства в икономическото развитие на страната.

Общата психична болестност през 2006 г. е 2287.7‰. Честите психически разстройства достигат до 20% от общата болестност, което е сред най-високите нива в сравнение с други 7 европейски, участващи в епидемиологично проучване, страни. Независимо, че тежките психични разстройства обхващат само 1.5% от населението, загубите в икономическо изражение, са многократно по-големи – намалена работоспособност, ангажиране на социални ресурси, вторичен стрес сред близки и околни поради високата стигматизация. Разпознаването на психичното здраве като приоритет все още е на формално ниво.

По данни на Национално представително проучване на социологическа агенция „Алфа Рисърч“ през 2006 г. най-висок е дялът на лицата, оценяващи здравето си като добро - 42%, следват тези с оценка за задоволително здраве - 24%. По данни на Агенция за социални и маркетингови изследвания, икономически и пазарни проучвания и наблюдения като напълно здрави се определят 38.4% от анкетираните, рядко боледуващи – 36.5%, често или непрекъснато боледуващи – 23.8%. Самооценката за хронична болестност е 3 пъти по-висока, отколкото тази в ЕС и 4 пъти по-висока от тази в САЩ. По данни на АСА се наблюдава, макар и слабо изразена, динамика на известно подобрене на субективния здравен статус, но със значителен спад на самооценката за добро здраве на ромското население от 16.4% през 2004 г., на 5.9% през 2006 г.

Разходите от Държавния бюджет за “Здравеопазване” като дял от brutния вътрешен продукт (БВП) за периода 1995-2007 г. варират в диапазона от 3.0 до 4.8% (2007г. – 4.3 %). Средният дял от БВП, отделян за здравеопазване в останалите страни-членки на ЕС, е 8%. Разходите за здравеопазване на човек са €132 през 2006 г., което е значително под най-ниското ниво в страните от ЕС (средно в ЕС на човек от населението се отделят €1710 за здравеопазване, като най-нисък е размерът в Латвия - €440). Здравните разходи продължават да бъдат с най-ниски стойности, с което страната ни изостава по този показател и от десетте нови членки на ЕС, които отделят средно 4.8-5% от БВП.

Докато за периода 2000–2002 г. се наблюдава превес на средствата, отделяни от МЗ, то от 2003 г. дялът на финансирането от НЗОК значително нараства и през 2007 г. достига 66% от общите разходи за здравеопазване или 1 464.9 млн. лв.

Със средствата от държавната субсидия МЗ финансира дейността на 28 РИОКОЗ и 28 РЦЗ. Освен това то финансира 12 психиатрични болници, 32 домове за медико-социални грижи за деца, 28 центъра за спешна медицинска помощ, 4 Регионални центъра за трансфузионна хематология, 7 Национални центъра и други самостоятелни вторични разпоредители с бюджетни кредити. Част от бюджета на МЗ се разходва за ваксини,

скъпоструващи медикаменти и консумативи, за профилактика на незаразните заболявания и вторичната профилактика по национални програми. Разходите за трансплантации на органи и тъкани и осигуряването на кръв и кръвни продукти също са задължение на МЗ. Към дейностите по държавната субсидия са включвени и експертизите за степен на увреждания и трайна неработоспособност, акушерската помощ за здравно неосигурените жени и др. МЗ осигурява средства за капиталови разходи за строителство, ремонт и закупуване на апаратура за болниците с доминиращо държавно участие.

Като цяло може да се отбележи, че е налице недостатъчно публично финансиране, което е основна бариера за достъп на всеки до необходимата медицинска помощ. Липсват стимули за разпределяне на финансов ресурс за профилактика на болестите и промоция на здравето. Най-лесният начин за преодоляване на ограниченията в достъпа до здравни услуги е значително увеличаване на финансирането на здравеопазване спрямо предходните години, както като процент от БВП, така и като размер на здравноосигурителната вноска, за чието нарастване обаче, трябва да се вземе под внимание общото данъчно бреме върху заплатите, създавано от здравноосигурителните вноски, пенсионното осигуряване, осигуряването срещу безработица. Необходимо е подобряване на управлението на системата, което да доведе до ефективно изразходване на средствата.

Един от основните проблеми в здравната ни система през последните няколко години са нерегламентираните плащания. Според последните проучвания на международната организация “Трансперънси интернешънъл” 43% от населението счита, че в здравеопазването има корупция. Освен корупционните елементи на ниво изпълнител на медицинска помощ, корупцията може да засегне и горните етажи на управление на здравеопазването. Корупционните практики имат негативно отражение и на макроикономическо ниво - значително намаляване на икономическия ръст на БВП, разпиляване на публични и частни ресурси и неефективност на национално равнище.

Повишената чувствителност към социалните детерминанти на здравето определя специалното внимание към уязвимите групи – етнически малцинства и хора с увреждания. Отличителни белези на здравния статус на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства (основно ромската етническа общност), са по-високата заболяемост и смъртност и по-ниската продължителност на живота, основно поради бедност и нездравословен начин на живот. Една от основните задачи в тази област е прилагането на защитни мрежи със съответното им адекватно финансиране. Подобни защитни мрежи са необходими и за хората с увреждания, включващи гаранции и стимули за тяхната равнопоставеност, за ефективно упражняване на правото им на независим живот и социално включване.

Изискванията за разкриване на подвижните структури в извънболничната помощ са регламентирани с Наредба №19 на МЗ/1999 г., доп. 2005 г. Целта на този вид структури е подобряване на достъпа на групи от ЗЗОЛ, живеещи в отдалечени от общинските центрове населени места до първична и специализирана медицинска и дентална помощ. Стимулиране развитието (вкл. и финансово) на тези медицински структури би увеличило предимно достъпа до специализирани услуги на ЗЗОЛ.

Влезният в сила от 1 януари 2005 г. Закон за здравето урежда обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите. Той постулира най-важните моменти от приетите в края на 90-години закони, свързани с реформата. С цел защита на здравето на гражданите, на територията на Република България се извършва държавен здравен контрол за спазване и изпълнение на установените с нормативен акт здравни изисквания за обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда.

Наред с приемането на нови закони продължава и актуализирането на действащите, като през последните две години са издадени и редица нови наредби, свързани с: околната среда, хигиената и храните, трансплантацията и асистираната репродукция; медицинското образование и следдипломна квалификация, свободното движение на специалистите и качеството на предлаганите здравни услуги и др.

Присъединяването на Р. България към ЕС наложи актуализиране на здравната политика на страната. В този контекст МЗ е разработило и предложило за дискусия нова Национална здравна стратегия, отговаряща на изискванията на новите реалности и предизвикателства. Резултатът от тази стратегия следва да е финансово устойчива и ефективна здравна система, осигуряваща качествени здравни грижи по промоция, профилактика, лечение и рехабилитация.

Осигуряването на качеството на медицинските услуги, като основен параметър на здравната реформа, е свързано с разработването и въвеждането на различни медицински стандарти и правила за добра медицинска практика. Провежданият контрол от различните институции - НЗОК, МЗ, РЦЗ и др., е насочен към гарантиране на достъпа и качеството на предоставяните услуги. През юни 2005 г. е приета новата Наредба №18 за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. За изтеклия период до юли 2007 г. са осъществени общо 270 акредитационни процедури на многопрофилни и специализирани болници за активно лечение (122), диагностично-консултативни и медицински центрове (72) и други лечебни заведения. 193 лечебни заведения (от всички видове) или 71% имат отлична и много добра оценка. Тези резултати са добра основа за предоставяне на качествени медицински услуги за населението.

През 2006 г. е разработена и приета „Национална стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в Република България”. Приетата на 12.01.2006 г. “Стратегия за прозрачно управление и за превенция и противодействие на корупцията за периода 2006-2008 г.” предвижда по-голяма отчетност на държавната администрация, увеличаване на прозрачността и предотвратяване на корупционните практики.

Усилията в областта на управлението следва да бъдат насочени към неговото усъвършенстване чрез утвърждаване на новата Здравна стратегия (2007-2013 г.); осъвременяване и синхронизиране на нормативните документи; оптимизиране на взаимодействието между отделните звена на здравната система и публичния и частния здравен сектор. Противодействието на корупцията е основен приоритет, който може да бъде изпълнен чрез прилагането на реалистичен план с антикорупционни мерки във всички сфери на здравната система.

През 2007 г. осигуреността с лекари спрямо 2006 г. остава на едно и също ниво – съответно 365‰ и 366‰ (ЕС-315‰) и за лекари по дентална медицина и 84‰ (ЕС- 62 ‰ за 2006 г.). Съществуват обаче значителни междурегионални различия. Установява се тенденция за намаляване на специалистите по: анестезиология и интензивно лечение, педиатрия, нефрология, акушерство и гинекология, ушни, носни и гърлени болести, психиатрия, рентгенология, клинична лаборатория, спешна медицина и епидемиология и инфекциозни болести. Придобиването на специалност поради редица финансови и организационни проблеми трудно се реализира.

През 2006 г. съгласно Европейската база данни на СЗО осигуреността с ОПЛ в България е 67‰ (ЕС – 98‰), а през 2007 г. този показател е 65 ‰. В същото време относителният дял на ОПЛ със специалност “обща медицина” е само 1.7%. Специалистите в областта на общественото здравеопазване са представени основно от структурите на РИОКОЗ и са сравнително равномерно териториално разпределени.

Осигуреността с медицински сестри, помощник-фармацевти, зъботехници и фелдшери бележи негативна тенденция за намаление, като се запазват и териториалните диспропорции. Съотношението лекари/медицински сестри е 1:1.12 (ЕС - 1:2.26) и се отразява негативно на качеството на здравните грижи.

Подобрява се осигуреността на здравноосигурените лица с ОПЛ - средно за страната 7.5 на 10 000 ЗЗОЛ (2007 г.), което я доближава до нивата на средната осигуреност в новите страни-членки на ЕС. Над 100% покритие на Националната здравна карта се наблюдава основно в областите-университетски центрове. Продължава да преобладава индивидуалната практика като форма на организация на работа – 95.16% от ОПЛ. Броят на регистрираните лица на един ОПЛ е в рамките на световната практика за натовареност, но все още варира в широки граници за

отделните региони на страната. Големият брой пациенти в някои практики е реална предпоставка за нарушаване качеството на оказваната медицинска помощ. Средномесечният брой практики, на които са заплатени средства за работа в неблагоприятни условия е 1079.

През 2007 г. е намален средномесечният брой специалисти, работещи по договор с НЗОК (8236), без съществена промяна в структурата им по специалности. В отделни области през 2006 г. няма сключени договори по някои специалности. Установява се трайна тенденция за увеличаване на осигуреността със специалисти на 10 000 ЗЗОЛ - 12.4 през 2007 г., при изразени териториални различия. В същото време се наблюдава увеличение на средномесечния брой дейности (прегледи, ВСД, ЛКК), извършени от изпълнители на СИМП спрямо 2006 г. За 2007 г. са реализирани общо 12246720 специализирани дейности, с най-висок относителен дял на първичните прегледи (50.45%).

Средно за страната на 10 000 ЗЗОЛ се падат 8.1 лекари по дентална медицина. Наблюдава се увеличение на средномесечния брой дейности на 100 ЗЗОЛ при запазени териториални различия. Намален е броят на отчетените и заплатени от НЗОК дейности за специализирана извънболнична дентална помощ. Продължава тенденцията за недостиг на специалисти, желаещи да сключат договор с НЗОК в определени региони на страната.

Въпреки постигнатите успехи, продължават да са налице сериозни трудности при избор на ОПЛ в отдалечени, труднодостъпни и слабо населени места, както и за хората от уязвими групи. Не е осигурен достъп на част от пациентите при получаване на медицинска помощ (вкл.и неотложна помощ) през нощта и почивните дни. Продължава да доминира индивидуалната практика като форма на организация на работа, което също влияе негативно върху достъпността и качеството на медицинската помощ. Налице е недобра координация между първичната помощ и специализираната извънболнична и болнична помощ. Недостатъчен е обемът на профилактичните и промотивни дейности на ОПЛ и липсва специфичен инструментариум в НРД за оценка на ефективността на тези дейности.

През 2007 г. в страната функционира мрежа от 28 самостоятелни центрове за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и 192 филиала. Мрежата се ръководи пряко от МЗ и е на бюджетна издръжка, като оказваната помощ е безплатна за всички нуждаещи.

През 2007 г. системата на СМП разполага по щат с 7581 длъжности (увеличение с 850 длъжности или 12.6% спрямо 2006 г.). От тях 1539 са за висш (20.3%) и 2275 - за среден (30.0%) медицински персонал. Само за периода 2005-2007 г. незаетите длъжности са нарастнали от 136.5 на 433 (от които 299 за лекари), като най-много са те в ЦСМП София-град – 83.

През 2007 г. системата е разполагала общо с 372 мобилни екипа, като средно на смяна спешна медицинска помощ са оказвали 319.5 екипа, а транспортни услуги са извършвали 35.7 екипа.

Като част от реструктурирането на здравеопазването от 01.02.2007 г. спешните приемни отделения на ЦСМП преминаха в структурите на областните МБАЛ, а в досегашните ЦСМП остават само диспечерските центрове и мобилните екипи, които преминават на 7-часов работен ден. Разкрити са нови щатни длъжности за подсилване на тези екипи. По такъв начин тяхната дейност е съсредоточена към осигуряване на спешна помощ на място и по време на транспортирането на пациента до ЛЗБП.

През 2007 г. здравната мрежа в страната разполага с 53 872 легла, от които 44 650 болнични. Осигуреността с болнични легла на десет хиляди души от населението през 2007 г. е 58.4 - около средната за страните от ЕС. Структурата на леглата по вид се запазва почти постоянна, въпреки ниската използваемост на редица видове легла.

За периода 2000–2007 г. броят на преминалите болни през лечебните заведения като цяло непрекъснато се увеличава, което формира средно висок показател за хоспитализация – 22.65%, доближаващ се до средните стойности за ЕС. Използваемостта на леглата за 2000-2007 г. е с положителна тенденция на увеличаване, макар и с различни темпове за отделните болници: за многопрофилните болници от 251 (68.58% спрямо 365 дни) на 302 дни (82.74%) за 2005 г., през 2006 г. и 2007 г. се наблюдава спад до 286 дни (78.36%) и 283 дни (77.53%); за специализираните болници за активно лечение - от 239 (65.3%) на 268 дни (73.15%).

Броят на лечебните заведения, сключили договор с НЗОК за дейност по клинични пътеки по НРД 2006, е 333.

Отсъствието на задълбочена оценка на потребностите на населението от болнична помощ и на неблагоприятията в отделните болници създава трудности при формулиране на правилни управленски решения. Проблемите във финансирането и издръжката на болниците са едни от основните в системата, при това някои от болниците не са ограничили разходите си в съответствие с получаваните приходи и изразходват повече, като очакват допълнителни средства от държавния бюджет. Редовна практика през последните години е погасяването на преразходите със средства, предоставени от Министерството на финансите. Продължаващото съществуване на нерационална структура на болничния леглови фонд по специалности и недостатъчният брой профилирани лечебни заведения за пациенти със завършило активно лечение (за долекуване и рехабилитация и др.) натоварват небалансирано и неефективно заведенията за болнична помощ. Недобрата координация и връзка с лечебните заведения за извънболнична помощ и съсредоточаването на пациентите в големите болници, увеличава листата на чакащите в тях и ограничава достъпа до болнични услуги.

Мероприятията за опазване на общественото здраве могат да се обединят общо около три главни подхода: образование и информиране на населението, профилактика на болестите и протекция на здравето.

За информиране на населението за здравето и болестите са реализирани разнообразни по тематика, форма и съдържание мероприятия главно от РИОКОЗ, с участие на партньори от лечебната мрежа, локалните общински структури и организации и НПО. Образоването е ориентирано предимно към поведенческите фактори на риска в различни възрастови групи. Най-добре провеждани образователни дейности има в демонстрационните зони на програмата за профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания – СИНДИ.

Профилактиката на редица инфекциозни болести се осъществява чрез имунизациите при висок имунизационен обхват (95-96%) и спазване на безопасна имунизационна практика. В резултат на специфичната профилактика трайно се снижава инфекциозната заболеваемост в страната.

Реализират се и различни скрининги за намаляване на някои тежки заболявания: рак на гърдата, на шийката на матката, на простатата, остеопороза и други. От голямо значение е и създадената възможност за безплатни анонимни изследвания по програмата за превенция на ХИВ/СПИН.

В общи линии обаче дейността за профилактика на болестите не е достатъчно активна и усилията за намаляване на рисковете за здравето на населението не са с достатъчен интензитет и продължителност.

Протекцията на здравето се осъществява чрез държавния здравен контрол, законите и нормативните актове и други документи в тази насока. През 2006 г. броят на обектите с обществено предназначение, подлежащи на контрол нараства до 240287 обекта.

Пробите със замърсители за прах и аерозоли на атмосферния въздух над пределно допустимите концентрации (ПДК) са 7.2%, за газове – 2.8%. Нивото на шума в градовете запазва високите си стойности.

Съответствието на питейната вода със стандартите по данни на провеждания през годината мониторинг от РИОКОЗ е високо – 97,7%, процентът на несъответствие за водите в плувните басейни -7,65% .

Здравно-радиационният контрол е активен - проверени са над 200 обекта, дадени са 173 заключения по нови обекти, над 200 предписания, редица актове и наказателни постановления.

Проблемите при осъществяване на дейностите по промоция на здравето, профилактика на болестите и здравната протекция, са свързани основно с доминиране на лечебния подход в реализацията на здравната политика и недостатъчно прилагане на принципите за развитие на модерното обществено здравеопазване.

За своевременно и адекватно реагиране при възникване на кризисни ситуации са разработени и внедрени редица важни нормативни актове.

Организацията, ръководството, координацията и контролът на дейностите по недопускане, намаляване и ликвидиране на последствията от бедствия, аварии и катастрофи се провежда от МС, респ. Министерство на държавната политика при бедствия и аварии. Създадена е и Междуведомствена комисия за възстановяване и подпомагане към МС.

Организацията на медицинското осигуряване на населението при бедствия, аварии и тероризъм се изгражда с възможностите на органите за управление на различни нива (МЗ, РЦЗ, РИОКОЗ, ЛЗ), наличните медицински сили и средства и съществуващата нормативна база. Откритият през 2006 г. Национален медицински координационен център към МЗ и Единният телефон за спешни повиквания – 112, подпомагат комуникационно и информационно медицинското осигуряване.

С влизане в сила на първия Национален рамков договор (НРД) в средата на 2000 г. първичната и голяма част от специализираната извънболнична медицинска и дентална помощ се осъществяват от частни лечебни заведения. Относителният дял на частните болнични лечебни заведения (ЧБЛЗ) в страните от Европейския съюз спрямо държавните е средно 20%. В България, дялът на ЧБЛЗ е 24.32% от болниците в страната. ЧБЛЗ, с малки изключения, приемат за лечение сравнително леки, случаи. При сключване на договор с НЗОК, обикновено се подбират високоспециализирани диагностични дейности, ниско-ресурсоемки клинични пътеки, както и такива, които са свързани с минимален риск.

Инвестициите на частните здравноосигурителни фондове в здравеопазването са твърде ограничени. По данни на МФ досега в България са регистрирани 14 частни здравноосигурителни дружества с около 100 000 ползватели. За здравноосигурителни плащания към изпълнители на медицинска помощ за 2007 г. са похарчени 7 млн. лв. Останалите средства са печалба и задължителен резерв, гарантиращ стабилността на осигурителното дружество. На фона на публичните разходи за здравеопазване сумата е символична и е сравнима с бюджета на една неголяма болница. Частните здравноосигурителни фондове предлагат здравни услуги по предварително обособени пакети и дублират, а не заместват услугите от основния здравен пакет, покриван от НЗОК.

Над сто са неправителствените организации, обявяващи се в публичното пространство като структури, работещи в сферата на здравеопазването, околната среда и факторите за здраве, профилактика и лечение, както и сдружения, форуми и институти за консултантски и правозащитни услуги в сферата на здравеопазването. Те оказват финансова подкрепа на нуждаещи се граждани основно чрез акционен фондонабиране.

Ограничаването на честотата на болестите и преждевременната смърт е приоритет и той се базира на задълбоченото познаване на съществуващите генетични, биологични и поведеченски рискови фактори .

Според Националната програма за профилактика на наследствените болести, предразположения и вродените аномалии 2000-2005 г. с вродени аномалии се раждат около 5% от всички новородени у нас, или 3500 годишно. По масовите неонатални скринингови програми у нас се изследват 95% от всички новородени. Особено ефективни са масовите скринингови програми за откриване на носителство при тежки наследствени заболявания. Активно се изпълнява нововъведената масова дородова (пренатална) програма за оценка на риска от най-честите хромозомни болести и малформативни синдроми - изследвани са 7606 бременни, като до края на програмата ще се обхванат всички бременни.

Хипертонията е разпространена широко сред населението на страната. При изследване през 2002 г. в рамките на програма СИНДИ сред население на възраст 25-64 г. се установява хипертония ($\geq 140/90$ мм Hg) при 42.2% от мъжете и 32% при жените. Много често е съчетанието на хипертония със затлъстяване, повишен холестерол в серума и тютюнопушене.

Хиперхолестеролемията е също често срещано явление. По данни на същото проучване 59.6 % от мъжете и 55.1% от жените на възраст 25-64 г. са с умерено повишен и повишен холестерол. Най-често е съчетанието на повишен холестерол с повишено артериално налягане, повишен индекс на телесна маса и тютюнопушене, като при над 60% от мъжете комбинацията е дву/трифакторна.

Честотата на диабета у нас също е висока - страдат над 240 000 души. Доминира диабет тип 2, по-чест при жените.

Посочените фактори подлежат на корекция в рамките на интервенционни програми на популационно ниво.

Тютюнопушенето в България е широко разпространено и показва тенденция към нарастване за сметка на редовно пушещите, като сред децата и юношите се характеризира с ранно начало под 13 години и рязко нарастване до 16 години. Тютюнопушенето има изключително неблагоприятни здравни последици и причинява икономически загуби на цялото общество. По оценка на Световната банка общите загуби през 2000 г., по причина на заболявания, свързани с употребата на тютюневи изделия, възлизат на 200 милиарда щатски долара.

Злоупотребата с алкохол обуславя 9.2% от общото бреме на болестите в развитите страни и създава проблеми, свързани с работното място и производителността на труда, семейството и обществото; насилията, самоубийствата, престъпленията, разходи за медицински грижи и материални щети. Употребата на алкохол при учениците се характеризира с ранно начало. Всеки трети ученик е имал поне веднъж някакви проблеми, дължащи се на употребата на алкохол - лични, междуличностни, сексуални, с полицията.

По данни от проучвания на Националния фокусен център, около 315 000-330 000 български граждани от 15 до 60 г. поне веднъж в живота си са употребили наркотично вещество. Марихуаната е най-масово използваното незаконно вещество, а хероинът е най-силно свързан с проблемната употреба на наркотици.

Форма на специализирано извънболнично лечение на зависимости са програмите за субституиращо и поддържащо лечение с опиев агонисти. Рехабилитация и ресоциализация на зависими лица се осъществява чрез 7 рехабилитационни програми. Разкриват се защитени жилища за пациенти, успешно преминали през стационарни програми за лечение на зависимости и терапевтичните общности (комуни). Изградени са 27 областни съвета по наркотичните вещества (ОСНВ) и 22 превантивно-информационни центрове към тях.

Ниската физическа активност формира 4.3% от глобалното бреме на болестите и е причина за 7.7% от всички смъртни случаи в България. Над 2/3 от лицата в активна възраст в зоните на програма СИНДИ – България са с ниска и средна физическа натовареност в ежедневието си живот. Комбинацията на ниска физическа активност с повишено артериално налягане, повишен холестерол, наднормена телесна маса или затлъстяване увеличава многократно риска за здравето.

Националните проучвания на храненето и хранителния статус на населението в България, проведени през 1998 г. и 2004 г. от НЦООЗ, показват тенденция за увеличаване разпространението на свръхтеглото и затлъстяването при възрастното население. Наднорменото тегло е сериозен проблем и при децата. Във всички възрастови групи най-рискова по отношение на свръхтеглото и затлъстяването е популацията с нисък социално-икономически статус, което може да се свърже с ограничените възможности за достъп до здравословни храни и спорт, по-ниската информираност по отношение на здравословния начин на живот.

Социално-икономическите фактори играят съществена роля в намаляването на честотата на болестите и преждевременната смърт. Нивото на доходите е една от най-важните детерминанти на здравето. В условията на прехода у нас се наблюдава разширяване диапазона на влиянието му върху показателите за смъртност. Нараства разликата в очакваната продължителност на живота сред мъжете и жените с най-високи и най-ниски размери на дохода. Лицата с по-големи доходи имат значително по-големи възможности по отношение на контрола върху здравето си и осъществяването на здравословен избор. Необходимо е политиката на доходите да бъде не само икономически, но и социално ориентирана.

Нараства и разликата в очакваната продължителност на живота сред мъжете и жените с най-високи и най-ниски нива на образование. През последните години България се характеризира със стабилна макроикономическа среда, което влияе благоприятно върху образователната

система, при най-значим проблем - образованието на етническите малцинства.

Факторите на околната среда и тяхното влияние върху здравето са безспорен приоритет при решаване на проблемите за опазване на общественото здраве. Следва да се отбележи, че въпреки наблюдаваните през последните години положителни тенденции към намаляване на вредните атмосферни емисии и подобряване качеството на въздуха, резултат от реструктурирането на промишленото производство и предприетите мерки за подобряване качеството на околната среда, все още съществуват райони, определени като "горещи" екологични точки, в които концентрациите на замърсителите на атмосферния въздух периодично превишават възприетите като "безопасни" нива и представляват потенциален риск за здравето на населението. Проблем за цялата страна все още е замърсяването с общ суспендиран прах и фини прахови частици (ФПЧ), нивата на които в повечето населени места са около или над установените норми. Отчита се неблагоприятна тенденция към увеличаване съдържанието на азотен диоксид в атмосферния въздух на големите населени места, свързано с нарастване броя на личните моторни превозни средства.

Разделението на страната на четири басейнови региони е първата стъпка за въвеждане на европейския подход за единно управление на водните ресурси, както и качеството на различни категории води на ниво речен басейн. Над 98,8% от населението на страната е с осигурен достъп до течаща питейна вода, като относителният дял на централно водоснабдените населени места е около 85%. Проблем за общественото водоснабдяване у нас е лошото състояние, неподходящи материали и крайна амортизация на разпределителните мрежи с генериране на огромни загуби на питейна вода и последващо влошаване на нейното качество по пътя ѝ до консуматорите. Чрез язовири се осигурява с питейна вода около 1/3 от населението на страната. Преобладаващата част от тях са без изградени пречиствателни съоръжения, а там където има изградени, технологичните схеми се нуждаят от цялостно оптимизиране. Специфични за страната са флуорният и йодният дефицити, като свързаните с тях ендемии понастоящем могат да се управляват ефективно и успешно чрез системно поддържане на насочени профилактични програми. Нитратното замърсяване на подземните питейни води е най-масово представения хигиенен проблем за общественото водоснабдяване. Схемите и съоръженията за технологичната подготовка на питейната вода в страната преди предоставянето ѝ на населението, с малки изключения, са на ниско равнище, не се справят и/или не са предвидени за проблемите на качеството на водата, особено в екстремни ситуации на обилни валежи.

Почвените ресурси на България притежават висок потенциал от продуктивни, регулаторни и буферни функции. Налице е прогресиращо замърсяване с тежки метали от промишлеността, трафика и енергетиката.

Битовите отпадъци от населените места и някои промишлени и строителни отпадъци се третират единствено чрез почвено депониране, което в някои случаи води до замърсяване на екосредите и потенциално влияе върху здравното състояние на населението. Все още са рядкост депата, използващи съвременното “санитарно депониране”.

Трайно се запазва неблагоприятната акустична обстановка в урбанизираните територии. Увеличеният брой на моторни превозни средства, неудовлетворителното им техническо състояние, увеличената интензивност и скорост на движението, недобрата пропускателна способност на пътната мрежа, лошото състояние и видът на пътната настилка, са явни градоустройствени грешки и фактори, които допринасят за повишаване нивата на шума.

В страната се извършва планирана и насочена оценка на експозицията и риска за работещите и населението от въвеждането на нови технологии. Проблеми съществуват с оценката на естественото ултравиолетово лъчение (УВ), на експозицията на работещите и населението от изкуствени източници на УВ радиация. Разработва се национална политика за намаляване на риска от свръхнискофреkwотни и УВ лъчения и превенция на злокачествените новообразувания на кожата, левкемии и други онкологични заболявания сред децата, свързани с това въздействие.

Безопасността на храните е един от приоритетите в здравната политика. Разработени са Стратегия по безопасност на храните на Р. България и Национален план за действие “Храни и хранене” 2005-2010 г. Чрез туининг проект по програма ФАР и в партньорство с Австрийската агенция по околна среда е осъществен контрол върху генетично модифицираните храни и новите храни с разкриването на референтна лаборатория и обучение по инспекционни практики, контрол и пробовземане на нови храни, обучение на експерти за извършване на оценка на безопасността и управлението на новите храни.

Извършено е цялостно хармонизиране на българското законодателство за изискванията към козметичните продукти със законодателството на ЕС. Държавният здравен контрол се извършва систематично и насочено. Надзорът на пазара на играчките се осъществява от Държавната агенция за метрологичен и технически надзор.

Реформата в сферата на здравето и безопасността при работа включва хармонизация на националната нормативна база с европейското законодателство, изграждане на съвременна Национална система за здраве и безопасност при работа и осигуряване на специалисти, методология и обучение. Влиянието върху здравето и въздействието върху икономическото развитие на условията на труд се характеризира с нарастване на честотата на „свързаните с труда заболявания”. Разходът / % от БВП/ за компенсации и обезщетения за работа при неблагоприятни

условия на труда и последствията от това в България е значително по - висок от европейските страни.

Намалената работоспособност и трудовите злополуки оказват негативно влияние върху трудовия потенциал в страната. Те затрудняват или правят невъзможно участието на една част от работоспособното население в процеса на икономическото развитие. По данни на НЦЗИ, през 2007 г. броят на лицата с **първично намалена работоспособност** над 16-годишна възраст е 10.8 на 1000 души от населението. През периода 2001 – 2007 г. нараства дялът на лицата с **първично намалена работоспособност**, до 50% и от 50% - 70%. Два класа болести водят до най-тежка степен на увреждане “Новообразувания” и “Някои инфекциозни и паразитни болести”. През 2007 г. трудовите злополуки са 3706 и са предизвикали смъртта на 157 души.

Съществен елемент от дейността по опазване на общественото здраве е и работата по националните здравни програми, приети от Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването и финансирани от републиканския бюджет като диференцирани разходи от бюджета на Министерството на здравеопазването, които могат да бъдат подпомагани и чрез други финансови източници. Те са групирани по следния начин:

Програми, насочени към осигуряване на условия за промоция на здравето и профилактика на заболяванията;

Програми, насочени към предоставяне на гарантирани здравни услуги с повишено качество и осигурен достъп до тях;

Програми, насочени към подобряване на взаимодействието между извънболничното и болничното обслужване.

Отчитайки наличието на ограничени ресурси в областта на здравеопазването и икономическите възможности на страната, се подчертава необходимостта от извършването на икономическа оценка, в резултат на която изборът на здравна интервенция и/или програма да се основава на доказателство за нейната ефективност. Счита се, че колкото е по-добро качеството на управление, толкова е по-силна връзката между здравните разходи и здравните резултати. В България все още е трудно да се говори за ролята на социалния капитал в управлението на процесите в страната.

Партньорството и междусекторното сътрудничество са от изключително значение при извършването на дейности, свързани с положителното повлияване на здравните детерминанти. Министерството на здравеопазването си взаимодейства с всички министерства, имащи пряко или косвено отношение към здравето на обществото, най-вече при разработването и изпълнението на редица стратегии и програми от национално и международно значение. Междусекторното сътрудничество се реализира в практиката чрез създадени ефективни механизми за взаимодействие. Въпреки отбелязаните успехи, все още не е оценено

значението му за подобряване на здравето на нацията и за влиянието върху социалните детерминанти на здравето. Наличието на много участници в даден процес води в някои случаи до размиване на отговорността, а липсата на оценка на резултатите от прилаганите стратегии и програми може да доведе до незаинтересованост от страна на участващите в процесите, което създава определена заплаха от икономически неефективни дейности.

Установените факти и направени изводи позволяват да се очертаят възможностите за повече инвестиции в здравето и включване на въпросите на здравето във всички политики с оглед постигане на висок икономически растеж, осигурен от здраво и трудоспособно население.

*** Докладът за състоянието на здравето на гражданите – първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията, 2005 – 2007 година е изготвен през месец септември 2008 г., като са използвани обобщени статистически данни за 2007 г. включително.**

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1. Човешки ресурси за 2007 г. по вид персонал

| Персонал | Общо | ЛЗ за болн. помощ | ЛЗ за извън-болн. помощ | в това число: | | | | | |
|---|-------|-------------------|-------------------------|---------------|-----|-----|------|---------|---------|
| | | | | МЦ | ДЦ | МДЦ | ДКЦ | МД лаб. | МТ лаб. |
| Лекари | 27911 | 13518 | 11393 | 1690 | | 103 | 1783 | 218 | |
| Други медицински специалисти с образов. степен "специалист", завършили медицински колеж или придобили специалност "Здравни грижи" | 48631 | 29129 | 6502 | 1994 | 226 | 139 | 2157 | 641 | 1345 |
| Акушерки | 3401 | 2783 | 305 | 165 | | 8 | 132 | | |
| Медицински сестри (всички профили) | 32244 | 20778 | 2577 | 1113 | 161 | 80 | 1156 | 66 | 1 |
| Медицински лаборанти | 4287 | 2609 | 1139 | 274 | | 17 | 406 | 442 | |
| Рентгенови лаборанти | 1506 | 996 | 492 | 97 | 42 | 7 | 213 | 130 | 3 |
| Рехабилитатори | 1587 | 1106 | 378 | 155 | | 11 | 211 | | 1 |

Табл.2 Териториално разпределение на човешките ресурси за 2003 г.

| Области | ЛЕКАРИ | | СТОМАТОЛОЗИ | | МЕД. СЕСТРИ | |
|-------------|--------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | брой | на 10 000 | брой | на 10 000 | брой | на 10 000 |
| БЪЛГАРИЯ | 28128 | 36,1 | 6475 | 8,3 | 29650 | 38,0 |
| БЛАГОЕВГРАД | 837 | 24,9 | 249 | 7,4 | 1006 | 30,0 |
| БУРГАС | 1110 | 26,4 | 267 | 6,4 | 1352 | 32,2 |
| ВАРНА | 1982 | 43,2 | 362 | 7,9 | 1425 | 31,1 |
| В.ТЪРНОВО | 876 | 30,5 | 205 | 7,1 | 1101 | 38,4 |
| ВИДИН | 394 | 32,1 | 115 | 9,4 | 413 | 33,7 |
| ВРАЦА | 701 | 32,4 | 111 | 5,1 | 813 | 37,6 |
| ГАБРОВО | 485 | 34,9 | 119 | 8,6 | 587 | 42,2 |

| | | | | | | |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| ДОБРИЧ | 626 | 30,0 | 122 | 5,9 | 644 | 30,9 |
| КЪРДЖАЛИ | 397 | 24,7 | 93 | 5,8 | 445 | 27,6 |
| КЮСТЕНДИЛ | 460 | 29,4 | 127 | 8,1 | 525 | 33,6 |
| ЛОВЕЧ | 585 | 35,8 | 120 | 7,3 | 574 | 35,1 |
| МОНТАНА | 475 | 27,4 | 100 | 5,8 | 478 | 27,5 |
| ПАЗАРДЖИК | 743 | 24,5 | 213 | 7,0 | 714 | 23,5 |
| ПЕРНИК | 468 | 32,5 | 142 | 9,9 | 414 | 28,7 |
| ПЛЕВЕН | 1228 | 39,0 | 192 | 6,1 | 1313 | 41,7 |
| ПЛОВДИВ | 2613 | 36,8 | 848 | 11,9 | 2844 | 40,0 |
| РАЗГРАД | 325 | 22,8 | 70 | 4,9 | 427 | 30,0 |
| РУСЕ | 660 | 25,3 | 162 | 6,2 | 773 | 29,6 |
| СИЛИСТРА | 355 | 25,8 | 63 | 4,6 | 471 | 34,3 |
| СЛИВЕН | 568 | 26,6 | 136 | 6,4 | 638 | 29,9 |
| СМОЛЯН | 374 | 27,7 | 102 | 7,6 | 484 | 35,8 |
| СОФИЯ-столица | 6171 | 51,0 | 1562 | 12,9 | 5633 | 46,6 |
| СОФИЯ | 955 | 36,0 | 149 | 5,6 | 1194 | 45,1 |
| СТ.ЗАГОРА | 1437 | 39,5 | 280 | 7,7 | 1665 | 45,7 |
| ТЪРГОВИЩЕ | 365 | 26,4 | 65 | 4,7 | 445 | 32,2 |
| ХАСКОВО | 746 | 27,6 | 191 | 7,1 | 865 | 32,0 |
| ШУМЕН | 630 | 31,4 | 99 | 4,9 | 845 | 42,1 |
| ЯМБОЛ | 374 | 25,0 | 99 | 6,6 | 420 | 28,1 |

Табл.3 Териториално разпределение на човешките ресурси за 2004 г.

| Области | ЛЕКАРИ | | СТОМАТОЛОЗИ | | МЕД. СЕСТРИ | |
|-----------------|--------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | брой | на 10 000 | брой | на 10 000 | брой | на 10 000 |
| БЪЛГАРИЯ | 27423 | 35,3 | 6491 | 8,4 | 29769 | 38,4 |
| БЛАГОЕВГРАД | 821 | 24,5 | 244 | 7,3 | 999 | 29,8 |
| БУРГАС | 1120 | 26,7 | 242 | 5,8 | 1345 | 32,1 |
| ВАРНА | 1929 | 42,1 | 364 | 7,9 | 1518 | 33,1 |
| В.ТЪРНОВО | 829 | 29,0 | 196 | 6,9 | 1077 | 37,7 |
| ВИДИН | 393 | 32,7 | 112 | 9,3 | 399 | 33,2 |
| ВРАЦА | 693 | 32,6 | 113 | 5,3 | 897 | 42,2 |
| ГАБРОВО | 472 | 34,3 | 118 | 8,6 | 642 | 46,7 |
| ДОБРИЧ | 608 | 29,4 | 124 | 6,0 | 589 | 28,5 |
| КЪРДЖАЛИ | 407 | 25,5 | 99 | 6,2 | 529 | 33,1 |
| КЮСТЕНДИЛ | 468 | 30,3 | 131 | 8,5 | 532 | 34,4 |
| ЛОВЕЧ | 569 | 35,3 | 123 | 7,6 | 647 | 40,1 |
| МОНТАНА | 483 | 28,4 | 59 | 3,5 | 523 | 30,7 |
| ПАЗАРДЖИК | 755 | 25,2 | 215 | 7,2 | 710 | 23,7 |
| ПЕРНИК | 441 | 31,0 | 132 | 9,3 | 401 | 28,2 |
| ПЛЕВЕН | 1234 | 39,7 | 189 | 6,1 | 1388 | 44,7 |
| ПЛОВДИВ | 2662 | 37,5 | 869 | 12,2 | 2841 | 40,0 |
| РАЗГРАД | 329 | 23,4 | 71 | 5,0 | 423 | 30,1 |

| | | | | | | |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| РУСЕ | 682 | 26,3 | 171 | 6,6 | 834 | 32,2 |
| СИЛИСТРА | 346 | 25,5 | 64 | 4,7 | 476 | 35,1 |
| СЛИВЕН | 553 | 26,2 | 137 | 6,5 | 673 | 31,9 |
| СМОЛЯН | 365 | 27,4 | 100 | 7,5 | 534 | 40,1 |
| СОФИЯ-столица | 6099 | 49,9 | 1587 | 13,0 | 5750 | 47,1 |
| СОФИЯ | 899 | 34,3 | 160 | 6,1 | 1108 | 42,3 |
| СТ.ЗАГОРА | 1460 | 40,3 | 284 | 7,8 | 1680 | 46,4 |
| ТЪРГОВИЩЕ | 359 | 26,2 | 65 | 4,8 | 496 | 36,3 |
| ХАСКОВО | 750 | 28,0 | 193 | 7,2 | 928 | 34,6 |
| ШУМЕН | 632 | 31,7 | 100 | 5,0 | 847 | 42,4 |
| ЯМБОЛ | 372 | 25,2 | 100 | 6,8 | 438 | 29,6 |

Табл. 4 Териториално разпределение на човешките ресурси за 2005 г.

| Области | ЛЕКАРИ | | СТОМАТОЛОЗИ | | МЕД. СЕСТРИ | |
|-----------------|--------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | брой | на 10 000 | брой | на 10 000 | брой | на 10 000 |
| БЪЛГАРИЯ | 28197 | 36,5 | 6493 | 8,4 | 31235 | 40,5 |
| БЛАГОЕВГРАД | 813 | 24,4 | 244 | 7,3 | 1005 | 30,1 |
| БУРГАС | 1108 | 26,5 | 252 | 6,0 | 1328 | 31,7 |
| ВАРНА | 1988 | 43,4 | 391 | 8,5 | 1598 | 34,9 |
| В.ТЪРНОВО | 869 | 30,6 | 184 | 6,5 | 1082 | 38,2 |
| ВИДИН | 383 | 32,5 | 102 | 8,7 | 413 | 35,1 |

| | | | | | | |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| ВРАЦА | 680 | 32,5 | 113 | 5,4 | 920 | 44,0 |
| ГАБРОВО | 473 | 34,8 | 117 | 8,6 | 640 | 47,1 |
| ДОБРИЧ | 595 | 28,9 | 121 | 5,9 | 737 | 35,9 |
| КЪРДЖАЛИ | 403 | 25,4 | 88 | 5,6 | 553 | 34,9 |
| КЮСТЕНДИЛ | 465 | 30,4 | 122 | 8,0 | 556 | 36,4 |
| ЛОВЕЧ | 570 | 35,8 | 122 | 7,7 | 635 | 39,9 |
| МОНТАНА | 494 | 29,6 | 100 | 6,0 | 547 | 32,8 |
| ПАЗАРДЖИК | 766 | 25,7 | 210 | 7,1 | 728 | 24,4 |
| ПЕРНИК | 410 | 29,1 | 128 | 9,1 | 438 | 31,1 |
| ПЛЕВЕН | 1127 | 36,9 | 172 | 5,6 | 1407 | 46,1 |
| ПЛОВДИВ | 2705 | 38,2 | 883 | 12,5 | 2893 | 40,9 |
| РАЗГРАД | 344 | 24,7 | 67 | 4,8 | 481 | 34,6 |
| РУСЕ | 689 | 26,8 | 148 | 5,8 | 837 | 32,6 |
| СИЛИСТРА | 341 | 25,4 | 64 | 4,8 | 473 | 35,3 |
| СЛИВЕН | 550 | 26,2 | 135 | 6,4 | 664 | 31,7 |
| СМОЛЯН | 357 | 27,2 | 102 | 7,8 | 537 | 41,0 |
| СОФИЯ-столица | 6252 | 50,8 | 1619 | 13,1 | 5854 | 47,5 |
| СОФИЯ | 933 | 35,9 | 122 | 4,7 | 1164 | 44,8 |
| СТ.ЗАГОРА | 1433 | 39,8 | 283 | 7,9 | 1737 | 48,2 |
| ТЪРГОВИЩЕ | 358 | 26,5 | 62 | 4,6 | 482 | 35,6 |
| ХАСКОВО | 741 | 27,8 | 195 | 7,3 | 930 | 35,0 |

| | | | | | | |
|-------|-----|------|-----|-----|-----|------|
| ШУМЕН | 613 | 30,9 | 103 | 5,2 | 850 | 42,9 |
| ЯМБОЛ | 364 | 24,9 | 100 | 6,8 | 447 | 30,6 |

Табл.5 Териториално разпределение на човешките ресурси за 2006 г.

| Области | ЛЕКАРИ | | СТОМАТОЛОЗИ | | МЕД. СЕСТРИ | |
|-----------------|--------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | брой | на 10 000 | брой | на 10 000 | брой | на 10 000 |
| БЪЛГАРИЯ | 28111 | 36,6 | 6512 | 8,5 | 31599 | 41,1 |
| БЛАГОЕВГРАД | 823 | 24,9 | 244 | 7,4 | 1177 | 35,7 |
| БУРГАС | 1113 | 26,6 | 266 | 6,4 | 1376 | 32,9 |
| ВАРНА | 1988 | 43,5 | 398 | 8,7 | 1733 | 37,9 |
| В.ТЪРНОВО | 841 | 29,9 | 181 | 6,4 | 1089 | 38,8 |
| ВИДИН | 379 | 33,0 | 109 | 9,5 | 400 | 34,9 |
| ВРАЦА | 672 | 32,7 | 109 | 5,3 | 943 | 45,8 |
| ГАБРОВО | 467 | 34,7 | 110 | 8,2 | 638 | 47,4 |
| ДОБРИЧ | 572 | 27,9 | 123 | 6,0 | 733 | 35,8 |
| КЪРДЖАЛИ | 403 | 25,6 | 95 | 6,0 | 579 | 36,8 |
| КЮСТЕНДИЛ | 472 | 31,3 | 131 | 8,7 | 580 | 38,5 |
| ЛОВЕЧ | 570 | 36,2 | 121 | 7,7 | 618 | 39,3 |
| МОНТАНА | 485 | 29,6 | 97 | 5,9 | 560 | 34,1 |
| ПАЗАРДЖИК | 784 | 26,5 | 207 | 7,0 | 820 | 27,7 |
| ПЕРНИК | 403 | 28,9 | 138 | 9,9 | 413 | 29,6 |

| | | | | | | |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| ПЛЕВЕН | 1226 | 40,6 | 190 | 6,3 | 1366 | 45,3 |
| ПЛОВДИВ | 2740 | 38,8 | 879 | 12,4 | 2888 | 40,9 |
| РАЗГРАД | 329 | 23,9 | 70 | 5,1 | 460 | 33,4 |
| РУСЕ | 692 | 27,1 | 154 | 6,0 | 851 | 33,3 |
| СИЛИСТРА | 336 | 25,3 | 62 | 4,7 | 480 | 36,2 |
| СЛИВЕН | 556 | 26,6 | 134 | 6,4 | 684 | 32,7 |
| СМОЛЯН | 368 | 28,4 | 107 | 8,2 | 538 | 41,5 |
| СОФИЯ-столица | 5992 | 48,4 | 1588 | 12,8 | 5522 | 44,6 |
| СОФИЯ | 924 | 35,8 | 121 | 4,7 | 1100 | 42,6 |
| СТ.ЗАГОРА | 1406 | 39,2 | 276 | 7,7 | 1713 | 47,8 |
| ТЪРГОВИЩЕ | 373 | 27,8 | 63 | 4,7 | 508 | 37,8 |
| ХАСКОВО | 729 | 27,6 | 198 | 7,5 | 985 | 37,3 |
| ШУМЕН | 612 | 31,0 | 101 | 5,1 | 847 | 42,9 |
| ЯМБОЛ | 350 | 24,2 | 103 | 7,1 | 486 | 33,6 |

Табл.6 Териториално разпределение на човешките ресурси за 2007 г.

| Области | ЛЕКАРИ | | СТОМАТОЛОЗИ | | МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ | |
|-----------------|--------|-----------|-------------|-----------|-------------------|-----------|
| | брой | на 10 000 | брой | на 10 000 | брой | на 10 000 |
| БЪЛГАРИЯ | 27911 | 36.5 | 6432 | 8.4 | 32244 | 42.2 |
| БЛАГОЕВГРАД | 854 | 25.9 | 240 | 7.3 | 1207 | 36.7 |
| БУРГАС | 1107 | 26.4 | 272 | 6.5 | 1431 | 34.1 |
| ВАРНА | 2047 | 44.5 | 402 | 8.7 | 1759 | 38.3 |

| | | | | | | |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| В.ТЪРНОВО | 828 | 29.7 | 194 | 7.0 | 1105 | 39.6 |
| ВИДИН | 386 | 34.3 | 110 | 9.8 | 390 | 34.6 |
| ВРАЦА | 655 | 32.3 | 100 | 4.9 | 947 | 46.7 |
| ГАБРОВО | 452 | 33.9 | 110 | 8.3 | 625 | 46.9 |
| ДОБРИЧ | 561 | 27.6 | 124 | 6.1 | 706 | 34.8 |
| КЪРДЖАЛИ | 407 | 26.0 | 106 | 6.8 | 606 | 38.7 |
| КЮСТЕНДИЛ | 467 | 31.3 | 126 | 8.4 | 582 | 39.0 |
| ЛОВЕЧ | 589 | 37.9 | 121 | 7.8 | 640 | 41.2 |
| МОНТАНА | 488 | 30.3 | 95 | 5.9 | 561 | 34.8 |
| ПАЗАРДЖИК | 772 | 26.3 | 208 | 7.1 | 919 | 31.2 |
| ПЕРНИК | 404 | 29.1 | 132 | 9.5 | 410 | 29.5 |
| ПЛЕВЕН | 1225 | 41.1 | 182 | 6.1 | 1413 | 47.4 |
| ПЛОВДИВ | 2750 | 39.0 | 902 | 12.8 | 3050 | 43.3 |
| РАЗГРАД | 324 | 23.8 | 70 | 5.1 | 476 | 35.0 |
| РУСЕ | 698 | 27.6 | 156 | 6.2 | 882 | 34.9 |
| СИЛИСТРА | 329 | 25.1 | 62 | 4.7 | 475 | 36.3 |
| СЛИВЕН | 529 | 25.5 | 127 | 6.6 | 686 | 33.0 |
| СМОЛЯН | 362 | 28.2 | 113 | 8.8 | 577 | 45.0 |
| СОФИЯ-столица | 5844 | 47.1 | 1471 | 11.9 | 5516 | 44.5 |
| СОФИЯ | 906 | 35.3 | 128 | 5.0 | 1091 | 42.5 |
| СТ.ЗАГОРА | 1399 | 39.3 | 276 | 7.8 | 1759 | 49.5 |

| | | | | | | |
|-----------|-----|------|-----|-----|------|------|
| ТЪРГОВИЩЕ | 366 | 27.6 | 61 | 4.6 | 554 | 41.7 |
| ХАСКОВО | 723 | 27.6 | 202 | 7.7 | 1014 | 38.7 |
| ШУМЕН | 585 | 29.8 | 100 | 5.1 | 838 | 42.6 |
| ЯМБОЛ | 349 | 24.5 | 101 | 7.1 | 493 | 34.6 |

Таблица 7. Човешки ресурси за периода 1996-2007 г.

| Показатели/години | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ЛЕКАРИ | | | | | | | | | | | | |
| Общ брой | 29592 | 28655 | 28476 | 28261 | 27526 | 27186 | 27688 | 28128 | 27423 | 28197 | 28111 | 27911 |
| на 10 000 население | 35,5 | 34,6 | 34,6 | 34,5 | 33,8 | 34,5 | 35,3 | 36,1 | 35,3 | 36,5 | 36,6 | 36,5 |
| | | | | | | | | | | | | |
| ОПЛ на 10 000 население | | | | | 6,7 | 6,5 | 6,7 | 6,9 | 6,9 | 6,8 | 6,7 | 6,5 |
| | | | | | | | | | | | | |
| Вътрешни болести на 10 000 население | 9,9 | 9,6 | 9,1 | 9,3 | 6,1 | 5,7 | 5,3 | 5,6 | 5,2 | 5,4 | 5,6 | 5,3 |
| Хирурзи на 10 000 население | 3,6 | 3,6 | 3,6 | 3,6 | 3,6 | 3,6 | 3,4 | 3,7 | 3,5 | 3,6 | 3,6 | 3,1 |
| АГ на 10 000 население | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 2,0 | 1,9 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 1,8 | 1,8 |
| Педиатри на 10 000 население | 4,4 | 4,2 | 4,3 | 4,1 | 2,1 | 1,9 | 1,9 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,9 | 1,9 |
| Офталмолози на 10 000 население | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| Оториноларинголози на 10 000 население | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Невролози на 10 000 население | 1,6 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| Психиатри на 10 000 население | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| Дерматовенеролози на 10 000 население | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Рентгенолози на 10 000 население | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 1,1 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Физиотерапевти на 10 000 население | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| Лабораторни лекари на 10 000 население | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 0,7 | 0,7 |
| Епидемиолози на 10 000 население | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Паразитолози на 10 000 население | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Анестезиолози на 10 000 население | 1,4 | 1,4 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,3 | 1,4 | 1,5 | 1,4 | 1,5 | 1,5 | 1,6 |
| | | | | | | | | | | | | |
| ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА | | | | | | | | | | | | |
| Общ брой | 5493 | 5240 | 4838 | 4655 | 6778 | 6482 | 6144 | 6475 | 6491 | 6493 | 6512 | 6432 |
| на 10 000 население | 6,6 | 6,3 | 5,9 | 5,7 | 8,3 | 8,2 | 7,8 | 8,3 | 8,4 | 8,4 | 8,5 | 8,4 |
| | | | | | | | | | | | | |
| СЕСТРИ | | | | | | | | | | | | |
| Общ брой | 51109 | 47434 | 47343 | 45252 | 31479 | 29769 | 28508 | 29650 | 29769 | 31235 | 31599 | 32244 |
| на 10 000 население | 61,3 | 57,3 | 57,5 | 55,2 | 38,6 | 37,7 | 36,3 | 38,0 | 38,4 | 40,5 | 41,1 | 42,2 |
| АКУШЕРКИ | | | | | | | | | | | | |
| Общ брой | 6565 | 5923 | 5826 | 5494 | 4131 | 3518 | 3433 | 3456 | 3417 | 3455 | 3429 | 3401 |
| на 10 000 население | 7,9 | 7,1 | 7,1 | 7,1 | 5,1 | 4,5 | 4,4 | 4,4 | 4,4 | 4,5 | 4,5 | 4,5 |
| ФЕЛДШЕРИ | | | | | | | | | | | | |
| Общ брой | 6886 | 5888 | 5663 | 5351 | 3158 | 2334 | 1972 | 2334 | 2549 | 2466 | 2568 | 2660 |
| на 10 000 население | 8,2 | 7,1 | 6,9 | 6,5 | 3,9 | 3,0 | 2,5 | 3,0 | 3,3 | 3,2 | 3,3 | 3,5 |

**Табл. 8 . ОСИГУРЕНОСТ С ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ В БЪЛГАРИЯ И ЕС
(НА 100 000 НАСЕЛЕНИЕ)**

| Години | България | ЕС |
|------------------------------------|----------|--------|
| ЛЕКАРИ | | |
| 2004 | 352.43 | 320.01 |
| 2005 | 367.96 | 314.97 |
| 2006 | 366.46 | 315.04 |
| 2007 | 365 | |
| ОБЩОПРАКТИКУВАЩИ ЛЕКАРИ | | |
| 2004 | 68.9 | 98.8 |
| 2005 | 67.72 | 97.27 |
| 2006 | 66.84 | 97.71 |
| 2007 | 65 | |
| ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА | | |
| 2004 | 83.42 | 60.25 |
| 2005 | 84.04 | 61.16 |
| 2006 | 84.89 | 61.99 |
| 2007 | 84 | |
| МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ | | |
| 2004 | 382.58 | 725.58 |
| 2005 | 404.28 | 735.98 |
| 2006 | 411.93 | 741.56 |
| 2007 | 422 | |
| АКУШЕРКИ | | |
| 2004 | 43.91 | 36.05 |
| 2005 | 44.72 | 36.01 |
| 2006 | 44.7 | - |
| 2007 | 45 | |