

**ГОДИШЕН ДОКЛАД  
ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО  
НА ГРАЖДАНИТЕ**

**И**

**ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА  
НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ  
2020**

2016 Г.

## ЗДРАВЕТО

Здравето на индивида е динамично състояние на физическо, умствено и социално благополучие. То е много повече от просто отсъствие на болест или недъг.

В личностен план здравето е условие за благосъстояние и качество на живот.

В обществен план доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност.

Здравният статус на хората влияе върху степента им на участие в социалния и трудовия живот и върху тяхната производителност на работното място. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълго време и увеличаването на продължителността на живота в добро здраве има положителен ефект върху производителността и конкурентноспособността, защото може да повлияе на пазара на труда и да доведе до потенциални значителни икономии в бюджетите за здравно обслужване.

По този начин здравеопазването пряко подпомага икономическия растеж и има решаващо значение за намаляване на бедността като едновременно допринася за устойчивото икономическо и социално развитие и се възползва от него. Косвените ефекти на здравеопазването върху икономиката са свързани с факта, че в днешно време то представлява един от най-значимите икономически сектори във всяка държава със средни и високи доходи, в т.ч. в България.

Здравната система е един от големите работодатели и играе сериозна роля на пазара на стоки и услуги. Нейните ключови позиции ще стават все по-мощабни, а с тях ще расте и приносът ѝ за по-общите цели за обществото.

В съвременния свят все повече се налага разбирането, че здравето на населението не е съпътстващ продукт на благоденствието, а е вложение в бъдещия икономически растеж. Допълнителните инвестиции за по-добро здравеопазване за населението са необходими не само от социални и етични съображения, а защото в дългосрочен план те ще допринесат за подобряване на конкурентноспособността на нацията в икономическо отношение.

Ето защо е необходим качествено нов подход към здравеопазването, основан на разбирането, че здравните разходи са инвестиция, която се възвръща чрез „добавени години живот в добро здраве“ за пациентите и чрез преки икономически резултати, водещи до подобряване на благосъстоянието на цялото население.

Този нов подход към ролята на здравеопазването, свързан с икономическото развитие на обществата, намира отражение в Стратегия „Здраве 2020“ на Европейския регионален комитет на Световната здравна организация (СЗО), в която се акцентира върху насърчаване и инвестиране в здравето на хората през целия им живот и реализиране на основни демократични ценности – солидарност, устойчивост и равнопоставеност.

На национално ниво възприятието за здравето като основно обществено благо и ресурс за социално и икономическо развитие е изведен като водеща философия на Националната здравна стратегия 2020, приета от Народното събрание на Република България на 17 декември 2015 г.

Настоящият доклад е изготвен в изпълнение на чл. 5, ал. 2 от Закона за здравето, съгласно който министърът на здравеопазването представя в Народното събрание годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия.

Структурата на документа включва 2 основни части.

В първата част е направен анализ на основните показатели за здравното състояние на населението в страната и факторите, оказващи влияние върху общественото здраве, произтичащи от демографското състояние, социално-икономическите условия, околната и трудова среда, както и начина на живот. Особено внимание е отделено на влиянието и разпространението на поведенческите фактори като тютюнопушене, вредна консумация на алкохол, непълноценно хранене, недостатъчна физическа активност, нездравословен труд и почивка, които са в пряка връзка с развитието на хроничните заболявания, като основна причина за смъртност и ниско качество на живот в нашата страна и в Европа.

Във втората част на документа са представени резултатите от годишния мониторинг на изпълнението на Националната здравна стратегия 2020, съгласно Системата мониторинг и оценка на стратегическия документ. Обект на мониторинг са приоритетите и политиките за реализация на националните здравни цели, заложи в Националната здравна стратегия и степента на тяхното изпълнение.

Мониторингът на Националната здравна стратегия 2020 има за цел да осигури ефективни механизми за систематичното и непрекъснато събиране, анализ и използване на информация с цел управленски контрол, идентифициране и предприемане на коригиращи действия при реализацията на стратегическия документ.

Във връзка с това в настоящия доклад са представени резултатите от мониторинга на изпълнението на Националната здравна стратегия 2020 за периода от нейното приемане на 17.12.2015 г. до 31.12.2016 г.<sup>1</sup>

Мониторингът се базира на динамиката на:

- ✓ показателите за здравно-демографското състояние на населението и рисковите фактори за здравето, представени в част I;
- ✓ степента на изпълнение на заложените национални здравни цели, представени в част II;
- ✓ данните за състоянието на системата за здравеопазване и дейностите по реализацията на приоритетите и политиките на Националната здравна стратегия 2020, представени в част II;

Изнесените факти в доклада са подкрепени с официални статистически национални и международни данни (НСИ, НЦОЗА, база данни на СЗО, Евростат), официални документи, публикувани отчети на отделни институции.

За нуждите на анализа и мониторинга са използвани и международни анализи и оценки, в т.ч.:

- ✓ Доклад за България за 2017 г., включващ задълбочен преглед относно предотвратяването и коригирането на макроикономическите дисбаланси, Европейски семестър за 2017 г., в съответствие с Регламент (ЕС) № 1176/2011
- ✓ State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017 на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и European Observatory on Health Systems and Policies в сътрудничество с Европейската комисия

<sup>1</sup> Поради краткия срок на действие на стратегията в Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите през 2015 г. не беше изготвен отчет за мониторинга на нейното изпълнение.

## **ЧАСТ I**

# **ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ 2016 Г.**

## 1. ДЕМОГРАФСКИ ФАКТОРИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ

В макрорамката на цялото общественоекономическо развитие човешкият потенциал заема водещо място. Съществува определена зависимост между структурните и качествени характеристики на населението от една страна, и икономическото и социалното развитие – от друга.

Демографското състояние на населението се обуславя от комплексното влияние на множество фактори. През отделните етапи на общественоекономическото развитие тези фактори могат да изменят не само силата на влиянието си, но понякога и посоката на въздействие. Проследяването на демографските процеси в контекста на променящите се фактори на социалноекономическата среда е една от важните предпоставки за определяне съдържанието и времевите параметри на здравната политика.

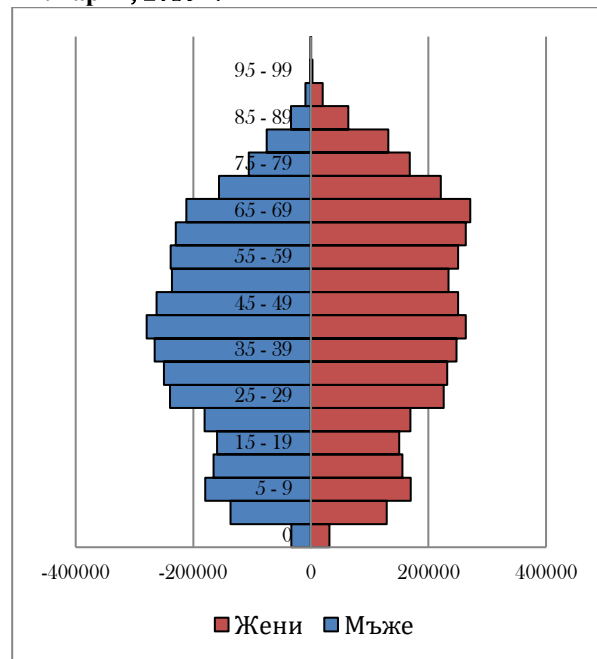
### 1.1. Численост и структура на населението

Към 31.12.2016 г. населението на България е 7 101 859 души, което представлява 1,4% от населението на Европейския съюз. В сравнение с 2015 г. то намалява с 51 925 души. При запазване на тази тенденция се очаква до 2020 г. населението на страната ще бъде под 7 млн. души.

Броят на жените е 3 651 881, а на мъжете - 3 449 978. Делът на жените от цялото население е еднакъв спрямо предходната година (51.4%), като остава незначително по-висок от този на мъжете (48.6%). Въпреки общия превес на жените, в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението (Фиг. 1).

В градовете живеят 5 204 385 души (73.3%), което е приблизително 3/4 от населението на страната, а в селата - 1 897 474 (26.7%). Запазват се спрямо предходната година дяловете на живеещите в градовете и селата.

Фиг. 1. Възрастова пирамида на населението в България, 2016 г.



Източник: НСИ

Една трета от населението на страната (33,8 %) живее в 6-те града в страната с население над 100 000 души са едва - София (1 236 047), Пловдив (343 424), Варна (335 177), Бургас (202 766), Русе (144 9360) и Стара Загора (136 781).

Половината от населението (49,9 %) живее в Югозападния и Южния централен район, а най-малък е броят на населението в Северозападния район - с едва 770 хил. души, или 10,8 % от населението.

Само една област - София, увеличава населението си през 2016 г. спрямо 2015 г. - с близо 0,3 %. При всички останали области има намаление, като най-голямо е то във Видин и Кюстендил - с над 2,5 %. Продължава трайната тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата, и то в пограничните северозападни и югоизточни райони.

Тези тенденции представляват сериозен проблем за икономическото развитие, а в бъдеще - и за държавното и регионално управление, в т.ч. планирането и териториалното разпределение на здравната инфраструктура и ресурси.

## 1.2. Възрастова структура

Под влияние на промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота, външната миграция предимно на млади хора, жизнения стандарт, политическите промени и др., през последното десетилетие се наблюдават съществени промени във възрастовата структура на населението. Продължава процесът на демографско остаряване, характеризира се с незначително нарастване на броя и дела на населението до 15-годишна възраст и увеличаване на дела на населението над 65 години – проблем, характерен и за другите страни-членки на ЕС.

През последните години относителният дял на населението до 15-годишна възраст бележи известно увеличение и за 2016 г. е 14.1% от общия брой на населението (1 001 019 деца), но продължава да бъде по-нисък от същия за ЕС (15.57%). Паралелно с това, нараства относителният дял на лицата над 65-годишна възраст, който през 2016 г. достига 20.7% при 20.4% за предходната година. В сравнение със средния показател за ЕС (18.44%), той остава, макар и незначително, по-висок<sup>2</sup>. В 22 области на страната населението на 65 и повече години е повече от 1/5 от населението на областта.

Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура е изключително важен и значим, тъй като именно тази структура ще определя възпроизводството на населението и на работната сила през следващите десетилетия. Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65+ г.) поставя и ще поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане, здравеопазването, образованието. Прогнозите на Организацията на обединените нации (ООН) предвиждат през 2025 г. делът хората над 65-годишна възраст сред възрастното население да достигне до 26.2% в Източна Европа.

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

Това поражда необходимостта от изграждане и ефективно функциониране на адекватна мрежа от структури оказване на разнообразни социални и здравни услуги и интегрирани грижи<sup>3</sup>.

## 1.2. Естествен и механичен прираст на населението

Естественят прираст на населението през 2016 г. е -6.0‰ при -6.2‰ за предходната година, т.е. абсолютната му стойност се е увеличила с 0.2‰. Населението на страната е намаляло през 2016 г. с 42 596 души, спрямо 2015 г. Това намаление се дължи основно на негативните демографски тенденции в селата, където естественият прираст е близо 4 пъти по-голям по абсолютна стойност (-12.6‰) от този в градовете (-3.6‰). През 2016 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст. Механичният прираст (разлика между заселените в страната и изселените от страната лица) също е отрицателен – минус 9 329 души, като намалението е в резултат на външна миграция.

## 1.3. Външна и вътрешна миграция

България продължават да напускат млади и образовани хора, в които държавата е инвестирала и които се адаптират по-лесно към изискванията на пазара на труда. Мотивите за емиграция се свързват със стремеж за образователна и професионална реализация и осигуряване на трудова заетост, с по-високи доходи и по-висок жизнен стандарт. През 2016 г. 30 570 души са променили настоящия си адрес от страната в чужбина, в т.ч. 15 393 мъже и 15 177 жени. Всеки втори емигрант е от 20 до 39 години, а най-предпочитани дестинации са Германия, Великобритания и Испания. Този процес има сериозни икономически и социални последици за бъдещото развитие на страната и в частност за системата на

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

здравеопазване. Напускащите хора в трудоспособна възраст излизат от системата за задължителното здравно осигуряване и не дават своя принос солидарния осигурителен модел. Емиграцията оказва силен негативен ефект и върху възпроизводството на населението, тъй като страната напускат жени в детеродна възраст, с което се понижава равнището на потенциалната бъдеща раждаемост за много по-дълъг период от време – 40-50 години.

През 2016 г. във вътрешната миграция са участвали 96 014 лица, като най-голямо териториално движение има по направление град - град - 44,4 %, следвано от село - град - 24,7 % и град - село - 21,5 %. От преселващите се в страната за ново местоживеене най-голям брой са избрали област София (столицата) - 18 397.

Вътрешната миграция също е важен фактор, влияещ върху планирането на ресурсите в системата на здравеопазване на териториален принцип.

#### 1.4. Раждаемост

Броят на родените през 2016 г. е 65 446. Живородените деца са 64 984 (99.3%), а мъртвородените - 462 (0.7%)<sup>4</sup>. Броят на живородените деца намалява с 966 в сравнение с предходната година.

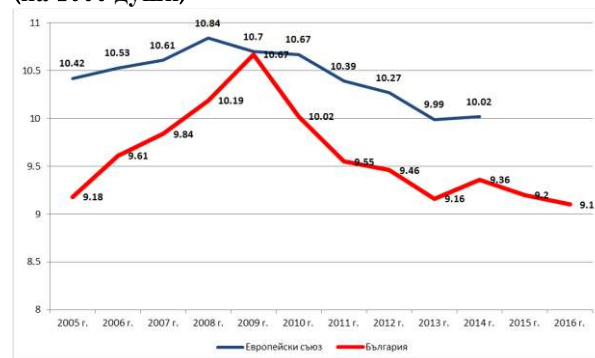
Броят на живородените момчета е 33 375 и е по - голям с 1 766 от този на момичетата - 31 609. На 1000 момчета се падат 947 момичета. В градовете живородените са 48 733 (с 753 по-малко от предходната година), а в селата -16 251 (с 213 по-малко от 2015 г.).

И през 2016 г. продължава дълготрайната тенденция за намаляване на броя на ражданията и раждаемостта (Фигура 2).

Коефициентът на общата раждаемост е 9.1‰ (9.2‰ за 2015 г.), като той остава по-нисък от този за ЕС (10.02‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни. (Фиг.2)

Раждаемостта в градовете намалява и през 2016 г. е 9.3‰, а в селата се запазва - 8.5‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

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



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

През 2016 г. се наблюдава увеличение спрямо предходната година в средната възраст на жените при раждане на първо дете - 27.0 години<sup>3</sup>.

В същото време остава относително висок броят на живородените деца от майки на възраст до 20 г. - 6 031 през 2016 г., при 6 274 за 2015 г. Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15-годишна възраст и на 15-19 г.

Тоталният коефициент на плодовитост (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период) измерва плодовитостта на родилните контингенти, която през последните години се повишава. Най-ниската стойност на тоталния коефициент на плодовитост е регистрирана през 1997 г. - 1.12. Следва увеличение на нивото: 1.31 през 2005 г., 1.49 деца през 2010 г., през 2016 г. - 1.54, като достига стойността на ЕС - 1.55.

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

В териториален аспект съществуващите и в предходните години различия се запаз-

<sup>4</sup> Национален статистически институт

ват. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.2‰), София-столица (10.2‰), Бургас и Варна (9.6‰), Пловдив (9.5‰), а най-ниска в областите Кюстендил (6.9‰), Габрово (6.4‰) и Видин (6.2‰). Свързани с раждаемостта са и проблемите с безплодието и абортите.

Съществува изразена тенденция за намаляване броя на абортите (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378). При 65 446 раждания за 2016 г. броят на абортите е 26 412. На 1000 жени на възраст 15 - 49 г. се падат 42 раждания и 17 аборти. Най-голям е броят и делът на абортите във възрастовата група 25 - 29 г. – 6 877 (26,04%) и 30 - 34 г. – 6 167 (23,35%). На лица до 15-годишна възраст са извършени 98 аборта (0,37%), а до 19-годишна възраст – 2 208 (8,36%).

Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2016 г. е 406,4 и е 2 пъти по-висок от средния за ЕС (207,58‰). Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената.

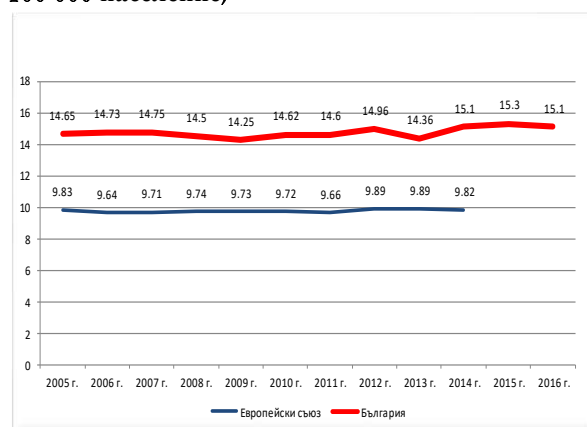
### 1.5. Смъртност

Настоящото високо ниво на смъртността в България – обща и преждевременна е продължение на започналата преди 50 години трайна тенденция на нарастване на този показател.

Въпреки това през 2016 г. броят на умрелите лица е 107 580 и **намалява** спрямо 2015 г., когато техният брой е 110 117. Коэффициентът на смъртност – 15,1 на 1000 души, като също **намалява** в сравнение с 2015 г. (15,3‰), но остава значително по-висок от средния за ЕС (9,82‰) (Фиг. 3).

Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (16,2‰), отколкото при жените (14,0‰) и в селата (21,1‰), отколкото в градовете (12,9‰).

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



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

Запазват се и териториалните различия по области. Най-високо е нивото на общата смъртност в областите Видин (23,1‰), Монтана (21,3‰), Кюстендил (19,9‰), Ловеч (19,3‰), Перник (19,2‰), Габрово (19,1‰), а най-ниска във Варна (12,9‰), Кърджали и Благоевград (12,6‰) и София-столица (11,7‰).

Една от основните причини за настоящите нива на смъртност е демографското застаряване на населението и високата смъртност при лицата над 65-годишна възраст. Демографските прогнози показват, че именно поради обективните процеси на остаряване, нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено поне до 2030 г.<sup>5</sup>

През 2016 г. се наблюдава подобрение на някои от показателите за смъртност по възрастови групи до 65-годишна възраст: Смъртността във възрастовата група от 1 до 9 г. **намалява** от 0,25 ‰ до 0,20 ‰, макар че остава по-висока от съответния показател за ЕС (0,12 ‰).

Смъртността във възрастовата група от 10 до 19 г. **също бележи положителна тенденция на намаление** от 0,33 на 1000 население от 10 до 19 г. на 0,31 на 1000 (съответният показател на ЕС е 0,18 ‰).

<sup>5</sup> Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)



Смъртността във възрастовата група от 20 до 65 г. през 2016 г. е 5,2 на 1000 население от 20 до 65 г. и е значително по-висока от съответния показател в ЕС (2,94 ‰).

Въпреки положителните тенденции в показателите за смъртност във възрастовите групи до 20 г. показателя за преждевременна смъртност (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиращите), **леко се увеличава** - с 0,4% за последната година. През 2016 г. е 21.8% при 21.4% през 2015 г. При мъжете (28.7%) преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените (14.2%). Смъртността в тази възрастова група се формира основно от социално-значими болести, свързани с начина на живот и външни фактори, в т.ч. травми и отравяния.

Така, въпреки известно подобрене, и през 2016 г. България остава страна с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност<sup>6</sup> (883.86 ‰) сред страните от ЕС (за ЕС - средно 559.85 ‰).

Особено важни за подобряване на тези показатели са мерките за предотвратяване на т.н. податлива и предотвратима смъртност (Виж. 2.1).

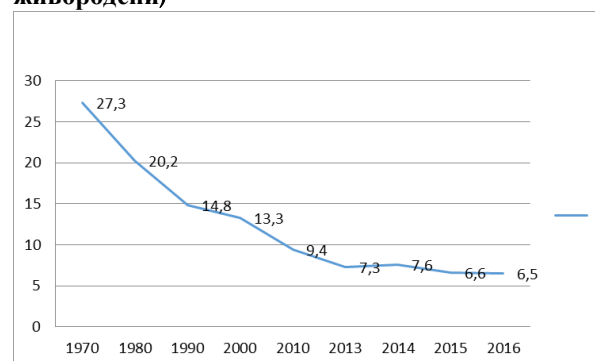
### 1.6. Детска смъртност

Показателят за детска смъртност е особено чувствителен индикатор за оценка на здравето състояние, жизнения стандарт, ефективността и качеството на прилаганите мерки - здравни и социални, за осигуряване на благополучието на децата.

През 2016 г. в страната са умрели 423 деца на възраст до 1 г. (434 за 2015 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 6.6‰ през 2015 г. на 6.5‰ през 2016 г. Достигнатото равнище на детската смъртност е **най-ниското в цялата история на демографската статистика в**

**България**, като за 40 години показателят намалява над 4 пъти. (Фиг. 4).

**Фиг. 4. Детска смъртност в България (на 1000 живородени)**



Източник: НСИ

Отчитайки изразената тенденция към снижаване, следва да се отбележи, че детската смъртност все още е по-висока спрямо достигнатите средни стойности на показателя в ЕС (3.69‰).

„Детската смъртност е с над 80 % по-висока от средната за Европа (6,6 смъртни случая на 1 000 живородени спрямо 3,6 през 2015 г.). Нещо повече, през 2016 г. в региона с най-лоши показатели (Ямбол) е регистрирана детска смъртност, която е шест пъти по-висока от тази в региона с най-добри показатели (столицата София)“

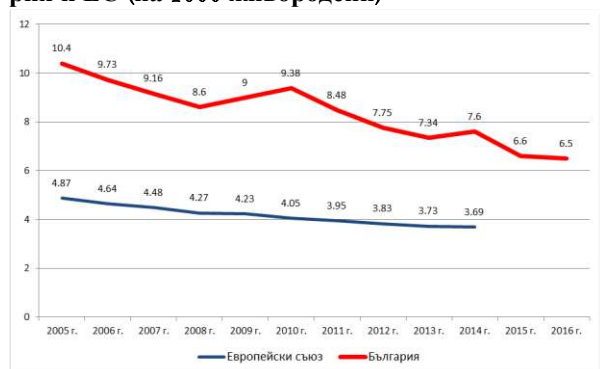
State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Оптимистична тенденция е, че темпът на намаление на детската смъртност в България е много по-голям от темпа на намаление в ЕС - за периода 2005-2016 г. показателя в България намалява с 31%, докато за същият период в ЕС намалението е с 3%. (Фиг.5)

При запазване на тази тенденция и устойчива политика за подобряване на майчиното и детско здраве, България скоро може да достигне средните за ЕС стойности.

<sup>6</sup> Стандартизацията има за цел да отстрани различията във възрастовата структура и да покаже каква би била смъртността, ако сравняваните популации имат еднаква структура по възраст.

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



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

В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 8.5‰ и 5.8‰). Причини за това могат да се търсят в по-неблагоприятните социално-икономически условия в селата, по-ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и култура.

Перинаталната детска смъртност се задържа висока и през 2016 г. е 9.8 на 1000 родени деца, при 9.1‰ за предходната година и среден показател за ЕС 6.09‰.

Показателят за мъртва раждаемостта се увеличава спрямо предходната година - 7.1‰ и е по-висок от средната стойност за ЕС (4.81‰).

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва тенденция за намаляване и през 2016 г. достига 3.9‰. Въпреки това остава по-висока от средната стойност в ЕС на този показател (2.52‰).

Постнеонаталната детска смъртност запазва нивото си от 2015 г. и е 2.6 на 1000 живородени без умрелите до 28-ия ден. Средната стойност за ЕС е 1.16‰ и е почти 2 пъти по-ниска от тази за България.

Недоносеността е в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ. През 2016 г. броят на недоносените новородени е 5 983, което представлява 9.2% от живородените. Недоносените мъртвородени са 315, което представлява 68.18% от мъртвородените. Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност.

## 1.7. Майчина смъртност

Майчината смъртност (умрели по причини от класа „Бременност, раждане и послеродов период“ на 100 000 живородени) в България показва **устойчива тенденция на намаление**, като от 19.07 през 2001 г. намалява до 6.1 през 2015 г.

През 2016 г. тя **намалява значително** и достига 3,1 на 100 000 живородени, като е **по-ниска от съответния показател за ЕС (4.72‰)**.

Продължаването на активните политики за подобряване на здравето на бременните и родилките следва да осигури устойчивост на наблюдаваната позитивна тенденция.

„България има относително високо равнище на майчината смъртност (въпреки че 12-те смъртни случая на 100 000 раждания, регистрирани през 2013 г., изглежда са изключение в сравнение с други години)“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

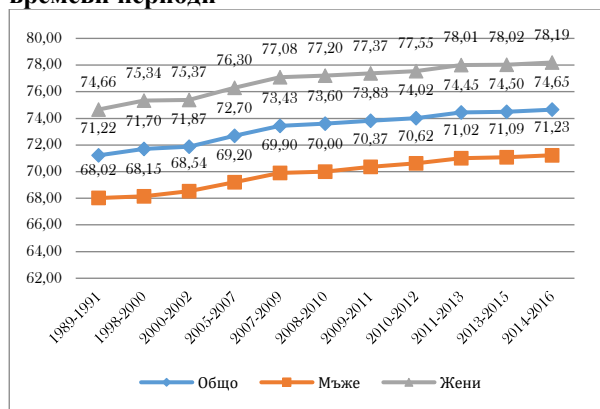
Представените в доклада State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017 данни за 2013 г. демонстрират чувствителността на този показател, който се формира от много малък брой случаи.

## 1.9. Средна продължителност на живота

Средната продължителност на живота у нас през периода 2014 - 2016 г. достига 74.65 г. Показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените - съответно 71.23 и 78.19 г. (Фиг. 6).

Средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65-годишна възраст също **бележи известно увеличение** спрямо стойностите към 2014 г. (16 г.) и през 2016 г. е 16,02 г.

**Фигура 6. Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди**



Източник: НСИ

Очакваната средна продължителност на живота в България е по-ниска от тази в ЕС (80,6 г.)<sup>7</sup>. Следва да се отбележи обаче, че докато в България тенденцията е на увеличаване на този показател, в ЕС се наблюдава негативна тенденция на намаление, като през 2016 г. очакваната средна продължителност на живота в ЕС намалява от 80,9 г. на 80,6 години.

„С равнище от 74,7 години очакваната продължителност на живота в България е втората най-ниска в ЕС (след тази в Литва) и с почти 6 години по-ниска от средната за ЕС. Освен това подобренията от 2000 г. насам в продължителността на живота, която е нараснала с 3,1 години, не са толкова бързи, колкото в повечето други държави.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

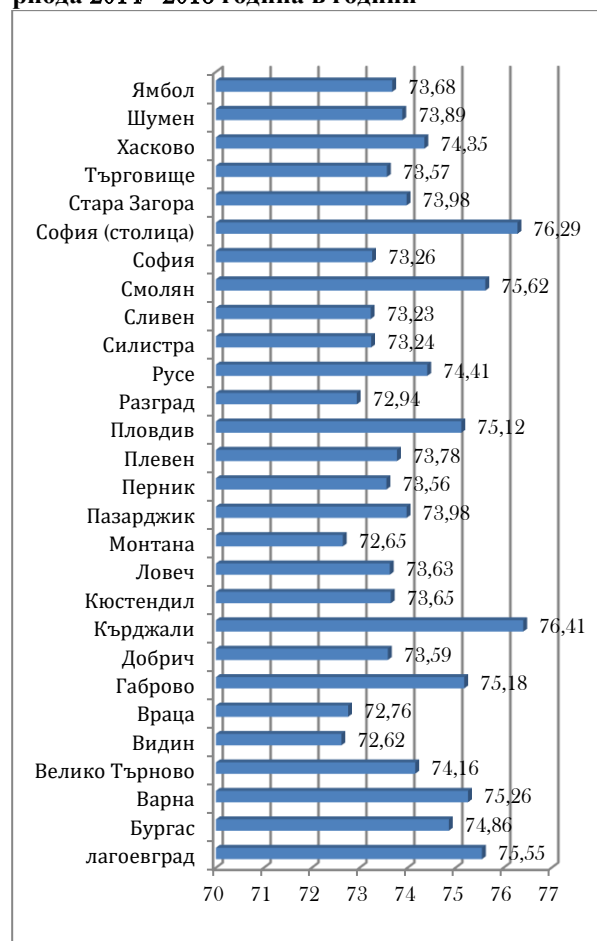
Следва да се отбележи, че средната продължителност на живота зависи основно от социално-икономическите фактори и начина на живот на хората и по-малко от фактори, свързани със системата на здравеопазване. Важен фактор в това отношение се явява достъпът до здравеопазване, в т.ч. базови медицински услуги и терапия.

„Разликата в продължителността на живота по социо-икономически фактори, като например равнището на образование, е особено голяма в България. Очакваната продължителност на живота при българите с университетско образование е седем години по-висока от тази при завършилите средно образование.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

В тази връзка следва да се анализират и на причините за съществените различия в продължителността на живота в отделните области на страната. Най-висока е средната продължителност на живота в София (столица) – 76,29 години, а най-ниска в областите Видин, Монтана и Враца – 72,6-72,7 години. (Фиг.7)

**Фиг.7. Средна продължителност на предстоящия живот на населението по области през периода 2014 - 2016 година в години**



Източник: НСИ

<sup>7</sup> НСИ, Health For All Data Base, WHO/EURO

## ИЗВОДИ:

Настоящата демографска ситуация в България е резултат от продължително въздействие на множество фактори и влияния. Някои от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, а други – със специфичните особености на историческото, икономическото и културно развитие на страната<sup>8</sup>.

Демографските процеси в България се характеризират с трайна тенденция за намаляване броя на населението и на неговото застаряване. Основни причини за това са ниската раждаемост, нарастването на смъртността и емиграцията на значителна част от младите хора, които са променили възрастовата структура на населението в България радикално. България е на път да се превърне в страната с най-рязък спад в съотношението между застаряващо население и население в трудоспособна възраст, което ще засили натиска върху икономиката. Това от своя страна ще доведе до дълбока социално-икономическа трансформация, предизвикана от необичайните демографски промени.

Здравеопазването, като част от социално-икономическата сфера на страната участва в този двупосочен процес на влияние.

От една страна реализацията на успешни здравни политики в областта на общественото здраве, в т.ч. майчиното и детско здраве, промоцията и профилактиката на социалнозначимите заболявания, новите здравни технологии, организацията на медицинската помощ, допринася (видно от статистическите данни) за намаляване на смъртността, най-вече в младите възрастови групи и увеличаване на продължителността на живота на хората.

От друга страна застаряването на населението ще увеличава търсенето на здравни услуги, съответно размера на публичните разходи за здравеопазване. Това налага предприемане на редица мерки за подоб-

ряване на ефективността на разходване на ресурсите в здравеопазването, особено в частта болнична помощ, както и адаптиране на системата чрез развитие на услуги за продължително лечение и интегрирани здравно-социални услуги за възрастни хора в общността.

Тенденциите за увеличаване на вътрешната миграция и свързаното с нея обезлюдяването на определени територии и концентриране на голяма част от населението в няколко урбанизирани населени места също следва да се има предвид при формирането на здравните политики, свързани с осигуряване на равнопоставен достъп до базови здравни услуги и едновременно с това концентриране и ефективно териториално планиране на високотехнологичните медицински дейности.

Доколкото затрудненията в достъпа до здравни и други публични услуги е един от факторите, които стимулират вътрешната миграция, в районите с намаляващо население усилията следва да бъдат насочени към подобряване на достъпа до спешна и извънболнична медицинска помощ и интегрирани здравно-социални услуги.

Развитието на комплексни и високотехнологични болнични центрове следва да бъде планирано на регионално и национално ниво и концентрирано в населените места с най-голям брой население.

Необходимо е цялостно адаптиране на структурата и дейността на здравната система към променящата се демографска структура и потребности на населението.

Промените в демографското състояние на населението изискват да се осигури координираност и еднопосочност на всички ресурси, които държавата и обществото могат да предоставят, за да се преустановят или смекчат наблюдаваните отрицателните тенденции.

При реализацията на политиките следва да се има предвид, че демографските процеси са силно инерционни и колкото по-продължителен е периодът на отрицателни явления, толкова по-бавно и трудно става излизането от него.

<sup>8</sup> Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)

## 2. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ СЪСТОЯНИЕТО И РАЗВИТИЕТО НА ЗАБОЛЯЕМОСТТА И БОЛЕСТНОСТТА

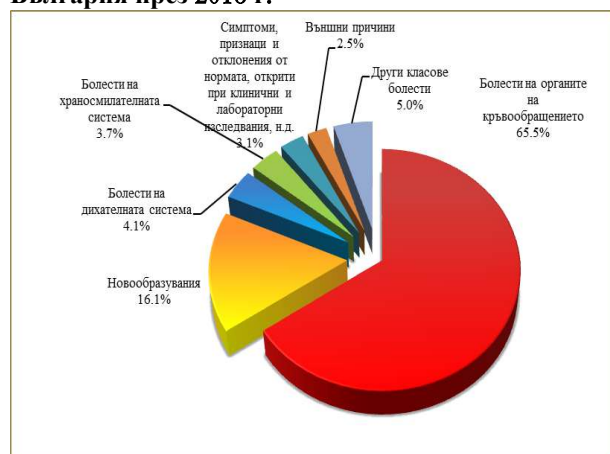
Показателите за заболяемост и болестност от определени заболявания като измерители на общественото здраве имат най-голямо значение, въпреки че го характеризират чрез негативната му страна. Те са е най-висока степен критерии за ефективността на здравеопазната дейност и отправна точка за формулиране и оценка на здравните политики.

### 2.1. Заболяемост по причини за смърт

През 2016 г. структурата на смъртността по причини в България не показва съществени разлики от последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.5%) и новообразуванията (16.1%) (Фиг. 8).

Структурата на смъртността в България е аналогична на структурата на смъртността в ЕС. По данни на Евростат<sup>9</sup> болестите на органите на кръвообращението и злокачествените образувания убедително преобладават над останалите като най-честа причина за смърт в ЕС. На тези заболявания се дължат над четири пети от всички смъртни случаи в ЕС и в България.

Фиг.8. Структура на умираанията по причини в България през 2016 г.



Източник:НЦОЗА

Честотата на смъртните случаи от **болести на органите на кръвообращението** в България обаче е значително по-висока от средните стойности за ЕС и по този показател страната е на първо място в негативната класация - при средна стойност на стандартизирания коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообращението за ЕС от 373 на 100 000 души население, в България този коефициент е 1131 на 100 000 души или 3 пъти по-голям. При анализа на тези значими различия обаче трябва да се имат предвид идентифицираните проблеми, свързани с наличието на некоректни практики на кодиране на основните причини за смърт в страната, при които често наличието на сърдечно-съдова недостатъчност в терминалния стадий на развитие на друго заболяване, се извежда като основна причина за смърт.

Поради това по-обективни данни дава анализа на смъртността от най-честите причини за смърт сред болести на органите на кръвообращението - исхемичната болест на сърцето и мозъчно-съдовите заболявания.

Исхемичната болест на сърцето е причина за 126 смъртни случая на 100 000 души население в ЕС-28 през 2014 г. Държавите-членки на ЕС, с най-високи стандартизирани коефициенти на смъртност от исхемична болест на сърцето са Литва, Латвия, Унгария и Словакия, като през 2014 г. във всяка от тях има над 350 смъртни случая на 100 000 души население.

България показва значими резултати, изразяващи се в **устойчива тенденция на намаляване** на смъртността от исхемична болест на сърцето, като стандартизирания коефициент за смъртност в страната е 195,4 на 1000 000 души и доближава средните европейски стойности. (Фиг. 9)

<sup>9</sup> Статистически данни за причините за смърт [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes\\_of\\_death\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics)



смъртните случаи поради самоубийство са средно 11 на 100 000 души население. Най-ниските стандартизирани коефициенти на смъртност поради самоубийство през 2014 г. са отчетени в Кипър и Гърция (5 смъртни случая на 100 000 души), като относително ниски коефициенти - под 8 смъртни случая на 100 000 души - са отчетени също така в Италия и Обединеното кралство, както и в Норвегия. Стандартизираният коефициент на смъртност поради самоубийство в Литва (32 смъртни случая на 100 000 души население) е почти три пъти средния за ЕС-28.

За България стандартизирания коефициент на смъртност от самоубийства е **по-нисък** от средния за ЕС и е 9,9 на 100 000 души население.

Макар **транспортните произшествия** да се случват ежедневно, честотата на смъртните случаи вследствие на транспортни произшествия в ЕС-28 (стандартизиран коефициент на смъртност от 5,8 на 100 000 души население) е по-ниска от честотата на смъртните случаи при самоубийства. Латвия, Румъния, Литва и Полша са с най-високи стандартизирани коефициенти на смъртност, причинена от транспортни произшествия през 2014 г. (10,0 или повече смъртни случая на 100 000 души население), докато на другия край на скалата Малта, Швеция и Обединеното кралство отчитат под 4,0 смъртни случая от транспортни произшествия на 100 000 души население.

За България стандартизирания коефициент на смъртност от транспортни инциденти е **значително по-висок** от средния за ЕС и е 9 на 100 000 души население.

По отношение на сравнителния анализ на данните за смъртността в България и ЕС следва да се отбележи още, че смъртността от **диабет**, в резултат на устойчива тенденция на намаление започнала през 2006 г., през 2013 г. достига средните стойности за ЕС (11,45 на 100 000 души за ЕС и 11,25 на 100 000 души за България) и вече е **по-ниска** от средната за ЕС.

Значително **по-ниска**, в сравнение със стандартизираните показатели за ЕС е смъртността от **неврологични заболявания** (38,6 на 100 000 души за ЕС и 15,3 на 100 000 души за България).

Сравнителният анализ на данните за структурата и честотата на смъртността по причини показват негативни тенденции по отношение на намалението на смъртността от заболяванията на органите на кръвообръщението, с акцент на мозъчно-съдовата болести и заболяванията на храносмилателната система.

Тази тревожна констатация е посочена и в Концепция „Цели за здраве 2020“ на МЗ, приета през 2015 г., в която високите нива на смъртност от социално-значими заболявания са изведени като основно предизвикателство пред здравните политики и основание за формулиране на национални здравни цели, свързани с намаляване на смъртността.

Тези констатации съвпадат и с изводите в доклада „State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017“:

„Водещите причини за смъртност остават сърдечните заболявания и инсултите и те са три пъти по-високи от средните за ЕС. През 2014 г. смъртните случаи от рак - като ракът на белите дробове е водещата причина за смъртността от рак - са били под средното за ЕС. Смъртните случаи от рак на дебелото черво и рак на гърдата, както и от хронични чернодробни заболявания, са отбелязали стабилен ръст и са над средното за ЕС през 2014 г. От друга страна, положителна констатация е, че смъртните случаи от заболявания на опорно-двигателния апарат, диабет, астма и алергии са далеч под средното за ЕС. И смъртните случаи от деменция (включително болестта на Алцхаймер) са най-ниските в ЕС.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Внимателният анализ на динамиката на смъртността по причини за умирация показва тенденции, които могат да бъдат съотнесени към определени здравни политики и настъпили промени в здравната система, имащи пряко отношение към постигнатите резултати.

Данните ясно показват как инвестициите в ефективни високо-технологични дейности дават значим здравен резултат, измерим с намаление на смъртността от определени заболявания.

Показателната е динамиката на двукратно намаление на стандартизирания коефициент на смъртност от исхемична болест на сърцето за периода 2001 - 2016 г., който съвпада с интензивното развитие на структури по инвазивна кардиология в страната. Посочените положителни резултати по отношение на показателите за смъртност от онкологични заболявания и диабет, които са под средните за ЕС, също могат да бъдат свързани с активната държавна политика, за осигуряване на съвременна лекарствена терапия, както и подобряване на технологичните възможности за диагностика и лечение на злокачествените заболявания.

Предвид задържащите се негативни тенденции по отношение на смъртността от мозъчно-съдова болест (инсулт) и добрите резултати в областта на инвазивната кардиология, следва да се отбележи, че през 2016 г. Министерство на здравеопазването стартира финансиране на дейности по интервенционално лечение на мозъчно-съдови болести (мозъчен инсулт, мозъчни аневризми и артерио-венозни малформации). Развитието на интервенционалното лечение на мозъчно-съдовите болести, заедно с мерките за превенция и профилактика се очаква да даде положителни резултати в следващите години.

### **Податлива и предотвратима смъртност**

Показателите за податливата и предотвратима смъртност се основават на идеята, че определени смъртни случаи (за специфични възрастови групи и според специфични

заболявания), биха могли да бъдат избегнати, ако имаше по-ефективна профилактика и медицински интервенции.

Податливата смъртност включва смъртни случаи, които би могли да бъдат избегнати чрез оказване на оптимално качествена и своевременна медицинска помощ.

„Здравната система не е ефективна в намаляването на предотвратимата смъртност, изразена в постоянно висока смъртност от заболявания, като например сърдечно-съдови заболявания, и нарастваща смъртност от рак, диабет и незаразни болести. Всъщност България има най-високата смъртност от мозъчно-съдови заболявания (например инсулт) в ЕС и много ниска честота на преживяемост при няколко ракови заболявания. Това говори за значителни възможности за подобряване на здравните услуги, например чрез подобряване на достъпа до и качеството на грижите, както и по-добра профилактика и по-добра координация на грижите.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Концепцията за предотвратимата смъртност е по-широка и включва смъртни случаи, които биха могли да бъдат избегнати чрез интервенции в областта на общественото здравеопазване, насочени към по-широки детерминанти на общественото здраве като фактори на поведението и начина на живот, социално-икономически статус и фактори на околната среда.

Макар че не са обективно измерими, показателите за податлива и предотвратима смъртност дават известна индикация за качеството и ефективността на здравните грижи и политиките в областта на общественото здраве в дадена страна. Следва да се има предвид, че върху тях влияят и други фактори - като образование, социален статус, здравна култура, стил на живот и др.



През 2014 г. **податливата смъртност** е формирана от над 562 000 смъртни случая в ЕС (или 126 смъртни случая на 100 000 души), които биха могли да бъдат избегнати със системи за здравеопазване, предлагани навременни и ефективни медицински лечения и интервенции. Сред държавите-членки на ЕС най-ниските проценти на податлива смъртност през 2014 г. са за Франция, Люксембург, Холандия и Испания, а с най-високи нива на потенциално податливи смъртни случаи (над 300 на 100 000 души) са Латвия (331 на 100 000 души), Румъния (319 на 100 000 души), Литва (310 на 100 000 души).

За България коефициентът на податлива смъртност е **относително висок** - 289 на 100 000 души.

**Предотвратимата смъртност** включва близо 1 милион смъртни случая (или 214 смъртни случая на 100 000 жители), които биха могли да бъдат предотвратени чрез по-добри политики в областта на промоцията и профилактиката. Основната причина за предотвратима смъртност са исхемичните сърдечни заболявания. Държавите-членки с най-ниска степен на предотвратима смъртност, които могат да бъдат предотвратени през 2014 г., са Италия, Кипър, Испания и Малта; докато държавите-членки с най-високи нива на потенциално предотвратими смъртни случаи са Литва (438 на 100 000 души), Латвия (422 на 100 000 души), Унгария (414 на 100 000 души) и Румъния (363 на 100 000 души).

България се нарежда на **средна** позиция по „предотвратими“ смъртни случаи в ЕС - 270 на 100 хиляди души.

Намаляването на смъртните случаи, формиращи податливата и предотвратимата смъртност следва да е основен фокус на политиките в здравеопазването. Най-ефективният път за постигане на тази цел е профилактиката (превенцията), в рамките на програми за общи координирани (интегрирани) подходи и действия за намаляване нивото на факторите на риска, ранна диагностика, лечение и рехабилитация на

заболелите, и осигуряване на здравословна среда за живот.

В България интегрирането на усилията в тази сфера се реализира чрез Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020.

Стратегическа цел на програмата е да се подобри здравето на населението и да се повиши качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и последиците за здравето (инвалидизация) от основните хронични незаразни болести (сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, хронични белодробни болести, диабет), свързани с рисковите фактори - тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене и ниска физическа активност.

„Равнището на предотвратимата смъртност от сърдечно-съдови заболявания (бел. в България) е изключително високо. Въпреки спада от 17 % в периода между 2004 и 2014 г. на предотвратимата смъртност, системата на здравеопазването в България е една от системите с най-лоши характеристики в това отношение. Предотвратимата смъртност, както при мъжете, така и при жените, е около два пъти по-висока от средното за ЕС през 2014 г.

Счита се, че около 20 000 смъртни случая (или 19 % от всички смъртни случаи) през 2014 г. е можело да бъдат избегнати, като тази цифра е много по-висока от средната за Европа от 11 %.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Трябва да се има предвид обаче, че вероятно е да има дълъг период от време между прилагането на политиките и промените в показателите за смъртност, поради което заключенията трябва да се правят с повишено внимание.

### Детска смъртност по причини

Структурата на умираанията при децата до 1-годишна възраст по причини през 2016 г. показва, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период – 205 деца до 1 г. (48.46%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 100 (23.64%), болести на дихателната система (9.69%) и болести на органите на кръвообращението (4.49%). Тези 4 класа обуславят 86.28% от всички умираания до 1-годишна възраст. (фиг.10)

Фиг.10. Структура на умираанията до 1 г. по причини 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Сравнителният анализът на структурата на детската смъртност за периода 2000-2016 г. (фиг.11) показва, че са настъпили съществени промени в нея, изразяващи се в нарастване на относителния дял на смъртните случаи в резултат на някои състояния, възникващи през перинаталния период (от 32,9 % през 2000 г. до 48,8 % през 2016 г.). В същото време най-съществено намалява относителния дял на болестите на дихателната система като причини за смърт (18,3 % през 2000 г. и 9,69 % през 2016г.), следван от болестите на органите на кръвообращението и други. Вродените аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации запазват своя дял постоянен.

Фиг.11. Структура на умираанията до 1 г. по причини 2000 г.

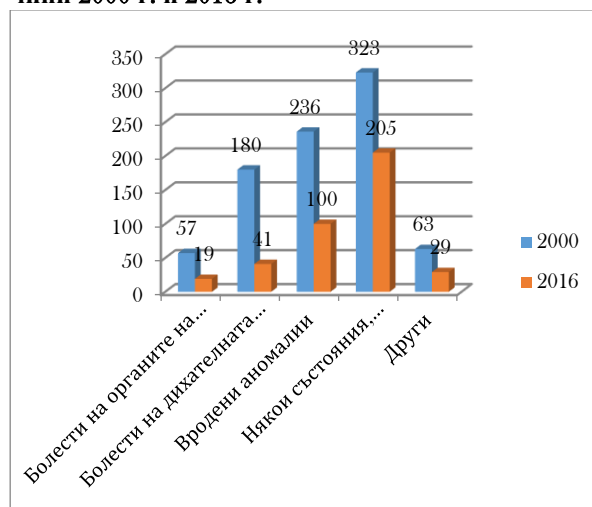


Източник: НЦОЗА

Имайки предвид, че коефициента на детска смъртност, съответно броят на починалите деца през 2000 г. е 2 пъти по-голям (981 починали деца до 1 г. и детска смъртност 13,3 на 1000 деца до 1 г.) спрямо 2016 г. (432 починали деца до 1 г. и детска смъртност 6,5 на 1000 деца до 1 г.), по показателно е сравнението на броя на починалите по причини за смърт. (фиг.12)

Сравнителния анализ показва, че в рамките на 15 години България е постигнала значителен напредък в грижите за децата и качеството на акушеро-гинекологичната, неонатологичната и педиатричната помощ.

Фиг.11. Брой починали деца до 1 година по причини 2000 г. и 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Драстично е намалял броя на децата, починали от заболявания на дихателната система и на органите на кръвообращението. Над 2 пъти е намалението на децата починали, в следствие вродени аномалии и пороци в развитието. Въпреки нарастващият им дял в структурата на детската смъртност, смъртните случаи от някои състояния в неонаталния период са намалели за периода 2000-2016г. с 1/3, при това на фона на нарастващ брой на недоносените деца. Представените данни ясно показват положителните резултати от прилаганите политики за подобряване на майчиното и детско здравеопазване, включително дейностите по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г., Норвежкия финансов механизъм, инициативите за възстановяване на домашния патронаж за бременни, родилки и деца и др.

## 2.2. Заболеваемост по причини за хоспитализации

Честотата на хоспитализациите за 2016 г. е 31,7 на 100 000 души. От 2015 г. тя бележи известно намаление след период на устойчиво нарастване – от 20,8 на 1 000 души през 2005 г. до 32,1 на 1 000 души през 2014 г., когато е регистрирана най-високата стойност в историята на българското здравеопазване, която е и най-високата честота на хоспитализациите в ЕС.

Високата честота на хоспитализациите не може да бъде обвързвана с влошаване на здравния статус на населението през този период, предвид подобряващите се измерители за здраве. Тя може да бъде обяснена основно с прилагания модел на финансиране в извънболничната и болничната помощ и липсата на стимули за провеждане на лечение в амбулаторни условия.

Доколкото тази част от доклада съдържа оценка на състоянието на здравето на гражданите по причини на обръщане към медицинска помощ, анализът се фокусира върху структурата на хоспитализациите по причини за постъпване в болнично заведение.

Най-висока е честотата на хоспитализациите сред лицата над 65-годишна възраст 54,8 на 1 000 души, следва групата на лицата от 18 до 64 г. (25,9) и най-нисък е при децата от 0 до 17 г. – 2 пъти по-нисък от този над 65 г.

„Броят на хоспитализациите, дължащи се на хронични болести като диабет, сърдечно-съдови болести и болести на дихателната система, е сред най-високите в ЕС. Вместо да бъдат (повторно) приемани в болница, пациенти с тези състояния може да се лекуват ефективно в амбулаторната помощ.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Сред причините за хоспитализация по класове водещи са факторите, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби (15.5%), болестите на органите на кръвообращението (14.4%), болестите на дихателната система (9.4%), и болестите на храносмилателната система (8.9%) и новообразуванията, които обуславят общо 55,5% от хоспитализациите. (фиг.13)

Фиг.13. Структура на хоспитализациите по причини 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Предвид регистрираната в националната статистика висока честота на хоспитализации по причина клас XXI „Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и...“

ещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби“, следва да се има предвид, че съгласно изискванията на НЗОК с Z-код по този клас се кодират определени процедури, като част от лечението на определени заболявания и състояния – химиотерапия, лъчелечение, интервенционално лечение, грижи за новородени лица и др. (фиг.13а)

**Фиг.13а Структура на хоспитализациите по причина клас XXI „Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби“**



Източник: НЗОК

В структурата на хоспитализациите, регистрирани с Z-код водещи са рехабилитационните процедури (44%) във връзка със заболявания от различни класове болести (фиг.13б), следвани от процедури, свързани с лечение на Новообразувания (36%) и процедури, свързани с новородени деца, в т.ч. грижи за деца с недоносеност.

**Фиг.13б. Структура на рехабилитационните процедури по причини:**



Източник: НЗОК

Структурата на хоспитализациите по класове се различава съществено по възрастови групи. При децата до 17-годишна въз-

раст най-голям е относителният дял на хоспитализираните поради заболявания на дихателната система (31.9%). Следват някои състояния, възникващи през перинаталния период; някои инфекциозни и паразитни болести; травми и отравяния. Сравнително високият относителен дял на хоспитализираните случаи при децата по повод клас XXI „Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби“, е резултат от отчитането на живородените деца към този клас.

При лицата от 18 до 64 г. водещи са фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (14.7%), бременност, раждане и послеродов период (11.0%) и болести на органите на кръвообращението (10.5%).

При лицата на възраст 65 и повече години на първо място в структурата са болестите на органите на кръвообращението (24.9%), следват фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби (15.9%) и болести на храносмилателната система (9.1%), които общо обуславят половината от хоспитализираната заболяемост в тази възраст.

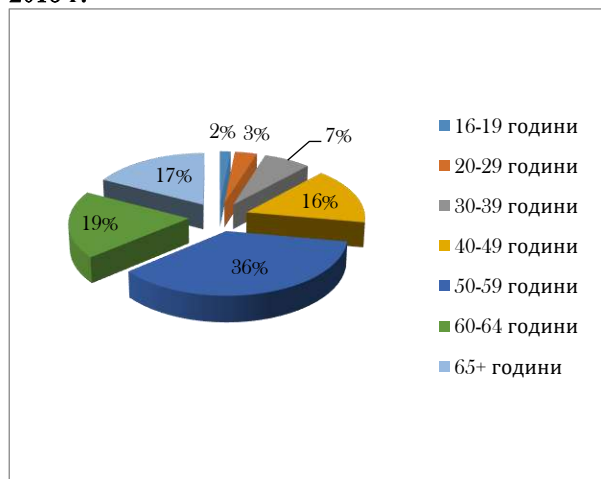
По данни на НЗОК през 2016 г. 4-те клинични пътеки, по които са отчетени най-голям брой хоспитализации (12% от всички хоспитализации) са КП № 56 Диагностика и лечение на болести на черепномозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми (65 954 случая); КП №29 Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация (65 777) КП № 265 Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат (60 374) КП № 240 Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения (52 457).

### 2.3. Заболяемост по причина за трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане

Заболяемостта по причини за трайно намалена работоспособност (ТНР)/вид и степен на увреждане в един от най-обективните измерители за състоянието на здравето на гражданите, тъй като дава информация не само за причините, но и за степента до която те са увредили здравето и са нарушили работоспособността на индивида и популацията като цяло.

През 2016г. броят на лицата над 16 години с потвърдена ТНР/вид и степен на увреждане (първично освидетелстваните и преосвидетелствани) с е значителен – 175 145 души. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група над 50 - 59 г. (36.1%), следвани от лицата от възрастовата група 60-64 години (19%). (фиг.14)

Фиг. 14. Фигура 17. Структура на лицата над 16-годишна възраст с първично определена ТНР/вид и степен на увреждане по възраст за 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Броят и относителния дял на освидетелстваните и преосвидетелствани за вид и степен на увреждане лица над 65 години, които са в извънтрудоспособна възраст, намалява - от 36 484 души (9,8% през 2015 г.) на 30 381 души (17,3%) през 2016 г.

Причините за това намаление вероятно са свързани с нарастващият брой лица над 65 години с пожизнено определена степен на

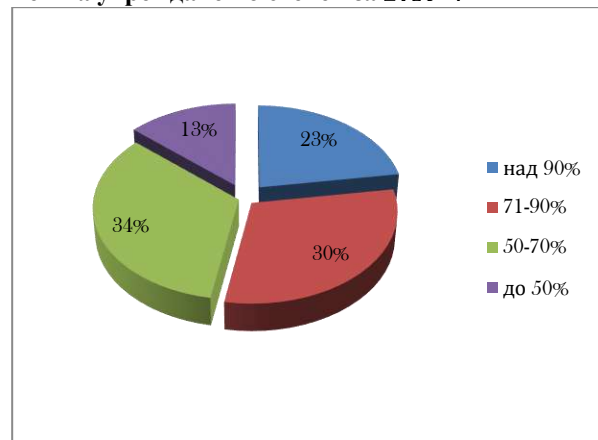
увреждане и приетите нормативни промени, свързани с получаване на пенсии за вид и степен на увреждане.

Броят на лицата над 16-годишна възраст с първично определена през 2016 г. ТНР/вид и степен на увреждане е 56 656 души (9,3 на 1000 души над 16 г.) и също намалява спрямо 2015 г. (10,8 на 1000 души над 16 г.)

Броят на лицата с пожизнено определена ТНР/степен на увреждане намалява през 2016 г. и достига 32 872 лица (18.8% от всички освидетелствани и преосвидетелствани през годината). Най-висок остава броят и дялът на лицата със срок на ТНР/вид и степен на увреждане 3 години (70 660, което обуславя 40.3% от лицата, преминали експертна оценка на ТНР/вид и степен на увреждане през 2016г. Увеличение се отчита при дела на лицата с определена ТНР/вид и степен на увреждане със срок 1 година.

Относителният дял на освидетелстваните лица над 16 г. с ТНР/вид и степен на увреждане 50 - 70% се увеличава в сравнение с 2015 г. и е най-висок -- 33.7% (Фиг. 15). Следват лицата със 71 - 90%, които запазват нивото си от 2015 г. - 30.2%, с над 90% ТНР/ вид и степен на увреждане - 22.6% (21,7% за 2015 г.) и до 50% са 13.5% (14.6% за 2015 г.).

Фигура 15. Структура на лицата над 16-годишна възраст с първично определена ТНР/вид и степен на увреждане по степен за 2016 г.



Източник: НЦОЗА

През 2016 г. структурата на причините за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 г. се запазва, като най-честата основна причина са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 34.2% от общия брой на случаите на новинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (20.8%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (10.4%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.4%) и др. Тази структура, с много малки колебания, се запазва през последните 10 години. (фиг.16)

**Фигура 16.** Структура на лицата над 16-годишна възраст с първично определена ТНР/вид и степен на увреждане по причина за 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Структурата на трайно-намалената работоспособност/степен на увреждане по причини е **аналогична** на структурата на смъртността в тази възрастова категория и отново извежда като основно предизвикателство за здравето на гражданите болестите на органите на кръвообръщението и новообразуванията.

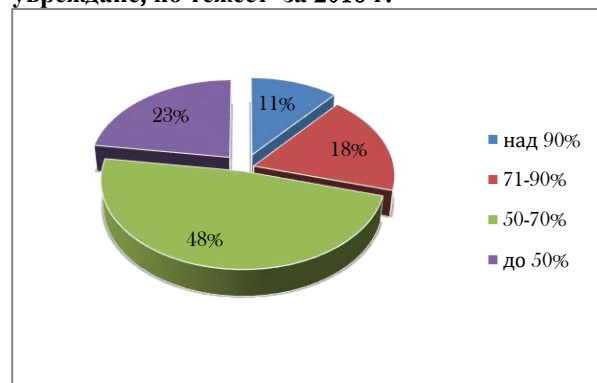
Предвид спецификата на показателя обаче, който е свързан с резултати от медицинската експертиза на уврежданията (а за лицата в трудоспособна възраст и работоспособността), прави впечатление, че тя значително се различава от структурата на заболяванията, които водят до основните

видове увреждания - двигателни, ментални, зрителни и слухови.

В контекста на назрялата реформа в областта на медицинската експертиза следва да се анализира съответствието между лице с едно или повече хронични заболявания и лице с увреждане в съответствие с Международната класификация на човешката функционалност, уврежданията и здравето на СЗО (ICF).

През 2016 г. 4 228 деца до 16-годишна възраст са първично освидетелствани и признати за лица с вид и степен на увреждане (при 5 014 за 2015 г.) или 4.0 на 1000 население до 16 г. (4.7‰ за 2015 г.). Най-голям е броят и дялът на децата със степен на увреждане 50 - 70% - 2 024 (47.9%). Всяко шесто дете с увреждане е със степен 71 - 90% увреждане (18.2%), с най-тежката степен над 90% са 11.2% (Фиг. 17).

**Фигура 17.** Структура на децата до 16-годишна възраст, първично определени с вид и степен на увреждане, по тежест- за 2016 г.



Източник: НЦОЗА

Структурата на причините за вида и степента на увреждане при децата до 16 г. е различна от тази при лицата над 16-годишна възраст. Най-честата причина са болестите на дихателната система (26.5%), психичните и поведенческите разстройства (18.0%), вродените аномалии (17.8%) и на нервната система (12.1%). Тази структура с някои изключения се запазва през годините. Тази структура (изключение на първият клас болести), останалите водещи се доближава повече до концепцията за увреждане по ICF класификацията на СЗО.

## 2.4. Обща заболяемост по обращаемостта на населението към лечебните заведения

От 2001 в България липсва достатъчно достоверна информация за динамиката на общата заболяемост по обращаемостта на населението към лечебните заведения поради липсата на адекватна система за събиране и контрол на медицинската информация след настъпилите промени в структурата и организацията на системата на здравеопазване. Изключение от горното представлява статистиката за заболяемостта по повод на заболявания, подлежащи на задължително съобщаване:

### 2.4.1. Злокачествени новообразувания

По данни на НЦОЗА, през 2016 г. нараства болестността (общ брой болни) и намалява заболяемостта (новооткрити болни) от злокачествени новообразувания спрямо предходната година. Общият брой на болните със злокачествени новообразувания през 2016 г. е 287 682 души, като новооткритите през годината случаи са 31 041 (при 32 097 през 2015 г.). Показателите са съответно 4 036.0 на 100 000 души и 435.5 на 100 000 души.

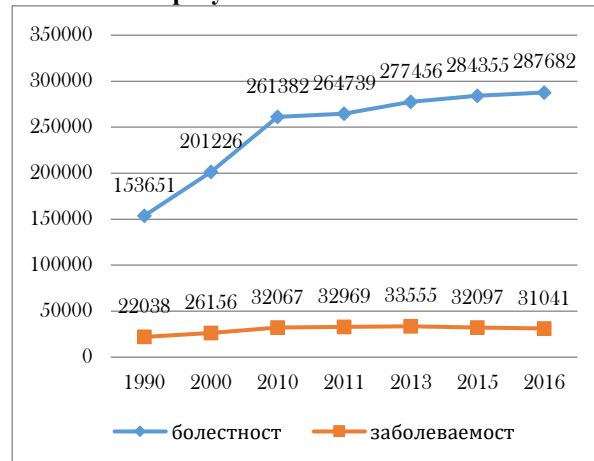
Заболеваемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания е 556.04‰, т.е. по-висока от регистрираните у нас стойности.

Нарастването на болестността на фона на намаляваща заболяемост се дължи на увеличаване на преживяемостта на лицата, диагностицирани със злокачествени новообразувания и е оптимистичен показател за подобряване на диагностиката и лечението на тези заболявания.

За периода 1990 г.-2016 г. заболяемостта се е увеличила 1,7 пъти ( в т.ч. в резултат на подобрена диагностика), докато болестността (т.е. хората продължаващи да живеят след поставена диагноза в предходни години) се е увеличила 2,3 пъти. (фиг.18)

Съотношението между новооткрити болни и диагностицираните в предходни години болни нараства от 1:6,9 на 1:9,3.

**Фиг.18** Заболеваемост и болестност от злокачествени новообразувания 1990-2016 г.



Източник: НЦОЗА

Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1420.6‰) и рак на женските полови органи (1181.8‰). Най-висока е заболяемостта - от рак на храносмилателните органи (98.1‰), от рак на млечната жлеза при жените (96.2‰) и рак на женските полови органи (82.7‰).

Наблюдават се териториални различия в броя на новооткритите регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания на 100 000 население. Най-висока е заболяемостта в областите Русе (565.5‰), Плевен (529.5‰), Пловдив (517.4‰), Ямбол (505.5‰) и най-ниска - в София.

Стартиралите през 2016 г. скринингови механизми за подобряване на ранната диагностика на рака на млечната жлеза, матката, простата и дебелото черво са част от мерките, както и въвеждането в практиката на закупената в периода 2012-2015 г. високотехнологична апаратура за диагностика и лечение на онкологичните заболявания в рамките на Средносрочната инвестиционна рамкова програма (СРИП) по ОПРР, следва да дадат дългосрочни резултати.

## 2.4.2. Инфекциозни болести

„Инфекциозните болести продължават да бъдат предизвикателство. Няколко инфекциозни болести продължават да представляват сериозна заплаха за здравето на българското население. Макар че честотата на съобщенията за случаи на ХИВ остава под средната за ЕС, тя се е увеличила почти пет пъти от 2004 г. насам, което е в разрез с общото намаляване в ЕС. Въпреки това смъртността от СПИН остава под средната за ЕС. Освен това, макар че честотата на съобщенията за туберкулоза (ТБ) е два пъти по-висока от средната за ЕС (2015 г.), от 2011 г. насам честотата на новите случаи и случаите на рецидиви е намаляла (с почти 30 %), както и прогнозната смъртност от ТБ на 100 000 души население (с повече от 40 %).“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

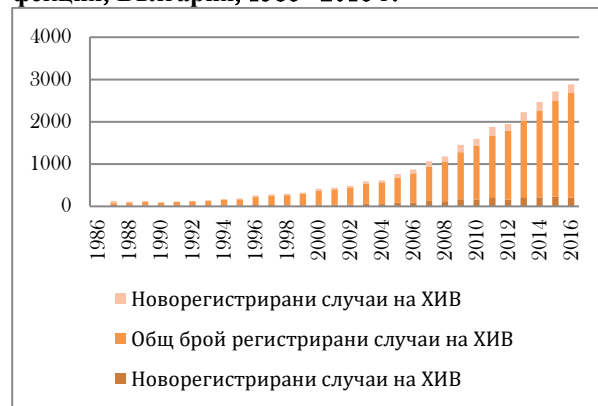
Както е видно и в доклада Здравен профил за страната 2017 българската система на здравеопазване има много добри резултати в борбата с инфекциозните заболявания. На фона на големият брой лица в риск от бедност и уязвими групи, нарастваща мобилност и мигрантски натиск, страната успява да овладее инфекциозната заболяемост, в т.ч. ХИВ инфекция и туберкулоза и да предотврати познати в миналото епидемични събития.

### ХИВ инфекция

По данни на МЗ към 31.12.2016 г. в България са регистрирани общо 2474 лица с ХИВ инфекция. През 2016 г. броят на новорегистрираните случаи на ХИВ е 207 (Фигура 19) – от тях 173 (84%) са мъже и 34 (16 %) са жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2016 г. са 42. При 33% от случаите със СПИН диагнозата е поставена при наличие на туберкулоза като опортюнистична инфекция.

Увеличението на регистрираните случаи от ХИВ в страната е свързано в най-голяма степен с активните мерки за ранно откриване и осигуряване на съвременно лечение на заболяването (изцяло финансирано от държавния бюджет), както и на намаляване на съществуващата стигма спрямо болелите лица.

Фигура 19. Регистрирани случаи на ХИВ инфекция, България, 1986 - 2016 г.



Източник: МЗ

Регистрираните ХИВ-позитивни лица са във възрастови граници от 19 до 64 г. Най-голям брой новорегистрирани лица са във възрастовата група 30 - 39 г. (36%), следвана от групата на 20 - 29-г. (35%).

Според пътя на предаване на инфекцията се очертават две особено уязвими групи – мъже, които имат сексуални контакти с други мъже (47%) и инжекционно употребяващи наркотици (11%). В резултат на провежданите активни мерки по превенция на заразяване със ХИВ и през 2016 г. е налице намаляване на процента на новозаразените лица от групата на инжекционно употребяващите наркотици. Увеличава се обаче делът на лицата сред хомо- и бисексуалната общност.

Географското разпределение на регистрираните случаи на ХИВ показва, че те са концентрирани предимно в големите градове - София, Пловдив, Варна, Враца, Плевен, Пазарджик, и Бургас.

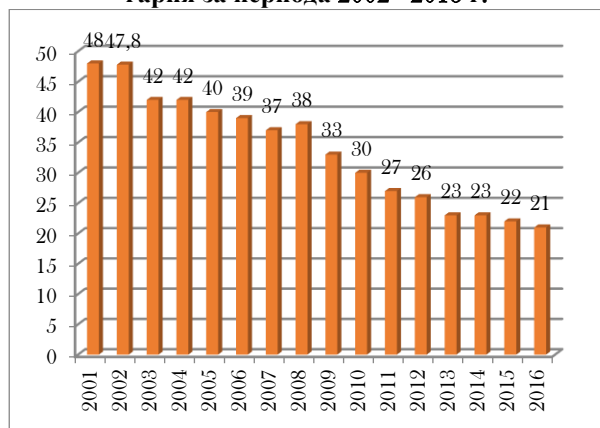
Въпреки констатираното увеличение на регистрираните случаи на ХИВ инфекция, заболяемостта и смъртността е значително **по-ниска** от средната за ЕС.



## Туберкулоза

В България през последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на заболеваемостта от активна туберкулоза – от 39.1 на 100 000 през 2006 г. до 21.3 на 100 000 през 2016 г., при 21.9 на 100 000 през 2015 г. (Фигура 20).

**Фигура 20. Заболеваемост от туберкулоза в България за периода 2002 - 2016 г.**



Източник: МЗ

През 2016 г. в България са регистрирани 1603 пациенти с туберкулоза, което е с 57 пациенти по-малко в сравнение с предходната 2015 г. В сравнение с 2015 г. (1 660 регистрирани случаи) се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 4%. Тенденцията за намаляване на заболеваемостта през последните години се дължи на дейностите в изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата и програмите, финансирани от Глобалния фонд, насочени към активен скрининг сред най-уязвимите групи, активно издирване на контактните лица на болните от туберкулоза и предоставяне на специфична химиопрофилактика за лечението на латентната туберкулозна инфекция.

Запазва се високият относителен дял на пациентите с белодробна туберкулоза през последните години. От регистрираните през 2016 г. болни, с белодробна туберкулоза са 1086 (67,7%), като през 2015 г. техният брой е бил 1 236 (74%). През 2016 г. случаите с извънбелодробни форми на туберкулоза са 517. Броят на регистрираните

случаи на туберкулоза, както и заболеваемостта, варират значително по региони, като в някои региони в Северозападна и Централна България заболеваемостта е около два пъти над средната за страната. Съотношението между мъже и жени сред общия брой регистрирани случаи на туберкулоза (всички форми) и през последните няколко години се запазва 2:1. Разпределението по възраст показва, че най-засегнати са възрастовите групи - над 65 г. - 311 случая или 19%, следват групите 35 - 44 г. - 295 случая или 18%, 45 - 54 г. - 293 лица или 18% и 55 - 64 г. - 269 лица, което е 17% от всички новорегистрирани през 2016 г.

Регистрираните случаи с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза през 2016 г. са 22 или 3.3% от всички, на които е направен тест за лекарствена резистентност. За сравнение през 2015 г. лицата са 4.1% от всички пациенти, показали лекарствена резистентност. От новорегистрираните 22 случая през 2016 г. без предшестващо лечение са 7 случая (12%), а случаите с предшестващо лечение са 15 (18.3%). От 2014 г. насам се наблюдава ежегодно плавно намаляване на случаите с MDR-TB – за сравнение през 2014 г. са регистрирани 37 случая на MDR-TB.

Тази форма на туберкулоза е сериозен здравен и социален проблем, защото води до по-дълго инвалидизиране на пациентите и е съпроводена с повишена смъртност, изисква сериозни финансови средства и продължително лечение с повече лекарства, които дават повече нежелани странични реакции.

## Други инфекциозни болести

Редица опасни заразни болести като детски паралич, дифтерия, петнист тиф, кореман тиф, малария, бруцелоза и др. бяха ликвидирани или сведени до единични случаи чрез имунизации или други превантивни мерки. Основен здравен проблем обаче остават чревните инфекции (шигелози,

салмонелози и вирусен хепатит „А“), някои въздушно-капкови инфекции (напр. грип), отделни рикетциозни инфекции (напр. марсилска треска).

През 2016 г. в България са регистрирани общо 61 283 случая на остри заразни заболявания<sup>10</sup>, с 6812 случая повече в сравнение с 2015 г., когато са регистрирани 54 471 случая (заболеваемост 856,65‰ през 2016 г., съответно 756,31‰ през 2015 г.) *Приложение № 1, табл. 1.*

По-високият брой заболяли се дължи предимно на увеличаване на заболеваемостта от варицела (32 474 случая през 2016 г., съответно 24 767 през 2015 г.) и вирусен хепатит А (1 627 случая през 2016 г., съответно 1 062 през 2015 г.).

През годината са регистрирани 82 смъртни случая, смъртност 1,15‰, които са с 11 повече в сравнение с 2015 г. (71 смъртни случая, смъртност 0,99‰).

Леталитетът от остри заразни болести през 2016 г. се запазва на същото ниво - 0,13%.

И през 2016 г. основна причина за летален изход от остри заразни болести са невроинфекции (менингит и/ или менингоенцефалит и менингококова инфекция) – общо 46 починали, с относителен дял 56,10% от всички смъртни случаи (*Приложение № 1, табл. 2*).

С най-висок относителен дял (52,99%) в структурата на инфекциозната заболеваемост и през 2016 г. е заболеваемостта от варицела, следвана от тази на гастроентеритите и ентероколитите (27,39%) – *Приложение № 1, фиг. 1 и 2.*

През 2016 г. в Националната референтна лаборатория „Грип и ОРЗ“ с Real Time RT-PCR са изследвани общо 1 290 проби на болни и контактни лица. Доказани са общо 211 положителни резултата за пандемичен вирус А(Н1N1)pdм09, 92 за грипен вирус А(Н3N2) и 80 за грипен вирус тип В.

## Ваксинопредотвратими заболявания

През 2016 г. са регистрирани 219 заболяли от остър вирусен хепатит В, които са с 44 случая по-малко в сравнение с 2015 г. (263 случая). Сред заболялите (Таблица 5) има 27 деца и младежи в имунизационна възраст (от 0 до 24 г.).

През 2016 г. не са регистрирани заболявания от дифтерия и полиомиелит. Регистрирани са 4 случая на заболяли от тетанус. Броят на съобщените заболяли от коклюш е 98, но вероятно този брой се различава от действителния, предвид незадоволителната регистрация на заболяването. След епидемията през 2009 - 2010 г., през 2016 г. е регистриран един случай на заболяване от морбили при жена на 24-годишна възраст, имунизирана в миналото само с 1 доза ваксина срещу морбили-паротит-рубеола. Значително е намалял броят на заболялите от рубеола – 2 случая и от паротит – 19 случая.

Тенденцията е благоприятна, но за постигане на целите на СЗО за елиминация на морбили и рубеола е необходимо националният имунизационен обхват с първа и втора дози ваксина срещу морбили, паротит и рубеола да бъде не по-нисък от 95%. Особено важно е преодоляване на негативните нагласи срещу прилагане на задължителните ваксини, както и активно обхващане на децата от уязвими групи, с цел постигане на максимален имунизационен статус на българското население.

## Паразитни болести

Паразитозоозите (ехинококоза и трихинелоза) все още запазват медико-социалното си значение, поради поддържането на високи стойности на заболеваемост, значително превишаваща показателите за другите европейски страни.

По отношение на ехинококозата през 2016 г. официално са регистрирани 269 лица, оперирани и лабораторно доказани с ехинококоза, от които 238 (88%) с първични и 31 (12%) с постоперативни рецидиви.

<sup>10</sup> без грип и остри респираторни заболявания, туберкулоза, СПИН и полово предавани инфекции

Средната заболяемост за годината е 3,78‰<sup>000</sup> (Приложение № 1, фиг. 5).

През 2016 г. по причина ехинококоза е починало едно лице от област Разград. Най-силно е засегната възрастовата група 30 - 34 г. - 25 случая (9,3%), следвана от групите 35 - 39 г. с 23 заболели (8,55%) и 5 - 9 г. - 21 заболели (7,43%). Относителният дял на заболелите в детско-юношеска възраст (0-19 г.) през 2016 г. е 18,21% (общо 59), като няма разлика в сравнение с 2015 г. Във възрастовата група от 0-4 г. са оперирани 2 деца с ехинококоза. Тези данни са обезпокояващи и са индикатор за продължаващата паразитна трансмисия, която трудно се повлиява от краткосрочни контролни мероприятия. Териториалното разпределение на случаите и през 2016 г. е неравномерно. Най-засегнати са областите: Сливен със заболяемост 13,17‰<sup>000</sup>, Силистра - 10,71‰<sup>000</sup>, Ямбол - 8,17‰<sup>000</sup> и Пазарджик - 8,05‰<sup>000</sup>.

През 2016 г. по данни на регионалните здравни инспекции (РЗИ) са съобщени общо 63 лица, консумирали опаразитени с трихинелни ларви месни продукти. От тях са заболели общо 35 души, като всички са с клинично изявена форма на заболяването. В страната са регистрирани 4 епидемични взрива в областите Бургас, Разград, Стара Загора и един взрив, обхванал 3 области -- Благоевград, Плевен и София. Общата заболяемост от трихинелоза през 2016 г. е 0,5‰<sup>000</sup>.

От геохелминтозите в България са разпространени аскаридоза и трихоцефалоза, като случаи се регистрират в цялата страна, но предимно в ендемичните райони. Данните показват относително постоянни нива на общия брой опаразитени в последните години за аскаридоза - между 500 и 700 случая (678 за 2016 г.) и около 60 - 100 за трихоцефалоза (65 за 2016 г.). Заболяемостта през 2016 г. на аскаридозата е 9,7‰<sup>000</sup> и 0,9‰<sup>000</sup> за трихоцефалозата. Най-висока опаразитеност при аскаридозата е установена в областите Благоевград - 2,7%; Кърджали - 1,25%; Видин - 0,37% и Габрово - 0,24%, а за трихоцефалоза: Разг-

рад - 0,32%; Сливен - 0,20% и Ямбол - 0,13%.

За контактни паразитози - ентеробиоза, жиардиаза и хименолепидоза през 2016 г. е изследван значителен контингент от средно 407 955 лица, като средният екстензитет за страната е: ентеробиоза - 1,13% (0,96% през 2015 г.), жиардиаза - 0,3% (0,36% през 2015 г.) и хименолепидоза - 0,13% (0,03% през 2015 г.). С изследвания за ентеробиоза са обхванати 175 164 деца от различни видове детски заведения и е установен екстензитет 1,56% (1,37% през 2015 г.).

От опортюнистичните паразитози най-много изследвания са извършени за токсоплазмоза - 10 041 лица. Положителен резултат е получен при 1 976 от тях, като средната серопозитивност за страната по отношение на антителата от клас IgG е 20%. Най-високи стойности на серопозитивност за IgG са регистрирани в областите Габрово - 50%, Плевен - 37% и Благоевград - 34%.

По отношение на висцералната лайшманиоза в страната са определени два ендемични района - Благоевград и Пловдив. През 2016 г. са регистрирани 3 случая на висцерална лайшманиоза от областите Благоевград, София и Сливен (заболяемост 0,04‰). Кожна лайшманиоза, според отчетите на РЗИ, е установена при 3-ма бежанци в РПЦ- Харманли.

За внасяни паразитози през годината са изследвани 5 235 лица (3 982 за 2015 г.). От тях български граждани са 76 лица и 5 159 са чужденци. Опаразитяване е установено при 251 лица (242 чужди и 9 български граждани).

През 2016 г. са диагностицирани 28 случая на вносна малария, като 9 от тях са българи и 19 - чужденци. През годината е регистриран и случай на хемотрансфузионна малария при български гражданин, завършил с летален изход.

## 2.5. Оценка на здравното състояние на децата и учениците

Анализът на здравното състояние на децата и учениците е изготвен по данни на МЗ въз основа на представените от 28-те РЗИ в страната данни за физическо развитие, моментна болестност (всички регистрирани заболявания от профилактичните прегледи) при децата и учениците, и дееспособността при учениците.

### 2.5.1. Здравно състояние на децата (0 до 6 г.)

Основен профилактичен преглед през учебната 2015 - 2016 г. е проведен на 211 188 от общо 226 496 деца, посещаващи детски заведения (93.2%).

Резултатите от антропометричните измервания показват, че с нормално физическо развитие по отношение на водещите индикатори ръст и телесна маса са в границите на нормата ( $X \pm S$ ) и разширената норма ( $X \pm 2S$ ) за тази възраст, съответно 97.2% от децата - за ръста и 90.6% от децата - за телесната маса (*Приложение № 1, табл. 4*). С наднормена телесна маса са 2.0%, а 1.2% от децата изостават във физическото си развитие по показателя ръст.

При основния профилактичен преглед през 2016 г. са регистрирани общо 14 273 заболявания. С отклонения в здравното състояние са 68 на 1000 прегледани деца. Очертава се тенденция за стабилно намаляване на броя на децата със здравословни проблеми, в сравнение с 2015 г. (72‰), 2013 г. (78‰), 2012 г. (87‰) и 2011 г. (93‰).

Водещо място в структурата на заболяванията при децата от 0 до 6 г. заема бронхиалната астма, която е регистрирана при 8.9 на 1000 прегледани деца. На второ място са болестите на окото (нарушения на рефракцията и акомодацията, смущения в зрението, слепота и намалено зрение) - 7.8‰, следват с близки стойности случаите на пневмонии, алергичен ринит и хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации, регистрирани съответно при 6.9, 6.3 и 6.3 на 1000 прегледани деца.

Налице е известна възрастова специфика по отношение на моментната болестност, като основен проблем при децата до 3-годишна възраст е високият брой случаи на заболявания на дихателната система (пневмонии, алергичен ринит и хроничен бронхит - съответно 13.4‰, 8.0‰ и 5.7‰), а във възрастта 4 - 6 г. водещи са случаите на астма (10.4‰) и болестите на окото (нарушения на рефракцията и акомодацията, смущения в зрението, слепота и намалено зрение - 9.2‰) и затлъстяване (7.2‰), алергичен ринит (6.4‰) и пневмонии (6.2‰).

### 2.5.2. Здравно състояние на учениците (7 - 18 г.)

През 2016 г. с основен профилактичен преглед са обхванати 580 086 ученика (89.0% от всички подлежащи).

По отношение на водещите антропометрични показатели, 95.2% от учениците са в норма или в разширената норма по показател ръст (*Приложение № 1, табл. 5*). С ръст под 2 стандартни отклонения от нормата, т.е. с много нисък ръст, са 11685 (1.9% от учениците), а с много висок ръст са 18 588 ученика (2.9%).

В I и II група на норма и разширена норма по отношение на телесната маса са 93.6% от учениците (*Приложение № 1, табл. 6*). С ниска телесна маса са 12 502 ученика (1.95%), сред които статистически незначимо повече са 14-18-годишните (4 726). Двукратно по-голям е броят на учениците с наднормена телесна маса/затлъстяване - общо 28 119 (4.4%). Най-голям е броят на учениците с показатели за телесна маса, превишаващи 2 стандартни отклонения при 7-14 годишните момчета (10 095).

По време на основния профилактичен преглед през учебната 2015-2016 г. са регистрирани общо 44 362 заболявания, т.е. 76.5 на 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравното състояние.

Затлъстяването е водещ проблем в ученическата възраст и заема първо място в структурата на установените заболявания. Броят на учениците със затлъстяване е 11

537 496 (19.8%), с 2 пункта по-високи стойности от тези през 2015 г. (17.8%), когато са установени най-малко случаи със затлъстяване от последните пет години (22.2% през 2011 г., 21.7% през 2012 г., 19.5% през 2013 г.). Най-много случаи на затлъстяване са установени в 7-ми клас (22.3%), а най-малко в 10-ти – 18.7%.

Ниската двигателна активност и нездравословният модел на хранене са водещите рискови фактори за наднормената телесна маса и затлъстяването в ученическата възраст.

На второ място в структурата на заболяемостта са болестите на окото (нарушения на рефракцията и акомодацията, смущения в зрението, слепота и намалено зрение), установени при 8133 ученика (14%), с 1 пункт по-малко в сравнение предходните 2015 г. (15%), 2013 г. (15%) и 2012 г. (15.6%). Проблемите със зрението на учениците продължават да бъдат сред водещите патологии, поради прекалено дългото време, което децата прекарват пред екраните на компютри, лаптопи, таблети, телефони, електронни книги и други дигитални устройства. Всички те, освен че застрашават зрението и стойката на ученика, предразполагат и към развиване на психическа зависимост с негативни последици за детската психика.

На трето и четвърто място следват бронхиалната астма – 4 513 (7.5%) и заболяванията на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания) – 2 090 (3.6%), запазвайки сравнително стабилно ниво от предишни години – съответно 7.7% и 3.9% за 2015 г., 7.6% и 4.0% за 2013 г. и 7.8% и 5.3% за 2012 г.

Най-висок е обхватът с профилактични прегледи на първокласниците (91.05%), а най-висока заболяемост е отчетена при седмокласниците – 94.2% случая на 1 000 прегледани ученици.

За преодоляване на проблемите, свързани със затлъстяването, зрителните аномалии и гръбначни изкривявания, които са водещи в структурата на заболяемостта и се считат за специфични за училищната възраст,

е необходимо създаване на условия за повишаване на двигателната активност на учениците чрез подобряване училищната среда като цяло и особено на спортната база в училищата.

По отношение на физическата дееспособност, от предоставените данни за 651 938 ученици, които участват в часовете по физическо възпитание през учебната 2015-2016 г., 638 880 ученика (98.0%) са покрили нормите за физическа дееспособност, незначително по-малко момичета от момчета, със съотношение момичета:момчета и в двете възрастови групи – 0.09 (*Приложение № 1, табл. А*).

За изминалата 2015-2016 учебна година броят на учениците, които са напълно освободени от часовете по физическо възпитание, е 10 567, т.е. 1.6% от учениците не участват в заниманията по физическо възпитание поради здравословни проблеми. Като цяло момчетата преобладават при съотношение 1.2. В някои от училищата има организирани групи по лечебна физкултура, в които са включени общо 1 829 (0.2%).

Анализът на данните от оценката на здравето състояние на децата и учениците са от ключово значение за формиране на бъдещите политики за подобряване на детското здраве и благополучие не само в системата на здравеопазването, но и в сферата на образованието, културата, спорта. Особено важно е ангажирането в процеса на семейните общности.

Необходима е активна политика за промоция на здравословно хранене при децата и юношите и формиране на правилни хранителни и двигателни навици в семейната и училищната среда. Следва да бъдат подкрепени и междусекторни мерки за насърчаване на физическата активност, в т.ч. чрез проектиране на градската среда за създаване на условия за спорт и физическа активност и планиране на учебния ден.

## 2.6. Психично здраве и психична болест

Доброто психично здраве има положително въздействие не само върху отделните индивиди, но също така е все по-важно за икономическия растеж и социалното развитие в Европа, като ключови цели на политиката на ЕС.

Психичните разстройства са на второ място, с най-голям принос за болестността (измерена чрез показателя „години живот в боледуване или инвалидност“ (DALYs)) в Европейския регион (19%) и най-важна причина за инвалидност. Чести психични разстройства (депресия и тревожност) засягат около 1 на всеки 4 европейски граждани. В ЕС на всеки девет минути умира човек вследствие на последиците от самоубийство.

Разходите, свързани с психични разстройства са високи. Макар, че оценките за свързаните с това икономически тежести варират, проучванията показват, че в Европа разходите, свързани с нарушенията на психичното здраве възлизат на около 240 милиарда евро годишно<sup>11</sup>. Допълнителни проучвания показват, че разходите само за депресията, свързана с работата в ЕС-27, възлиза на 620 милиарда евро годишно. Например в Дания годишните разходи, свързани с психични заболявания, възлизат на 7,4 милиарда евро, от които само 10% се изразходват за лечение.

Психичните разстройства в много голяма степен се обуславят от комплекс от взаимосвързани биологични, психологични и социални фактори (био-психо-социален модел), където в преобладаваща част от случаите биологичната компонента не е водеща, а по-скоро съпътстваща основната причина за тяхната поява.

Биологично обусловените заболявания като шизофрения, епилепсия, биполарно разстройство и др., са значително по-малко разпространени (в порядъка от 1-2 % от общата заболяемост) от тревожните или т. нар. „чести“ (в миналото наричани „нев-

ротични“ разстройства), където причините са психодинамични и социални.

Основите на психичното здраве се поставят още в първите години на живота. Смята се, че до 50% от психичните разстройства се появяват по време на юношеските години. При 10 до 20% от младите се откриват проблеми с психичното здраве. Тези проценти са по-високи сред категориите в неравностойно положение.<sup>12</sup>

Проучвания на СЗО показват, че при около 25-30% от първоначалните контакти със здравната мрежа става въпрос за някакво психично страдание. У нас по данни от проведено епидемиологично проучване на психичната болестност (ЕПИБУЛ)<sup>13</sup> 19.5% от българската популация през даден етап от живота си е преживяла психично разстройство.

Най-разпространеното често психично разстройство е тревожното разстройство (11.4%), като групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13.2%) е най-засегната от него. Разстройствата на настроението (6.2%) са на второ място, като най-често се срещат при хората над 65 години (9.1%). Разстройствата, дължащи се на употреба на психоактивни вещества – 3.3%, е третата по разпространение група разстройства<sup>14</sup>

Така наречените тежки психични разстройства включват шизофрения, тежка депресия, органични и други видове деменции, както и психични нарушения поради изоставане в развитието. Въпреки че тяхната честота се запазва постоянна (1-2%), социалното и икономическото значение на тази група разстройства нараства в резултат на нарушенията на социалните функции на индивида, водещи до социална изолация и някаква степен на инвалидизация. Психичните здравословни проблеми имат сериозни последици не само за отделните

<sup>12</sup> Европейски пакт за психично здраве и благоденствие

<sup>13</sup> Световен консорциум за изследвания на психичното здраве, <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>

<sup>14</sup> Околийски М, Зарков З, Броцилов А, Хинков Хр, Наков В, Диногола Р, Димитров П, Томов Т. Годишна (12 месечна) и пожизнена болестност, тежест и коморбидност на честите психични разстройства „Българско списание за обществено здраве“ 2010; 2: 2- 13

<sup>11</sup> Mental Health at Work and in Schools, Prevention of Suicide Report of the 2017 EU Compass Forum

хора и техните семейства, но също така и за развитието на икономиката и благосъстоянието на обществото. 21.6% от дните, загубени в неработоспособност у нас, са по причина на психично разстройство<sup>15</sup>. Ежегодно над 3000 лица биват освидетелствани за трайно намалена неработоспособност/вид и степен на увреждане по повод заболявания от клас „Психични и поведенчески разстройства“.

Редица състояния, в това число мускулно-скелетни проблеми (включително болки в гърба и шията и остеоартрит), диабет, заболявания на сетивните органи (включително загуба на слуха), заболявания на дихателната система и **проблеми на психичното здраве (включително депресия и тревожни разстройства)** са водещите причини за загубата на продължителността на живота, коригирана с отчитане на инвалидността (DALY)<sup>3</sup>, в България (ИММЕ, 2016).

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Следва да се подчертае, че проблемите на психичното здраве са и силен рисков фактор за заболяемост и смъртност от други заболявания. Доказано е, че наличието на депресия например, силно се отразява на процента на оцеляване на хората със сърдечно-съдови и онкологични заболявания. През 2016 г. честотата на самоубийствата на 100 000 население в България е 9.4. Това поставя България сред държавите със средна към ниска честота на суицидната смъртност. Честотата на самоубийствата при жени е 3.84‰ и е 3.7 пъти по-ниска от честотата при мъжете – 14.27‰. В сравнение с 2015 г., през 2016 г. се наблюдава намаляване на броя на опитите за самоубийство. Средната възраст е 43 г. за двата пола.

През последните десетилетия необходимостта психичното здраве да бъде включено сред най-важните приоритети на общественото здраве получава все по-голямо признание в Европа и света.

България няма цялостна политика в областта на психичното здраве, която да позволява интегриран подход по отношение на промоцията на психичното здраве и развитието на системата за грижи и подкрепа на хората, страдащи от психични разстройства, както и на техните близки. Психиатричното обслужване на болните е основано предимно на биологичното разбиране за психичната болест. Това довежда до акцентирание върху медицинските интервенции и грижи в системата на здравеопазването. Налице е институционализиране на грижата за болните с тежки психични разстройства и липса на развита система за психосоциална рехабилитация.

Поради това, въпреки сериозният напредък по отношение на лечението на болните с въвеждане на съвременни лекарствени терапии и развитата психиатрична мрежа в страната, психичното здраве на българите не се подобрява. Причините за това са комплексният характер на факторите, които го обуславят, немалка част от които са извън системата на психиатрично обслужване – жизнената среда, нивото на стрес в ежедневието, условията на труд, взаимоотношенията в семейството, качеството на живот, социалното благополучие. Това предполага и че медицинските грижи не са водещи, а само подпомагат мерките, свързани с факторите на социалната среда.

Грижата за опазване и укрепване на психичното здраве не може да се осъществи само и единствено чрез политики в здравеопазването.

Необходимо е прилагане на нов подход за междусекторно сътрудничество обединяващ политиките и съответните партньори в образованието, здравеопазването, социалния сектор, правосъдието, както и организациите на гражданското общество.

<sup>15</sup> Хр. Хинков, М. Околийски, З. Зарков, В. Наков, Пл. Димитров, Т. Томов. Дни загубени в неработоспособност поради чести психични и соматични разстройства. "Българско списание за обществено здраве". София, Том IV, кн. 1 2012 г.: 40-52

## ИЗВОДИ:

Данните за здравното състояние на населението показват, че са налице трайни подобрения, свързани с намаляване на смъртността и заболяемостта, особено в младите възрастови групи. Макар че страната все още изостава в сравнителен план по много от средноевропейските показатели, се установяват обективно отчетени тенденции за по-динамично подобрене на тези показатели в сравнение със страните от ЕС. В тази връзка следва да се отчитат значително по-влошените показатели за здравето на българското население преди присъединяване на страната към европейската общност.

Това показва, че провежданите политики и вложените в системата на здравеопазването ресурси дават положителни резултати и водят до преодоляване на част от здравните неравенства. Показателни са резултатите, свързани с намаляването на смъртността от исхемична болест на сърцето, диабет, новообразувания, както и състоянията, възникващи в периода на бременността, раждането и послеродовия период и вродените аномалии при децата, при които периодът на значими подобрения следва прилагането на активни политики и инвестиции в областта на скрининга, диагностиката и лечението на тези заболявания.

Въпреки това, данните показват, че основно предизвикателство за здравето на гражданите и приоритет за бъдещи активни интервенции са хроничните незаразни болести, като основни причини за смърт и намалена работоспособност. От тях най-голям негативен дял имат болестите на органите на кръвообръщението, в т.ч. мозъчно-съдовата болест и злокачествени заболявания. Тези заболявания формират и най-големият дял от т.н. предотвратима смъртност, която ежегодно отнема живота на над 20 000 български граждани.

Прилагането на целенасочени, основани на доказателства и финансово ефективни политики по отношение на тези основни групи заболявания могат да доведат до значителни подобрения на индивидуалното и общественото здраве.

Важно е да се има предвид, че основна характеристика на хроничните незаразни заболявания е тяхната пряка обвързаност и повлияност от факторите на външната среда и начина на живот.

От няколко десетилетия глобалните усилия за контрол на хроничните незаразни болести бележат успех и вече има значими резултати в много развити страни. Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност) води до намаляване на смъртността и заболяемостта от тези болести, съответно и на тяхното бреме за обществото.

Това означава, че България има неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на хората и предотвратяване на голяма част от заболяемостта от хронични незаразни болести и предотвратимата смъртност. Този потенциал е предимно в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите и изисква успоредни действия в няколко направления:

- подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични);
- приобщаване на населението към здравословния начин на живот;
- осигуряване на ресурси за реализация на програмите за профилактика и ранна диагностика на хроничните незаразни болести.
- осигуряване на капацитет на лечебната мрежа за своевременно и качествено, в т.ч. високотехнологично лечение.

Прилагането на тези мерки в синергия има ключово значение за ефективността на постигнатите резултати.

Друг важен стратегически приоритет, който следва да бъде потвърден на база на представените данни, е опазването и подобряването на детското здраве, тъй като детството е периодът в който се поставят основите на индивидуалното здраве и здравно поведение, което от своя страна ще формира общественото здраве на бъдещите поколения.



### 3. ПРОБЛЕМИ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ РИСКОВИ ФАКТОРИ НА СРЕДАТА И НАЧИНА НА ЖИВОТ НА ГРАЖДАНИТЕ

„Лошото здравословно състояние на много българи може да бъде свързано с редица здравни детерминанти, включително условията на живот и труд, физическата среда и поведенческите рискови фактори. Най-малко 40 % от общата тежест на заболяванията в България (измерена по отношение на DALY) може да се отдаде на поведенчески рискови фактори, включително тютюнопушене, консумация на алкохол, рискове, свързани с хранителния режим и ниска физическа активност. От всички рискови фактори рискове, свързани с хранителния режим, тютюнопушенето и високия индекс на телесна маса допринасят най-много за лошото здраве в България (ИНМЕ, 2016 г.)“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

#### 3.1. Рискови фактори, свързани със социално-икономическата среда (социални детерминанти на здравето)

##### Доходи на домакинствата

През 2016г. се запазва се тенденцията, касаеща ръстът на доходите на домакинствата, които както и през 2015 г. леко изпреварват този на разходите. Реалните доходи на домакинствата през 2016 г. нарастват с 5,3% в сравнение с предходната 2015 г. През 2016 г. годишният общ доход средно на лице от домакинство е 5167 лв. и нараства с 4,3% спрямо 2015 г.

По данни на НСИ за периода 2008-2016 г. общият доход средно на лице от домакинството се увеличава близо 1,5 пъти.

##### Разходи на домакинствата

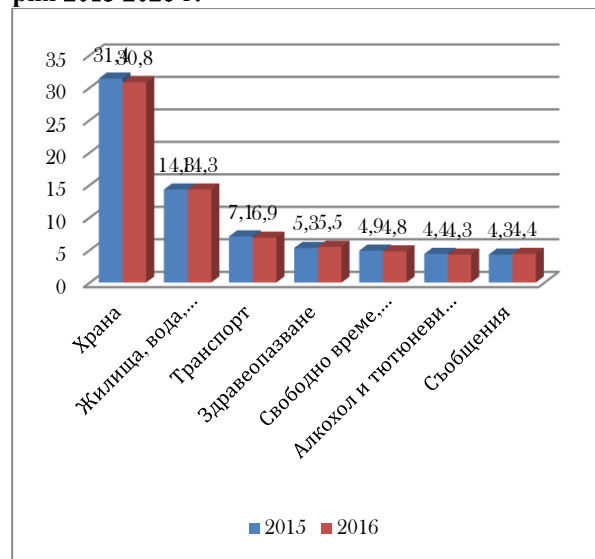
Разходите следват тенденцията на динамичните промени в доходите. Общият разход на домакинствата през 2016 г. се увеличава с 1,9% спрямо 2015 г. По данни на НСИ през 2016 г. българските домакинства са изразходвали 4 755 лв. средно на лице.

Запазва се тенденция на нарастване, като за периода 2008 г. - 2016 г. разходите на домакинствата се увеличават 1,5 пъти.

По данни на НСИ през последните пет години започва процес на постепенно понижаване на относителния дял на разходите за храна и безалкохолни напитки в общия разход. През 2016 г. този дял достига най-ниска стойност от 30,8%, което е с 0,5% пункта по-малко в сравнение с 2015 г. За храна са изразходвани 1 464 лв. средно на лице от домакинство през 2016 г. Делът на разходите за комунални услуги (жилища, вода, електроенергия, горива, жилищно обзавеждане и поддържане на дома) през 2016 г. са 856 лв. средно на лице от домакинство или 14,3% от общия разход, което е с 2% повече спрямо 2015 г.

(Фигура 21).

Фигура 21. Разходи на домакинствата в България 2015-2016 г.



Източник : НСИ

Разходите за здравеопазване са на 4-то място в структурата на разходите на домакинствата и гражданите и бележат постоянен ръст.

Средният разход за здравеопазване на едно домакинство през 2008 г. е 385 лв., през 2015 г. е 594 лв., докато за 2016 г. е в размер на 616 лв. Средният разход за едно

лице през 2008 г. е 155 лв. През 2015 г. се увеличава до 248 лв., за да достигне до 263 лв. през 2016 г. (Фигура 22). Увеличението на разходите за здравеопазване на едно домакинство за периода 2008-2016г. е 1,6 пъти, което е малко над общия размер на увеличение на всички разходи на домакинствата за същия период – 1,5 пъти.

За сравнение през 2016 г. средният годишен разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия възлиза на 481 лв. и на 205 лв. на лице от домакинството.<sup>16</sup>

**Фигура 22. Среден разход на домакинство и на едно лице за здравеопазване, в лв.**



Източник: НСИ

## Бедност

Бедността е фактор с многопосочно въздействие върху здравето в неговите биологични, психични и социални измерения.

Линията на бедност за България за 2016 г. е 308.17 лв. средно месечно на лице от домакинството и бележи ръст спрямо предходната 2015 г. При този размер на линията под прага на бедност са били 1 639 мил. лица, или 22.9 % от населението на страната. Следователно размерът на линията на бедност намалява с 5,4%, но относителният дял на бедното население нараства с 0,9% пункта през 2016 г. в сравнение с 2015 г.

Системата за социална защита има съществено значение за редуциране на бедността. Данните за 2016 г. показват, че ако в доходите на домакинствата се включат доходите от пенсии, но се изключат оста-

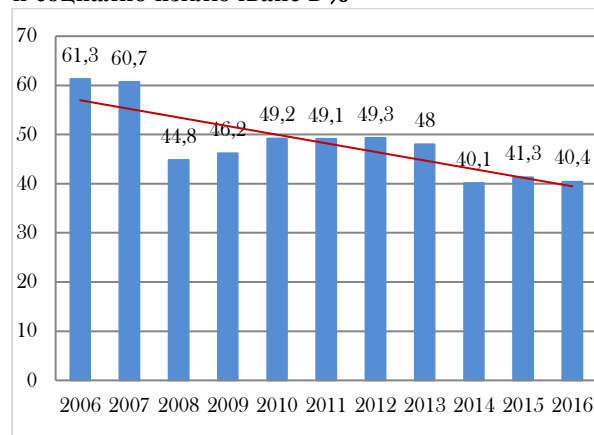
налите социални трансфери (обезщетения, социални и семейни помощи и добавки), равнището на бедност се повишава от 22,9 до 27,9%, или с 5 процентни пункта.

Основният фактор, който увеличава риска за попадане в групата на бедните за преобладаващата част от населението, е тяхната икономическа активност и участието им на пазара на труда. Относителният дял на бедните е най-висок сред безработните лица – 54,6% за 2016 г.

През 2016 г. делът на бедните сред заетите лица нараства спрямо предходната година с 3,8% пункта до 11,6 %, като при работещите на непълно работно време рискът за изпадане в бедност е повече от четири пъти по-висок от този при работещите на пълно работно време.

Общо за страната относителният дял на хората в риск от бедност и социално изключване остава сравнително висок, но намалява (фиг. 23)

**Фигура 23. Процент на хората в риск от бедност и социално изключване в %**



Източник: НСИ

Картографирането на бедността в страната очертава драстични различия в териториален план. По експертни оценки, съществени са и различията в профила на бедност в градовете и в селата. Градската бедност е парична, докато бедността в селата е очертана от липсата на работа, некачествени или недостъпни здравни, образователни и социални услуги. През 2016 г. най-ниската линия на бедност се наблюдава в областите Видин и Пазарджик – съответно 194 и 204 лв., а най-високата – в област София

<sup>16</sup> Национален статистически институт [www.nsi.bg](http://www.nsi.bg)

(столица) (473 лв.), следвана от областите Стара Загора (332 лв.) и Габрово (328 лева). Най-висок е относителният дял на бедните в областите Сливен (31.4%), Пазарджик (28.2%), и Варна (26.6%).

### Деца в риск от бедност и материални лишения

Децата са специфична уязвима група, която в много голяма степен е застрашена от риск от бедност и социално изключване. През 2016 г. 31.9% от децата на възраст 0 - 17 г. в България са изложени на риск от бедност, или с 6,5. процентни пункта повече спрямо 2015 г. Социалните трансфери към домакинствата намаляват риска от бедност сред децата с 11.6 процентни пункта. Рискът е най-висок при деца в домакинства с ниски доходи, деца с увреждания, онези, които са лишени от родителски грижи и които живеят в лоши жилищни условия. Нивото на бедност сред българските деца е едно от най-високите за ЕС. През 2016 г. относителният дял на децата с материални лишения е 51,4%, а за 6,0% от децата нито една потребност (изследване при 13 показателя) не може да бъде удовлетворена поради финансови причини.

### Трудова заетост и безработица

Общият брой на заетите лица в България през 2016 г. е 3,0168 млн. души или 49,3% от населението над 15 и повече навършени години. Заетите на възраст 15-64 г. са 2 954,3 млн. души. Коефициентът на заетост на населението в същата възрастова група е 63,4%, съответно 66,7% за мъжете и 60,% за жените. Независимо от това той остава под средния за 28-те страни на ЕС (Евростат).

През 2016 г. икономически активните (навършени 15 - 64 г.) са 3,1996 млн. души, или 68,7% от населението на същата възраст.

В края на 2016 г. безработните лица са 215 хил., а коефициентът на безработица - 6.7%. Положително явление и през 2016 г. е намаляване делът на продължително без-

работните (от една или повече години) - за година делът им намалява с 0,8 процентни пункта. През 2016 г. младежката безработица се понижава с 0,5 процентни пункта.

### Образование

Образованието е ключово средство за борба с бедността и социалната изолация. Образованието оказва влияние и върху информираността на гражданите и здравното им поведение.

Образователната структура на населението на 7 и повече навършени години значително се подобрява, следвайки ясно изразената тенденция на увеличаване на броя и дела на населението с висше и средно образование при същевременно намаляване на броя на хората с основно и по-ниско образование.<sup>17</sup>

Към 1.02.2011 г. броят на лицата с висше образование е 1 348.7 хил. (19.6%), или всеки пети е висшист. В сравнение с предходното преброяване през 2001 г. относителният дял на висшистите се увеличава с 5.5 процентни пункта. Лицата, завършили средно образование, към момента на преброяването са 2 990.4 хиляди (43.4%).

Значителни са различията в образователната структура по местоживееене - почти три четвърти от жителите на градовете (71.6%) са със завършено най-малко средно образование, докато за жителите на селата този относителен дял е едва 40.3%. Броят на лицата „никога непосещаващи училище” в България е 81.0 хил., или 1.2% от населението на 7 и повече навършени години. Неграмотните лица са 112 778, а относителният им дял от населението на възраст 9 и повече навършени години е 1.5%.

<sup>17</sup> Преброяване 2011 – окончателни данни НСИ

## 4.2. Рискови фактори, свързани с околната и трудовата среда

### Атмосферен въздух

Атмосферното замърсяване се идентифицира като съществен, но предотвратим рисков за човешкото здраве фактор. Системната експозиция на повишени нива атмосферни замърсители директно или индиректно провокира диапазон от нежелани ефекти - от незначителни функционални смущения до появата на сериозни заболявания на отделни органи и системи. Международните и европейските институции акцентират върху ролята и значението на атмосферното замърсяване в структурата на заболяемостта и смъртността и оценяват висока му цена за обществото апелират към разработване и прилагане на глобална стратегия по околна среда и здраве с водеща роля на здравния сектор в процеса на подобряване качеството на въздуха и минимизиране риска за здравето на населението.

Въпреки, че през последните години в страната се регистрира намаляване на средногодишните нива и броя на дните с превишения на допустимите концентрации на основните атмосферни замърсители и тенденция към подобряване качеството на въздуха, все още в редица градски населени места замърсяването с фини прахови частици персистира и остава основен проблем за здравето не само на настоящите, но и на бъдещите поколения.

Възможностите за редуциране нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното им въздействие върху здравето на населението, насочени към основните регионални емитери, са свързани с изнасяне на промишлените дейности извън жилищни и рекреационни зони и територии на населените места; газифициране на населените места с оглед намаляване на емисиите на прахови частици, серен диоксид и азотни оксиди от битовото отопление; залесяване на общинските терени, възстановяване и поддържане на озеленителните пояси; оптимизиране на трафика,

обновяване на автомобилния парк на градския транспорт, изграждане на велоалеи; оптимизиране системата на сметосъбиране и сметоизвозване, забрана за изгаряне на отпадъци на нерегламентирани терени и др.

С цел опазване здравето на гражданите следва да се поощрява развитието на иновационни и нисковъглеродни технологии, целящи създаване на екологичночисти производства.

Необходимо е идентифициране и прогнозиране на очакваните рискове и ползи за здравето, асоциирани с най-замърсяващите отрасли, с оглед подбор на подходящи интервенции, гарантиращи най-много ползи за здравето.

### Питейни води

От основно значение за общественото здраве и качеството на живот на населението е осигуряването на непрекъснато водоснабдяване с безопасна и съответстваща на нормативните изисквания питейна вода, предпоставка за което е централизираната водоснабдителна система.

По данни на НСИ<sup>18</sup> от годишните статистически наблюдения за водоснабдяване и канализация през периода 2012-2015г. 99,3% от населението в страната е свързано с обществено водоснабдяване, което е показател за висока степен на достъпност и осигуреност на потребителите с вода за питейно-битови цели, която е обект на мониторинг. Въпреки това все още има населени места, в които през годините се налага въвеждане на сезонен или целогодишен режим на водоподаване.

В страната са обособени общо 2 609 зони на водоснабдяване. От тях 176 са големи - в денонощие се подават над 1000 куб. м. вода и/или се водоснабдяват над 5000 жители. Мониторинг се извършва в 11 000 пункта по органолептични, химични, микробиологични и радиологични показатели. Според обобщените данни от контрола на

<sup>18</sup> Национален статистически институт (<http://www.nsi.bg/>), Статистика на водите.

качеството на питейната вода при потребителя през 2016 г., съответствие с нормите има при 98.7% (97,8 за 2015 г.) от общия брой анализи на питейни води, направени от РЗИ.

По микробиологични показатели при извършени 37 784 анализа, съответствие с изискванията се отчита в 95,95% (при 95,7% за 2015 г.), като по здравно значимите показатели ешерихия коли и ентерококи то е около 98%. Сравнително по-висок е дялът на несъответствия по микробиологични параметри в по-малки зони на водоснабдяване, с неефективна и непостоянна дезинфекция на водата, както и в зони с амортизирана ВиК мрежа и чести аварии.

По физико-химични (органолептични и химични) и радиологични показатели са извършени общо 213 338 анализа, като съответствие с нормативните изисквания е установено в 99,1% от тях (без значима промяна спрямо предходната година).

Химични показатели с регистрирани отклонения в 10 и повече зони:

- нитрати - при общо съответствие 95,1% за цялата страна, с най-широко разпространение остават отклоненията по показател нитрати, регистрирани в 326 предимно малки зони на водоснабдяване, в райони с развито земеделие и животновъдство. Проблемът е с многогодишна давност, като най-засегнати са водоснабдителни зони в областите Ст. Загора, В. Търново, Бургас, Ямбол, Плевен, Шумен, Хасково, Варна, Ловеч, Разград, Добрич, Русе, Търговище, Пловдив, Враца и Сливен. В около половината от зоните отклоненията са със сравнително траен характер. Преобладават превишения до два пъти над допустимата концентрация. В малка част от случаите се наблюдават отклонения и по показател нитрити.

- флуориди - в 10 малки зони в областите Бургас, Плевен, Хасково и Ст. Загора. Свързани са с природно обусловено повишено съдържание във води от подземни източници, често ситуирани в близост до находища на богати на флуор минерални води.

- хром - в около 17 малки зони в областите Плевен и Монтана. Дължат се на естествено повишено съдържание на хром във водата и липса на пречистване.

По химични показатели с индикаторно значение отклонения в повече от 10 зони са регистрирани по:

- манган - в 41 зони, предимно в областите Хасково, Ямбол и Габрово. Най-сериозен остава проблемът в гр. Симеоновград и селата към зона „Брягово”, с. Николово, с. Сталево в област Хасково. Свързани са с естествените условия, при които се формират водите.

- желязо - в 57 зони, най-често в гр. София, Хасково и Габрово.

- органолептични показатели (най-често мътност, по-рядко - цвят, мирис, вкус). В някои случаи отклоненията се дължат на наднормени количества на желязо и манган в подаваната вода, а в други - на липса на пречистване на водата от повърхностни водоизточници или често аварирани водоснабдителни мрежи на населените места;

- сулфати - в 12 зони;

- рН - в 14 зони.

За 2016 г. във връзка с нарушения по отношение качеството на питейната вода на централно водоснабдените населени места са връчени 720 предписания и 10 заповеди. За констатирани нарушения на здравните изисквания са издадени 102 акта за установени административни нарушения и 88 наказателни постановления. В резултат от предприетите адекватни мерки от страна на органите на държавния здравен контрол и ВиК операторите, като цяло установените несъответствия през годината не са създали непосредствен и сериозен риск за здравето на потребителите.

През 2016г. не са регистрирани епидемични взривове свързани с питейните води.

Основните мерки, които следва да се предприемат за решаване на проблемите с качеството на питейните води, най-често са свързани с необходимост от:

- реконструкция и модернизация на водоснабдителните мрежи и съоръжения,

изграждане на нови станции за пречистване и дезинфекция на питейни води;

- търсене и разкриване на нови водоизточници, създаване на връзки между зони на водоснабдяване, където е необходимо, с оглед недопускане отклонения в качеството на водата, подавана за питейно-битови цели;

- актуализиране на санитарно-охранителните зони около водоизточниците и засилен контрол върху спазването на забраните и ограниченията в тях;

- подобряване на контрола върху спазване правилата на добрата земеделска практика и други мерки с цел недопускане замърсяването на водите с нитрати от земеделски дейности; реализиране на програми за обучение на фермерите - важна предпоставка за недопускане замърсяването на питейните води с нитрати и пестициди. Въвеждане на задължителен характер на правилата за добра земеделска практика във вододайните зони.

По препоръка на МЗ, Министерството на регионалното развитие и благоустройството е предприело мерки за проектиране и изграждане на пречиствателни станции за питейни води за градовете Симеоновград и Шумен.

В изпълнение на Стратегията за водния сектор са разработени и одобрени (вкл. и от МЗ) регионалните генерални планове за развитие на ВиК инфраструктурата на обособените територии. През 2016 г. започна разработването на регионални прединвестиционни проучвания за конкретизиране на мерките, свързани с основните проблеми с качеството на питейната вода в съответните региони, начините, сроковете и финансовите средства необходими за решаването им.

### Води за къпане

Министерство на здравеопазването чрез РЗИ извършва системен контрол и мониторинг на качеството на водите за къпане. През 2016 г. в страната са официално определени 94 зони за къпане, от тях 90 по Черноморското крайбрежие. Всяка от зо-

ните има представителен пункт, включен в Информационната система по водите на ЕС (WISE). Контролът на водите се извършва по микробиологични показатели (ешерихия коли и чревни ентерококи).

На база на резултатите от мониторинга през последните четири сезона за къпане (2013-2016 г.) зоните за къпане в страната са категоризирани, както следва:

- с „отлично качество“ - 64,9% от зоните (61 зони при 67 за 2015 г.);

- с „добро качество“ - 28,7% от зоните (27 зони при 19 през 2015 г.);

- със „задоволително качество“ - 5,3% от зоните (5 зони при 5 за 2015 г.);

- с „лошо качество“ - 1,1% от зоните (1 зона при 3 за 2015 г.).

За разлика от 2015 г., 5 от зоните за къпане подобряват класификацията си, а в 7 се отчита влошаване на качеството на водите от „отлично“ в „добро“.

През 2016 г. в категория с „лошо качество“ продължава да бъде „Офицерски плаж“, гр. Варна, който през по-голямата част от сезона е бил с наложена забрана за къпане, поради значително микробиологично замърсяване на водата.

Съгласно публикувания от ЕК Общоевропейски доклад за качеството на водите за къпане в ЕС през сезон 2016 г. водите с отлично качество са 85,5%, с добро - 8,4%, със задоволително - 2,4% и с лошо - 1,4%.

Изложените по-горе данни показват относително нисък дял на водите с отлично качество в България, при сравнително висок процент на такива с добро или задоволително качество, поради което като цяло качеството на водите за къпане в страната е сравнително ниско, спрямо други страни-членки на ЕС.

Най-чести причини за влошено качество на водите за къпане са недостатъчният брой и капацитет и/или недобра поддръжка на станциите и съоръженията за пречистване на отпадъчни води при активно застрояване/презастрояване на крайбрежието, нерегламентирани зауствания и изпускания на непречистени отпадъчни води, вкл. и от заведения, разположени на или в близост

до плажовете, нерегламентирано заустване на отпадъчни води в дъждовни канализации, изливащи се в или в близост до зоните за къпане и др.

В Министерството на здравеопазването не са докладвани от регионалните структури данни за доказана връзка между състоянието на водите за къпане и възникване на заболявания през сезон 2016 г.

### Отпадъци

През 2016 г. не са доказани епидемиологично свързани случаи на заразни заболявания, в резултат на лошо поддържане чистотата на населените места, събирането и извозването на битовите отпадъци.

С оглед безопасно третиране на медицинските отпадъци, приоритет продължава да е контролът на лечебните заведения за управление на болничните отпадъци.

### Шум

Шумът е един от факторите с най-неблагоприятно въздействие върху населението в големите градове. Потенциалът му като източник на вредни въздействия е безспорен.

Директиви 2002/49/ЕО и 2015/996/ЕС дават на страните-членки на ЕС възможност за въздействие на всички ръководни нива в държавите - членки за ограничаване на шума, чрез анализ на статистически значими резултати и съставяне и реализиране на работещи планове за действие.

Министърът на здравеопазването ръководи националната система за анализ, оценка и контрол на шума в урбанизираните територии. В съответствие със задълженията си на компетентен орган по прилагане на европейското законодателство в тази област, Министерството на здравеопазването чрез своите териториални органи – регионалните здравни инспекции (РЗИ), извършва мониторинг на шума в урбанизираните територии на населените места, като изготвя обективна оценка за шумовото състояние.

През 2016 г., в рамките на националната система за мониторинг на шум, РЗИ са извършили измервания на шум в общо 725 пункта, като са обхванали всички областни градове и девет общини - Ботевград, Самоков и Своге от Софийска област, Горна Оряховица и Свищов от област Велико Търново, Дупница от област Кюстендил, Казанлък от област Стара Загора, Попово и Омуртаг от област Търговище.

През 2016 г., в 531 бр. от контролните пунктове в страната са измерени стойности над допустимите, което представлява 73,24 % от общия брой контролирани зони.

Относителният дял на пунктовете с установени нива на шума над граничните стойности се е увеличил с 1,85 % в сравнение с 2015 г., през която са били общо 71,39%.

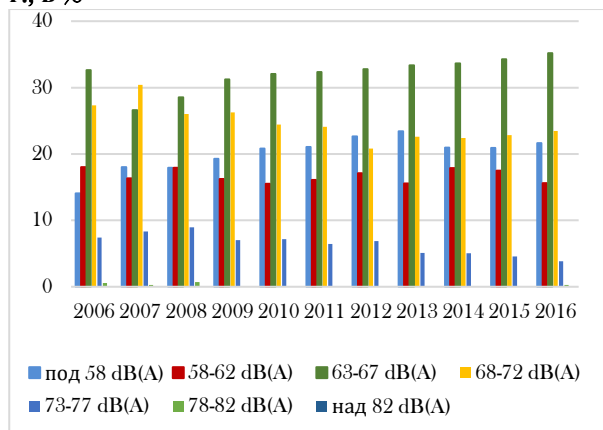
Наднормени стойности са отчетени в 193 бр. от пунктовете, разположени в територии и зони, подлежащи на усилена шумозащита, което представлява 36,3 % от пунктовете с измерени нива над граничната стойност.

През последните години се наблюдава запазване на положителните тенденции – намалява броят на пунктовете, попадащи в диапазона на високите шумови нива<sup>19</sup> (73-77) dB(A) през целия наблюдаван период, като през 2016 г.той е намалял с 0,68%, а в диапазона над 82 dB(A) не се регистрират пунктове с такива нива на шума.

В диапазона (63-67) dB(A) попадат 35,17% от общия брой контролирани зони, което е най-високата стойност, изразена в процентно съотношение за изминалия единадесетгодишен период. Като цяло се запазва тенденцията броят на пунктовете в този интервал да нараства.

<sup>19</sup> За проследяване на общото ниво на шума през годините, получените данни за отделните пунктове от градовете на цялата страна се разпределят и се групират в следните диапазони: под 58 dB(A); 58-62 dB(A); 63-67 dB(A); 68-72 dB(A); 73-77 dB(A); 78-82 dB(A); над 82 dB(A).

**Фигура 24.** Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р България за периода 2006 - 2016 г., в %



Ако се разгледа динамиката в целия изследван период 2006 - 2016 г. (фиг. 23 и Приложение № 1, табл. 8), през който се провежда мониторинг на шум съгласно Директива 2002/49/ЕО, се забелязва слабо намаление на експозицията на шум в контролираните зони в годините от 2006 г. до 2015 г. През 2016 г. има леко завишение на нивата на шума в диапазоните 63-67 и 68-72 dB(A) в сравнение с предходния десетгодишен период.

Като цяло, акустичната обстановка в големите градове на България през 2016 г. не се е променила значително. В по-голямата част от контролните пунктове измерените еквивалентни нива на шум надвишават граничните стойности. Основният източник на шум продължава да бъде изключително натовареният автомобилен трафик. Шумовото замърсяване създава реален проблем за населението, обитаващо градската среда, където потоците от автомобилен трафик продължават да се увеличават. Вследствие на извършваните реконструкции и ремонти на пътните настилки, регулирането на пътния трафик, подмяната на амортизирания градски транспорт и засаждането на нова растителност, проектирането на шумозащита при санирането на сгради, може да се очаква снижаване на шума през следващите години.

## Нейонизиращи лъчения

Нейонизиращите лъчения (НЙЛ) са универсални фактори, както в околната среда, така и на работните места. Няма технология, индустрия, дейност на човека, които да не са свързани с въздействие на някакъв вид нейонизиращо лъчение - постоянни или променливи електрически и магнитни полета, радиочестотни и микровълнови лъчения, оптична радиация от целия спектър - ултравиолетово (УВ), видимо или инфрачервено (ИЧ) лъчение. Съвременните технологии са насочени основно към прилагане на НЙЛ от различни честотни обхвати, като например енергетиката, транспорта, комуникациите, медицината, козметиката и други.

Поради широкото им приложение НЙЛ са с голямо значение за здравето на населението. При прякото им или косвено въздействие, те могат да създадат условия за сериозни нарушения на здравето на човека, поради различни механизми на взаимодействие чрез нетоплинни и топлинни ефекти в различни органи и върху целия организъм; чрез термично или фотохимично въздействие върху очите и кожата, както и чрез някои специфични въздействия върху анализаторите, централната нервна система, вестибуларния апарат, сърдечно-съдовата и половата система. Не помалко значение има класификацията на Международната агенция за изследване на рака (IARC), която е включила почти целия диапазон на НЙЛ в различни категории на човешките канцерогени - УВ лъчение в категория 1 (доказан канцероген), а нискочестотните магнитни полета и микровълновите лъчения, излъчвани от мобилните телефони - в категория 2B (възможен канцероген).

## Източници на НЙЛ

В регистрите на обектите с обществено предназначение в България са регистрирани общо 5265 източници на нейонизиращи лъчения. През 2016 г. е извършен контрол на 188 обекти, източници на нейонизиращи лъчения, които са разположени в близост до детски, учебни и лечебни заведения.



През същия период е извършен контрол в околността на 304 обекта, източници на НЙЛ, разположени на територия на населените места към съответните РЗИ.

Резултатите от мониторинга на източници на електро-магнитни полета (ЕМП) показват следното: всички стойности на плътност на мощност  $S[\mu\text{W}/\text{cm}^2]$  в контролните пунктове на измерване са под допустимата стойност от  $10 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ , съгласно изискванията Наредба № 9/1991 г.

Максималната измерена стойност на плътността на мощност  $S [\mu\text{W}/\text{cm}^2]$  от всичките 492 обекта преминали през планов мониторинг, е  $4,07 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ , която е под 50 % под допустимата стойност. Измерената стойност е регистрирана на територията на гр. София и причината за това е гъстотата на източниците в близост до пункта на измерване.

Измерванията и оценките на НЙЛ през 2016 г., извършени от НЦОЗА, обхващат източници на ЕМП, използвани в комуникацията (базови станции за мобилна комуникация, радио и ТВ-станции, радари), излъчващи в радиочестотния и микровълновия диапазон на електромагнитния спектър - 514 броя, медицината - главно апарати за магнитно резонансна диагностика, източници на постоянно магнитно поле, нискочестотни и радиочестотни полета - 7 броя, промишлеността - класификация и оценка на условията на излъчване на 1 лазерна система.

Направени са 695 експертни оценки на източници на нейонизиращи лъчения, включващи базови станции, радио и ТВ станции, радари и др.

При измерванията по жалби на граждани са регистрирани стойности над максимално допустимите при 2 случая. По случаите са предприети мерки, включващи промяна на техническите характеристики на излъчвателите.

### **Здравно-радиационен мониторинг на населението**

Националният център по радиобиология и радиационна защита (НЦРРЗ) провежда здравно-радиационен мониторинг на факторите на жизнената и околната среда за

оценка на облъчването на населението на България.

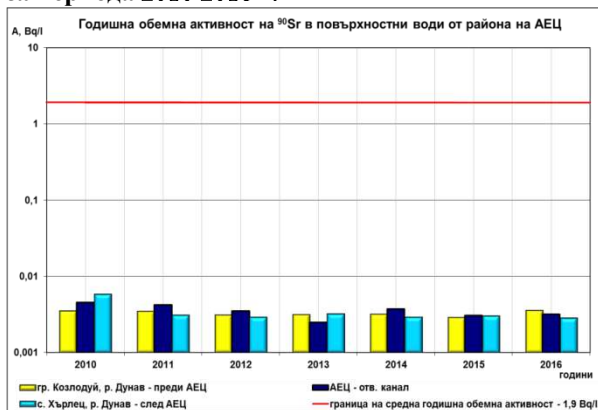
През 2016 г. в НЦРРЗ са извършени изследвания на 545 броя проби - хранителни продукти, питейни, повърхностни и минерални води, почви, дънни утайки, растителност, атмосферни отлагания, атмосферен въздух, строителни материали и други обекти; направени са 1796 броя радиохимични, 268 броя гама-спектрометрични анализи и 1796 броя радиометрични определяния. В посочения брой не са включени анализите по осигуряване на контрол на качеството и повторенията на определени анализи.

НЦРРЗ извършва здравно-радиационен мониторинг и контрол на факторите на жизнената среда в районите около ядрени съоръжения - „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД, Ядрена научно-експериментална база към ИЯИЯЕ - БАН, района на специализираното поделение на ПХРАО - Нови Хан към ДП „Радиоактивни отпадъци“ и около обектите на бившия уранодобив.

Резултатите от провеждания през 2016 г. от НЦРРЗ здравно радиационен мониторинг сочат, че естественият гама-фон в района на ПХРАО „Нови хан“, експерименталния реактор на БАН и този в 6-90 км зона около АЕЦ „Козлодуй“ не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и обектите с източници на йонизиращи лъчения и не се отличава от характерния за съответните региони локален гама-фон, не са регистрирани отклонения и в радиационния гама-фон около обектите на бившия уранодобив.

На фиг. 25 и фиг. 26 са представени средно-годишните обемни активности на стронций-90 и цезий-137 за последните 6 години в точки на пробоотбор от р. Дунав, разположени преди и след АЕЦ „Козлодуй“. С червена линия е представена границата, съгласно Наредба за основните норми за радиационна защита, приета с Постановление № 229 на Министерския съвет от 2012 г., за съдържание на посочените радионуклиди и то в питейна вода.

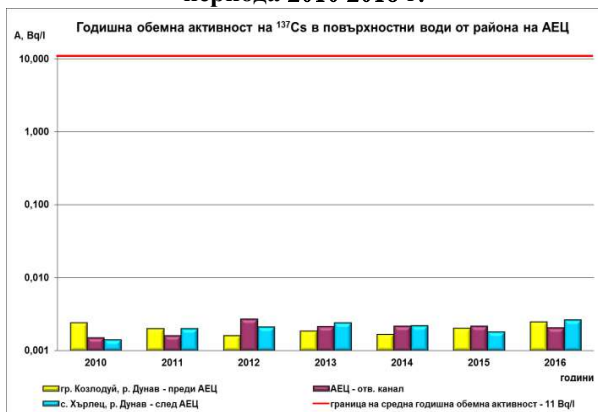
**Фиг. 25.** Средно годишно съдържание на стронций-90 в повърхностни води от района на АЕЦ за периода 2010-2016 г.



Източник: НЦРРЗ

Резултатите от направените измервания показват, че регистрираните съдържания на техногенните радионуклиди цезий-137 и стронций-90 са многократно по-ниски от допустимите за питейна вода и са пренебрежимо малки по отношение изискванията на законодателството по отношение на допустимите нива на изхвърлянията от АЕЦ.

**Фиг. 26.** Средно годишно съдържание на цезий-137 в повърхностни води от района на АЕЦ за периода 2010-2016 г.



Източник: НЦРРЗ

По отношение на резултатите от мониторинга, провеждан в землищата на населените места около ПХРАО „Нови хан“, може да се отбележи, че максималните резултати за съдържание на естествен уран във водите от района са получени за чешма „Търнава“ в с. Нови хан. Категорично, наличието на по-високите концентрации не се свързва с дейността на хранилището, а се дължи на богатите на естествен уран

руди, налични в района, поради което в миналото се е извършвал уранодобив.

При проведените в НЦРРЗ гама-спектрометрични анализи за определяне на гама-излъчващи радионуклиди в пробите от продукти и стоки със значение за здравето на човека не се регистрира несъответствие с нормативната уредба, с изключение на една проба естествена тор суперфосфат по отношение на уран-238.

Получените от НЦРРЗ резултати от радиологичните анализи на продукти от търговската мрежа (прясно мляко, месо, сирене, кашкавал, плодове, зеленчуци, варива, детски млека и др. детски храни), както и смесена диета (24 часово меню), изследвани с цел оценка на облъчване на населението от поглъщане на техногенни радионуклиди, показват съответствие с нормативните изисквания.

При изпълнението на мониторинговата програма в обекти от бившата уранодобивна и уранопереработвателна промишленост са извършени 510 броя измервания на мощност на дозата гама-лъчение, взети са 36 проби вода и 14 проби почви и дънни утайки. Пробите вода се анализират за съдържание на естествен уран, пробите почви и дънни утайки се подлагат на гама-спектрометричен анализ. По показател уран в проби води, изтичащи от минните изработки на обследваните обекти 6 проби са показали резултати над нормативно установените. Стойностите на 10 проби вода за естествен уран са близки до нормативната стойност от 7500 Bq/m<sup>3</sup>.

Оценената годишна ефективна доза от надфоновото облъчване на лица от населението, живеещо около АЕЦ „Козлодуй“ и ПХРАО-Нови хан продължава да е под 10 μSv по оценка, направена въз основа на получените за 2016 г. резултати от радиационния мониторинг в тези райони. Това показва, че не са необходими допълнителни мерки за оптимизиране на радиационната защита на населението. Предвид получените резултати от здравно-радиационния мониторинг и запазването на нивата на радиоактивност в пробите

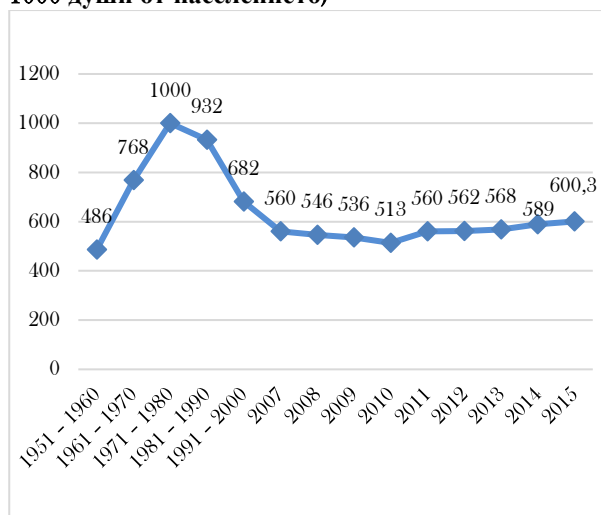
около АЕЦ “Козлодуй” и ПХРАО-Нови хан през последните години се налага преразглеждане и оптимизиране на програмите за мониторинг на тези обекти.

Разумно и обосновано е провеждането на цялостна оценка на облъчване на българското население от естествени и техногенни източници.

### Облъчване в резултат на медико-диагностични процедури

Според обобщените данни за 2015 г., общият годишен брой на рентгеновите изследвания е 4307931 или средно 600,3 изследвания на 1000 души от населението (фиг. 27).

**Фиг. 27.** Динамика в честотата на рентгеновите изследвания в България (брой изследвания на 1000 души от населението)



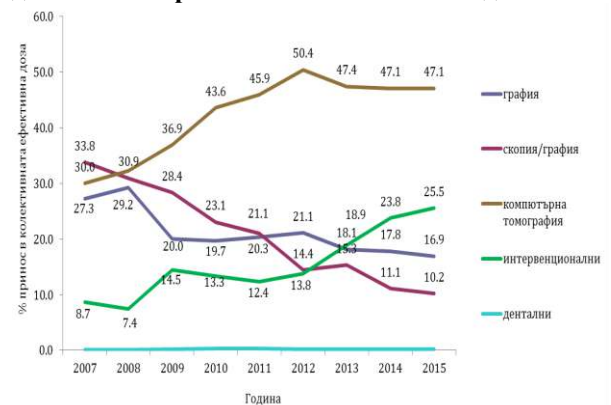
Източник: НЦРРЗ

Налице е бавно нарастване през последните години на броя на извършените рентгенови диагностични изследвания. Наред с общото нарастване на броя изследвания се наблюдава динамика в приноса на различните видове изследвания към колективната доза. (фиг.28)

Колективната ефективна доза от рентгеновата диагностика за 2015 г. се оценява на 4480 man.Sv, спрямо 3191 man.Sv през 2007 г. В периода 2007 – 2015 г. годишната колективна ефективна доза плавно нараства, следвайки динамиката в честотата на рент-

геновите изследвания. Средната годишна индивидуална ефективна доза за 2015 г. от рентгеновата диагностика е 0,6 mSv, което е два пъти по-малко от средната годишна индивидуална ефективна доза за Европа.

**Фиг.28.** Относителен принос (в %) на различните видове рентгенови изследвания в колективната доза на българското население от 2007 до 2014 г.



Източник: НЦРРЗ

Честотата на нуклеарно-медицинският (НМ) изследвания (възрастни и деца) на 1000 души от населението в България по налични данни през 2015 г. е 4,012, която е една от най-ниските в Европа, като е намаляла спрямо 2014 и 2013 г., когато е била съответно 5,116 и 4,395.

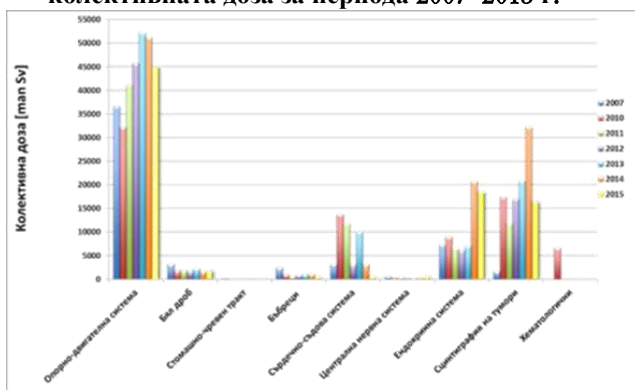
При разпределението на НМ изследвания по вид на използвания радионуклид, преобладава използването на <sup>99m</sup>Tc – 97,7 % през 2007 г. и 84,1 % през 2015 г. Делът на <sup>18</sup>F под формата на FDG е 12,9 %. За момента не се използват други краткоживущи позитронни емитери.

Сцинтиграфията на кости е най-често провежданото НМ изследване при възрастните пациенти в 48,6 % от случаите с планарна гама-камера и в 15,1 % - СПЕКТ) за 2015 г. Приносът на изследванията с ПЕТ в общия брой на НМ изследвания е 13,0 % през 2010 г., като през 2015 г. той остава същият.

Динамиката на броя на НМ изследвания, разпределени по органи и системи за периода 2007 – 2015 г. показва, че постепенно намаляват изследванията на отделителната и ендокринната система. Основен принос в честотата имат изследванията на опорно-

двигателната система (63,7 % през 2015 г.), на туморните процеси (15,1 %), ендокринната система (10,3 %), белодробната перфузия (6,2 %) и отделителната система (2,5 %). Останалите изследвания имат пренебрежимо дял в общата честота. Прави впечатление много ниската честота у нас на изследванията на сърдечно-съдовата система (по-малко от 1,0 %). При децата най-често провежданите изследвания са динамичната бъбречна сцинтиграфия с ДТРА в 20,4 % от случаите и кортекс на бъбрек в 23,0 % от случаите. Сцинтиграфията на кости е провеждана при 11,7 % от пациентите в детска възраст. Други изследвания при деца са меркелови дивертикули и сцинтиграфия на тестиси.

**Фигура 29. Принос на различните изследвания в колективната доза за периода 2007–2015 г.**



Източник: НЦРРЗ

Изследванията на опорно-двигателната система имат основен принос както в честотата, така и в колективната доза. (фиг.29) През 2007 г. следващи по принос в честотата и в колективната доза са били изследванията на ендокринната система, но след въвеждането на ПЕТ те започват постепенно да се изместват от изследванията за целите на диагностиката на тумори. Очаква се в бъдеще, с нарастването на броя на ПЕТ уредбите и осигуряването на клинични циклотрони за производство на краткоживеещи позитронни емитери, приносът на ПЕТ в честотата на НМ изследвания и в колективната доза да нарасне.

Като цяло колективната ефективна доза от НМ изследвания през годината е 91

man.Sv, а средната индивидуална годишна доза е 0,0127 mSv, която е около 2,8 пъти по-ниска от средната за Европа.

През 2016 г. медицинското облъчване с диагностична цел формира сумарна колективна ефективна доза 4571 man.Sv/a. Основен е приносът на рентгеновата диагностика, формираща 4480 man.Sv/a и около 49 пъти по-малък – на радионуклидната диагностика с 91 man.Sv/a.

Средногодишната индивидуална ефективна доза се оценява съответно на 0,626 mSv/a за рентгеновата диагностика и 0,0127 mSv/a за радионуклидната диагностика или общо 0,64 mSv/a.

Очаква се в бъдеще, с нарастването на броя на ПЕТ уредбите и хибридни уредби (ПЕТ-КТ, ПЕТ-МРТ и пр.) и осигуряването на клинични циклотрони за производство на краткоживеещи позитронни емитери, приносът на ПЕТ в честотата на НМ изследвания и в колективната доза да нарасне.

### Индивидуален мониторинг на персонала, извършващ дейности с източници на йонизиращо лъчение

Професионалното облъчване с източници на йонизиращо лъчение може да възникне в най-различни отрасли - медицински, учебни и научноизследователски заведения, съоръжения от ядрения горивен цикъл и др. За осигуряване на радиационната защита на персонала от съществено значение е безопасното и обосновано използване на йонизиращите лъчения и ядрената енергия, изпълнявайки конкретни задачи като непрекъснатата оптимизация на професионалното облъчване и недопускане превишаването на границите на дозите. През 2016 г. е извършван индивидуален мониторинг на дозите от професионално облъчване на 9358 лица, от най-различни области на националното стопанство. Приложение № 1, табл. 9 е показано разпределението на отчетените ефективни дози от вътрешно и външно облъчване по области и по дозови интервали.

През годината е проведен контрол на вътрешното облъчване основно на персонал на „АЕЦ Козлодуй“ ЕАД, ДП „РАО“, както и на работещи на площадката на АЕЦ външни фирми. Общият брой на лицата, на които са проведени целотелесни измервания е 3475. Оценена е само една доза от вътрешно облъчване - 1,06 mSv. В 17 лица са установен постъпления, но очакваните дози са били под нивото за регистрация.

Крайните резултати показват, че колективната доза от професионално облъчване на контролираните лица през 2016 г. е 2,316 man.Sv.

Средната годишна индивидуална ефективна доза от професионално облъчване на контролирания персонал е приблизително 0,25 mSv.

Най-много на брой - 6803 са годишните дози под нивото за регистрация,

Отчетена е една доза над границата на дозата с големина 20,54 mSv и 21 дози над нивото за разследване на условията, при които е получено облъчването. Разследванията, придружени с измервания на работните места не са потвърдили показанията на дозиметрите, поради тази причина най-вероятно отчетените по-високи дози се дължат на неправилно боравене с индивидуалните дозиметри.

Най-високите средни годишни индивидуални ефективни дози, съответно 1 mSv и 0,89 mSv са оценени при производство на изотопи и в нуклеарната медицина.

Забележителна е средната индивидуална ефективна доза в полицията (основно контрол на багажи по границите на България) от 0,6 mSv, където данните от измерванията на работната среда не съвпадат с данните от индивидуалния мониторинг, т.е. очакваното облъчване на този персонал е доста по-ниско от отчетеното с индивидуалните дозиметри.

Подобно повишение би могло с голяма вероятност да се дължи на неправилно боравене с апаратите за контрол на багаж или неправилно използване на дозиметрите.

Резултатите показват, че в България все още не се използват индиректни методи за

оценка на вътрешното облъчване, въпреки доказаните предимства в някои от ситуацията на облъчване, които несъмнено възникват при работа.

Не се провежда мониторинг на вътрешното облъчване в други потенциално значими области, като работата с естествени радиоактивни материали, особено при дейности в обектите на бившия уранодобив, както и при производство и манипулации с техногенни радионуклиди в медицината.

Не се оценява облъчването на екипажите на въздухоплавателните средства, което в някои случаи би могло да достигне до 5 mSv годишно.

### Радон

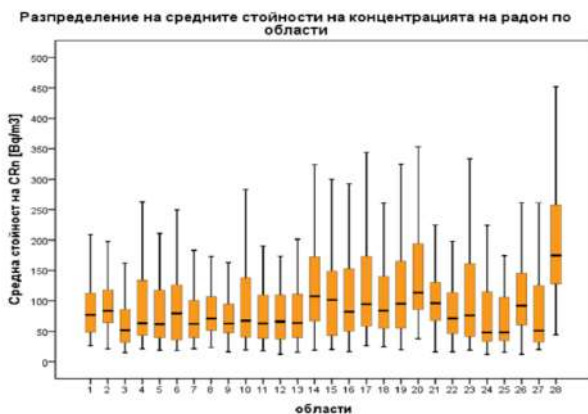
Основният дял в облъчването на човека от естествения радиационен фон се дължи на радон и неговите дъщерни радионуклиди. Най-голям принос за вътрешното облъчване на населението на Земята има естественият радиоактивен елемент радон (радон-222). Подобно на останалите инертни газове, той се вдишва и издишва, без значимо взаимодействие върху организма. Въпреки че  $^{222}\text{Rn}$  е  $\alpha$ -лъчител, биологичната опасност е свързана с краткоживеещите му продукти на разпадане -  $^{218}\text{Po}$ ,  $^{214}\text{Pb}$  и ( $^{214}\text{Bi}$  +  $^{214}\text{Po}$ ). Дъщерните продукти на радона са химически активни, образуват йони, които лесно се прикрепват към аерозолите във въздуха, явявайки се негова съставна част, и чрез инхалиране постъпват в човешкия организъм. Попаднали в организма аерозолите го облъчват вътрешно. Радонът е класифициран от СЗО като канцерогенен за човека. Националното проучване на нивата на радон в сгради има за цел да се оцени скринингово разпределение на средните годишни концентрации на радон в жилища по области в България. Средните годишни концентрации на радон в жилища биха могли да се свържат с облъчването на населението от естествения източник на йонизиращо лъчение - радон.

През 2015- 2016 г. НЦРРЗ проведе национално проучване на концентрацията на радон съвместно с РЗИ, в две фази в рамките на една година, с оценка на средногодишната концентрация на радон в обследваните жилища. Проучването е разработено и координирано от НЦРРЗ и проведено в сътрудничество с РЗИ в страната за позициониране на детекторите и попълване на въпросници. Детекторите са обработени в Лаборатория „Мониторинг и превенция на радон“ в НЦРРЗ. В лаборатория „Мониторинг и превенция на радон“ са обработени 5262 броя чипове за първа фаза и 5242 за втора фаза или общо за двете фази 10 504 детектора.

Измерванията на концентрацията на радон е извършена в 2 776 жилища в цялата страна. Нивата на радон варират от 12 до 1314 Bq/m<sup>3</sup> при средна концентрация на радон 111.2 Bq/m<sup>3</sup>. Резултатите от проучването показват, че 4,4% от населението на България живее в домове с нива на радон над референтната стойност от 300 Bq/m<sup>3</sup>, регламентирани в Наредба за основните норми за радиационна защита - 2012.

Средната стойност на концентрацията на радон в измерените жилища по области варира от 76 Bq/m<sup>3</sup> за област Монтана до 212 Bq/m<sup>3</sup> за област Ямбол. (фиг.30). Областите са представени с номера по азбучен ред, като 1 е Благоевград, а 28 – Ямбол.

**Фиг.30. Средна стойност на концентрацията на радон по административни области**



Резултатите от проучването потвърждават необходимостта от продължаване на съвместните усилия на националните инсти-

туции за намаляване на общия риск за населението, както и индивидуалния риск за всеки индивид.

### **Специализирано медицинско наблюдение, биодозиметрия и изследвания на лица, работещи в среда на йонизиращи лъчения**

През 2016 г. е проведено специализирано медицинско наблюдение на 11 079 лица, работещи с източници на йонизиращи лъчения в цялата страна. Общият брой на извършените прегледи е 25 754, от които 17 193 са редовни профилактични прегледи на 5731 лица, вторичните прегледи са 519. Новопостъпилите пациенти са 947, което представлява увеличение с 4.43% спрямо предходната година. Въвеждането в експлоатация на нова медицинска радиологична апаратура и включването на допълнителен персонал обуславя увеличението на броя проведени прегледи с 13.43%. През отчетния период няма регистрирани професионални лъчеви увреждания.

### **Рискови фактори, свързани с трудовата среда**

У нас заетостта на работещите в традиционно рискови икономически сектори е по-висока в сравнение с голяма част от страните в ЕС, вследствие на което по-висок дял работещи са изложени на физични, химични, биологични и ергономични рискови фактори.

Висок е и дялът на работещите в условия на стрес (ниска автономност, работа в условията на недостиг на време, сменна работа, удължен работен ден и др.), като на тези фактори не винаги се обръща нужното внимание.

Застаряването на работната сила поставя редица предизвикателства при осигуряване на здравословни условия и организация на труд и трудово-медицинско обслужване.

Друг важен проблем е по-ниската информираност на една част от работещите за

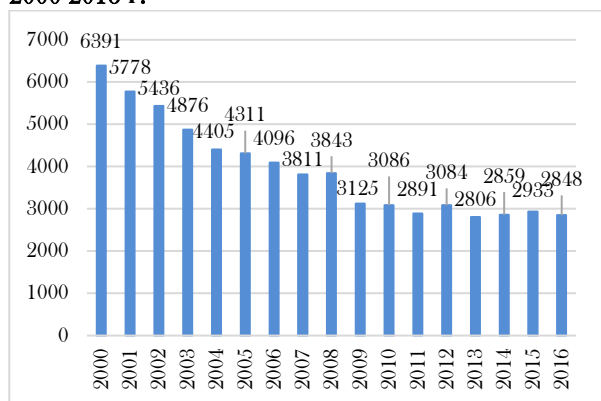
рисковете за здравето и безопасността при работа.

Едни от най-важните показатели за състоянието на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа са трудовият травматизъм и разкриваемостта на професионалните заболявания. Промените в законодателството, въвеждащо превантивни подходи за осигуряване на безопасност и здраве при работа и подобряването на условията и организацията на труда в много предприятия доведоха до понижаване на трудовия травматизъм, но той остава по-висок в сравнение със средните показатели на ЕС.

### Трудови злополуки

Нивото на трудовите злополуки (ТЗ) е един от най-важните показатели за състоянието на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа. През 2016 г. общият брой на злополуките по оперативна информация на НОИ е 2 848, по-малък в сравнение с 2015 г., когато регистрираните трудови злополуки са 2 933 (Фигура 30).

**Фиг.30** Общ брой трудови злополуки за периода 2000-2016 г.



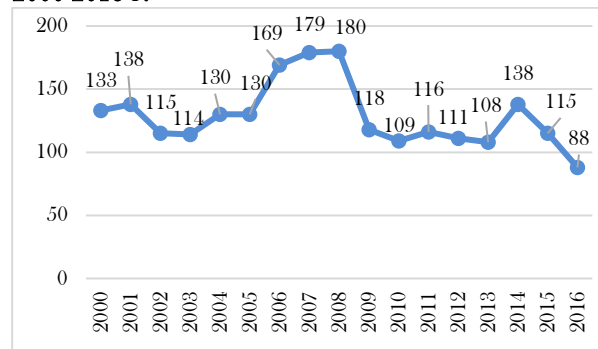
Източник: МЗ

Загубените календарни дни от трудови злополуки са по-малко спрямо 2015 г. с 45% (144 406 при 261 164 за 2015 г.).

Икономическите сектори с най-висок брой трудови злополуки са държавно управление (203 бр.), сухопътен транспорт (187 бр.), търговия на дребно (162 бр.), хуманно здравеопазване (158 бр.).

Смъртните трудови злополуки през 2016 г. са 88, а инвалидизиращите злополуки на работното място са 10, като намаляват – съответно от 115 и 57 през 2015 г.<sup>20</sup> (Фиг.31)

**Фиг.31.** Смъртни трудови злополуки за периода 2000-2016 г.



Източник: МЗ

### Професионални болести

През 2016 г. в териториалните поделения на НОИ са открити 47 досиета за професионални болести, които са по-малък брой в сравнение с 2015 г., когато са открити 66 досиета. Заболелите лица със съмнение за професионален характер на заболяванията са 40, докато през 2015 г. те са били 58. Продължава констатираната през предходните години тенденция на нисък брой разкрити досиета на случаи със съмнение за професионална болест.

Нивото на разкрита професионална заболяемост и болестност в България е значително по-ниско от това в страните от ЕС<sup>21</sup>. Въпреки значителните различия по отношение на признаването на професионалните заболявания в страните на ЕС, трябва да се отбележи, че в по-ниска степен професионалните заболявания са обхванати само в Гърция, Кипър, Исландия и Ирландия.

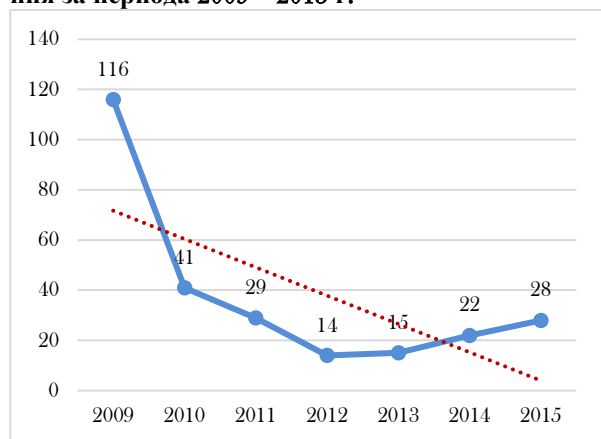
Като пример може да се даде фактът, че съгласно данните на НОИ през последните

<sup>20</sup> Статистика трудови злополуки, Национален осигурителен институт: [www.noi.bg](http://www.noi.bg)

<sup>21</sup> Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects. European Commission, March 2013.

години (2009-2015 г.) в България няма регистрирани случаи на професионална заболяемост от мезотелиом, докато по данни на Националния раков регистър за периода 2007-2013 г. се установяват ежегодно от 42 до 58 нови случаи на мезотелиоми 22, 40 до 56 от които плеврални. Въпреки, че не е проследен професионалният им характер, съгласно критериите на СЗО за 90 % от плевралните мезотелиоми се приема, че имат професионална етиология. Горезложеното предполага, че са налице недостатъци във функционирането на системата за медицинско наблюдение на работещите и ранно активно откриване на професионалните и свързаните с труда заболявания, както и в регистрацията им.

**Фигура 32. Признати професионални заболявания за периода 2009 – 2015 г.**



Източник: МЗ

На фиг. 32 е представена тенденцията при нивото на регистрираната професионална заболяемост. Броят на признатите професионални заболявания остава нисък. За 2015 г. най-голям брой са респираторните професионални заболявания (10), следвани от мускулно-скелетни (6) и неврологични и инфекциозни (по 4). По причина за развитие на професионалните заболявания водещи са физичните фактори и индустриалните фактори, материали и продукти (по 9 случая във всяка група).

Към 28.08.2017 г. действащите служби по трудова медицина (СТМ)<sup>23</sup> са 622 и практиката за участие на специалистите по трудова медицина в повече от една СТМ се запазва. Общо е мнението, че нивото на трудово-медицинската услуга е далеч от желаното, че тя често е формална, свързана с генериране на типизирани оценки на риска и препоръки, без практически принос за опазване здравето на работещите. Високата смъртност на населението в трудоспособна възраст, 21% от общата смъртност през 2016 г. по статистически данни на НОИ, и застаряването на работната сила налага предприемане на спешни мерки за подобряване качеството на трудово-медицинското обслужване, особено по отношение на превенция риска и промоция на здравето на работното място.

В заключение може да се отбележи, че трудовият травматизъм се запазва на нива близки на тези от предходните години, като смъртните трудови злополуки намаляват. Наблюдава се влошаване на разкриваемостта и регистрацията на професионалните заболявания, която остава в пъти по-ниска в сравнение с повечето страни в ЕС. Липсва информация на национално ниво относно свързаните с труда заболявания, и то при много висока ранна смъртност на населението.

Очевидно е наличието на проблеми в трудово-медицинското обслужване, за преодоляването на които са необходими законодателни промени, регламентиращи по-добре условията на функциониране на службите по трудова медицина и извършваните дейности, подобряване обезпечеността с кадри и подготовката им, осигуряване на контрол върху извършваните дейности.

<sup>22</sup> Заболеваемост от рак в България 2009 г., Национален раков регистър: <http://www.sbaloncology.bg/bg/bulgarian-cancer-registry.html>

<sup>23</sup> Регистър на СТМ, МЗ



### 4.1.3. Рискови фактори, свързани с начина на живот

#### Тютюнопушене

Употребата на тютюн е една от водещите предотвратими причини за разнообразни хронични незаразни болести и преждевременна смърт. За да бъде постигнато намаляване на заболяемостта и смъртността, свързани с употребата на тютюн, важен приоритет на общественото здраве трябва да стане превенцията на тютюнопушенето сред младите хора, което е и абсолютно задължителен елемент от всяко помасшабно усилие за предотвратяване на тютюнопушенето.

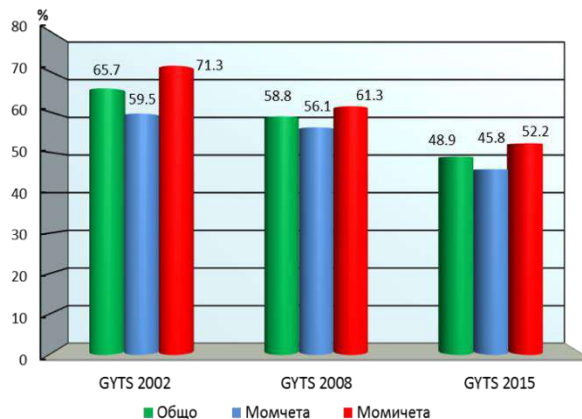
През 2015 г. България участва в 3- Глобалното проучване на тютюнопушенето при младите хора (GYTS), разработено от Структурата на СЗО „Инициатива „Без тютюн“, СЗО и Отдел „Здраве и тютюнопушене“ към Центъра за контрол и превенция на заболяванията (CDC) (предходни проучвания през 2002, 2008) Резултатите от GYTS осигуряват актуална, единствена по рода си, национално представителна информация за употребата на тютюневи изделия и нейните детерминанти, както и за 14-годишната динамика на това явление сред българските ученици на възраст 13-15 години.

Представеният сравнителният анализ от трите етапа на проучването на основните индикатори, свързани с различните положения на мерките в РККТ и MPOWER, позволява да бъде оценена ефективността на политиката за контрол на тютюна с цел защита на младите хора от тютюнев дим.

Анализът на резултатите показва, че експериментирането с цигари<sup>24</sup> показва стабилна обща низходяща тенденция – в рамките на трите етапа на проучването броят на експериментиралите с цигари е намалял с 16.8%, по-силно изразено при момичетата (от 71.3% през 2002 г. до 52.2% през 2015 г. (Фиг. 33).

<sup>24</sup> Опитвали някога да пушат цигари, дори само едно-две дръпвания

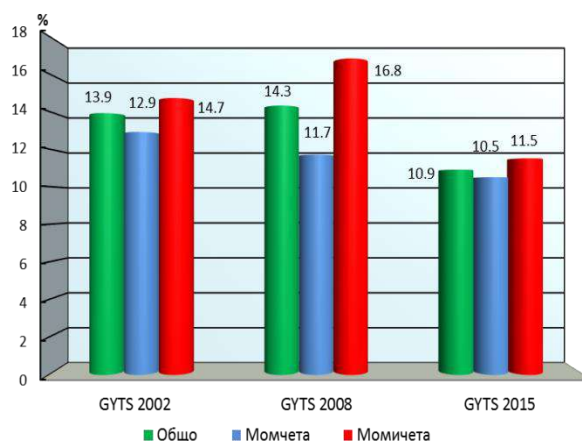
Фигура 81. Промени в дела на учениците, опитвали някога цигара, през трите етапа на проучването GYTS, България



Статистически значимият спад в общия дял настоящи пушачи на цигари<sup>25</sup> в 14-годишна динамика от 33.1% през 2002 г. до 20.4% през 2015 г., се дължи на основно на изразеното намаление на броя им през 2008 г. в сравнение с 2002 г. и стабилизирането му след това. Като цяло и в трите етапа на проучването момичетата пушат повече от момчетата.

Броят на регулярните, ежедневни пушачи на цигари (пушат 20 и повече дни в месеца) намалява от 13,9% през 2008 г. до 10,9% през 2015 г. (Фиг. 83).

Фигура 33. Дял на ежедневните пушачи на цигари и промените в него през трите етапа на проучването GYTS, България

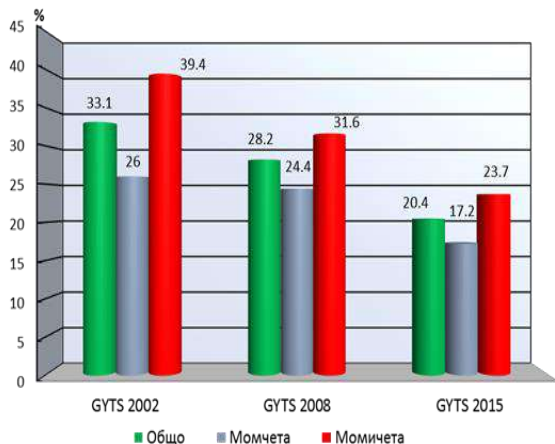


При индикатора за възприемчивост (склонност към пропушване) се наблюдава значителен спад в показателите за възприемчивост между 2008 г и 2015 г (20.4%), като намалението е и при двата пола – с 7.2

<sup>25</sup> Пушили 1 или повече цигари през последните 30 дни

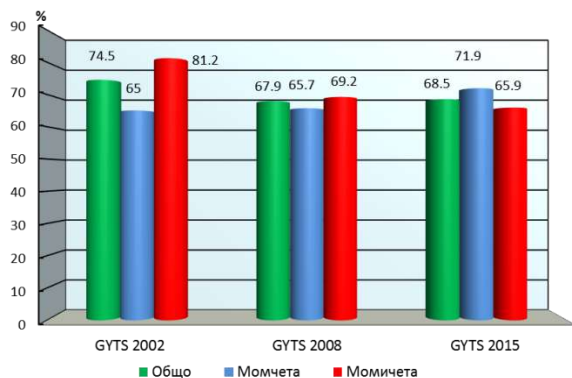
пункта при момчетата и с 7.9 пункта при момичета (Фиг. 34).

**Фигура 34.** Тенденции за индикатора на възприемчивостта през трите етапа на проучването GYTS, България



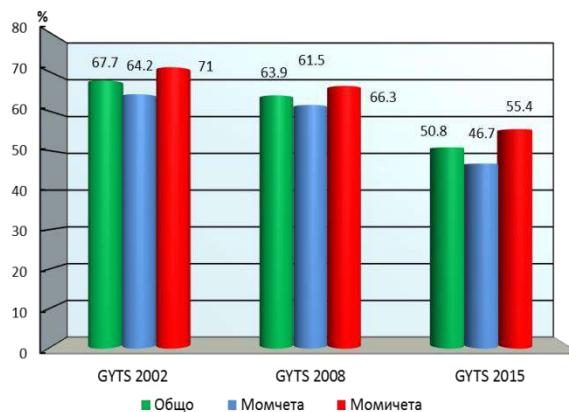
Над 2/3 от учениците купуват без проблем цигари, независимо от възрастта си. След първоначално понижение от 74.5 % през 2002 г. на 67.9% през 2008 г., дължащ се на 15-пунктов спад при момчетата (от 81.2% през 2002 г на 65.7% през 2008 г.), делът им практически не се променя през 2015 - 68.5% за цялата извадка, без значими разлики по пол. (фиг.35)

**Фигура 35** Промени в дела на учениците, безпроблемно купувачи цигари, през трите етапа на проучването



През първите два етапа на проучването около 2/3 от учениците са изложени на вторичен тютюнев дим в дома си (67.7% през 2002 г. срещу 63.9% през 2008 г).

**Фигура 36.** Промени в пасивното тютюнопушене в дома си през трите етапа на проучването GYTS, България



Броят им през 2015 г. намалява статистически значимо с 16.9 пункта спрямо 2002 и 13.1 пункта спрямо 2008 г. (Фиг. 36).

GYTS, 2015 за първи път изследва употребата на наргиле сред българските ученици. Резултатите показват, че повече от една трета от настоящите пушачи на цигари са опитвали наргиле (36.2%), без установени разлики по пол (36.1% и за двете групи). Сред учениците на възраст 15 години техният дял е 1.7 пъти по-голям (43.3%), отколкото в групата на 13-годишните (24.5%). В София делът на учениците, опитвали наргиле, е 1.5 пъти по-голям (49.0%), отколкото в останалата част от страната (33.6%).

Около една пета от експериментиралите са настоящи пушачи на наргиле (16.9%), със сходен дял при двата пола - 17.2% при момчетата и 16.5% при момичетата ( $P > 0.05$ ). Пушачите на наргиле сред 15-годишните са два пъти повече (20.6%), отколкото сред 13-годишните (10.9%). От друга страна, изключително обезпокоителен е фактът, че 10.9% от никога не употребявалите тютюневи изделия ученици са опитвали да пушат наргиле - двукратно повече момчета сравнение с момичетата (14.8% срещу 7.3%) и най-много сред тези на 14-години. Малък брой (4.1%) от непущачите, експериментирали с наргиле, пушат редовно в момента на изследването (5.6% момчета и 2.2% момичета). Най-много пушачите на наргиле се установяват сред 14-годишните (5.6% срещу 1.5% от 13-годишните и 4.4% от 15-годишните).

Тези данни са в подкрепа на редица проучвания, сочещи наргилето като възможна „входна врата“ към употребата на цигари и други конвенционални тютюневи изделия. Според последните данни на Международния сравнителен изследователски проект ESPAD 2015 за употреба на алкохол, цигари и наркотици сред 16-годишни ученици<sup>(1)</sup>, представени през септември 2016 г.:

„Пушенето и употребата на алкохол сред 15-16-годишните ученици в Европа показват признаци на намаляване, но се появяват опасения, свързани с нови наркотици и нови поведения на зависимост“.

ESPAD 2015

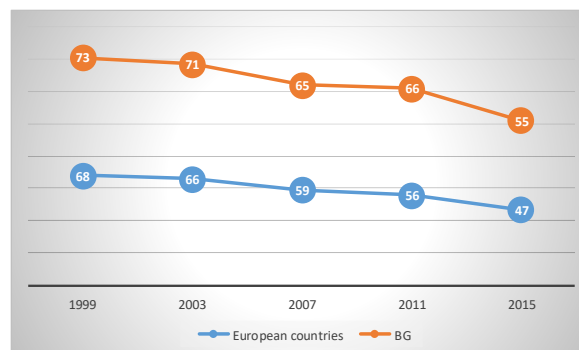
Проучването се основава на Европейското сравнително проучване, проведено през 2015 в 35 европейски страни, една от които е България. Общо 96 043 ученици в Европа са взели участие в последният етап от проучването през 2015 г., като България участва в него от 1999 г.

По отношение на тютюнопушенето сред тийнейджърите в Европа, в контекста на политическите мерки свързани с тютюневите изделия, въведени през последните две десетилетия, по всички показатели се отчитат положителни тенденции.

В изследването от 2015 г. повече от половината от анкетираните съобщават, че те никога не са пушили, докато по-малко повече от една пета съобщават, че са "настоящи пушачи" (пушили са поне веднъж през последните 30 дни).

Тези тенденции са валидни и за нашата страна, но за съжаление България е на първо място сред страните, в които най-много млади хора са пушили поне веднъж в живота (55%), като това са 60% от момичетата и 51% от момчетата.

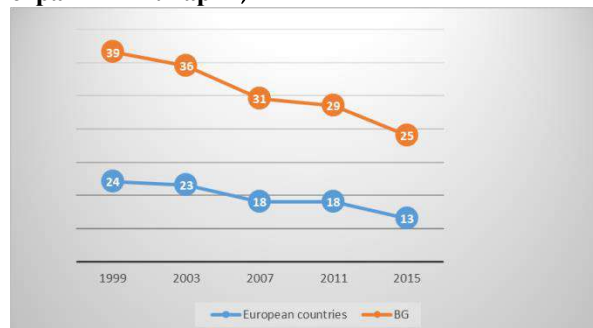
**Фигура 37. Употреба на цигари поне веднъж в живота (Средно за 35 Европейски страни и България)**



Поне веднъж през последните 30 дни са пушили 33% от българските ученици (37% от момичетата и 30% от момчетата), а ежедневните пушачи (поне по 1 цигара на ден) са почти два пъти повече от средния дял за страните, участвали в изследването (25% български ученици срещу 13% ученици средно за всички европейските страни, участвали в изследването).

Делът на учениците, които са започнали ежедневно пушене в ранна възраст (преди 13 г.) е намалял през тези 20 години средно от 10% до 4% в Европа, като в нашата страна е намалял от 9% до 7%. Ежедневното пушене, включително ранното начало на тази практика, продължава да бъде разпространено сред момчетата, но разликата между половете като цяло е намаляла през 20 годишния период. България е сред малкото страни, в които момичетата пушат повече от момчетата.

**Фигура 38. Ежедневно пушене поне по една цигара на ден (Тенденции средно за 35 Европейски страни и България)**



Независимо от благоприятните промени в политиката за тютюна през последните две десетилетия, резултатите от двата проекта

неоспоримо доказват, че тютюнопушенето сред младите хора остава все така сериозен и приоритетен проблем на общественото здраве в България. Те очертават острата необходимост от разработване и прилагане на качествено нови подходи и програми за превенция още в най-ранна училищна възраст, целящи предотвратяване на „началната“ употреба на цигари или максимално отлагане на пропушването и осигуряване на подкрепа за желаещите да се откажат.

Интервенциите за ограничаване на тютюнопушенето в тази възраст трябва да се осъществяват съгласувано с други признаци за ефективни методи за контрол на тютюна (цени на тютюневите изделия, регулаторни подходи, спазване на забраните за тютюнопушене, задължително здравно образование). Насърчаването на младите пушачи да се откажат, заедно с предотвратяване на пропушването при мнозинството особено уязвими непушачи, могат да станат важна стъпка в тази посока.

Необходимо е въвеждането на ефективни интервенции на семейно ниво, целящи да подготвят родителите за поддържане на дома, свободен от тютюнев дим, отрано да заложат очаквания за непропушване и да изграждат умения за устояване срещу влиянието и натиска на връстниците. Родителите трябва да ограничават контактите на подрастващите с медии за възрастни и да използват съвместното гледане на телевизия за обсъждане на това, как екранният образ на пушенето влияе върху поведението на подрастващите.

Необходима е съвместна работа с Министерството на образованието за широко включване, във всички класове на основното и средно училище, на ефективно образование по проблемите на тютюнопушенето, основано на предварителна и системна оценка на потребностите, нови, партиципативни обучителни методи и подход „връстници за връстници“, едновременно с изграждане на подкрепяща среда и постоянна обратна връзка за ефективността на програмата.

Наложително е разработването и прилагането на комбинирана стратегия за стриктно прилагане на забраната за продажба на тютюневи изделия на непълнолетни чрез повишаване на осведомеността за нормативната уредба и основанията за нея, лобиране за това обществеността и съответните агенции да подкрепят принципите ѝ и да започнат да преследват нарушителите на закона.

### Употреба на наркотици

През последните години се наблюдава известна динамика в основните показатели за употребата на наркотици в България, което съответства на общите тенденции в Европейския съюз.

По обобщени данни от проучвания през периода 2010-2012 г.<sup>26</sup> общо около 560-570 000 български граждани от 15 до 64 години поне веднъж в живота си са употребили някакво наркотично вещество. От тази гледна точка се наблюдава увеличение на броя на хората с най-малко една употреба на някое от веществата. Проучване сред общото население (15-64 г.) показва, че към края на 2012 г. 8.4% от населението е в тази група.

Младите хора на възраст между 15 и 34 години представляват около 80-83% от всички лица във възрастовия диапазон 15-64 години, които поне веднъж в живота си са употребили някакъв наркотик. Между 36 и 39% от студентите и учениците от 9-ти до 12-ти клас поне веднъж в живота си са пробвали някакво наркотично вещество. Структурата на употребата по вид вещество остава като цяло без особени промени през последните пет години.

Канабисът остава най-често употребяваният незаконен наркотик в България. Разпространението на употребата на канабис в България остава относително стабилно. Наблюдава се тенденция на увеличаване употребата сред по-младото население. Употребата на хероин и други опиати в

<sup>26</sup> Националната стратегия за борба с наркотиците 2014-2018 г.

България остава сравнително стабилна с лека тенденция за намаление през последните пет-шест години. Хероинът продължава да бъде най-често употребяваният опиоид, въпреки че се наблюдава тенденция за увеличаване на разпространението на употребата на метадон (не за лечение) и други синтетични опиоиди.

През последните 5 г. се наблюдава тенденция на постепенно намаляване на дела на хероина като първо проблемно вещество сред пациентите, регистрирани в системата за търсене на лечение. В същото време се наблюдава постепенно увеличение на дела на тези, които търсят лечение във връзка с употреба на кокаин, други стимуланти и канабис. Възможно е тази тенденция да се дължи на по-големия дял в сравнение с предишни години на включените психосоциални интервенции като елемент от лечението във връзка с употреба на амфетамини, бензодиазепини и марихуана. Намалява броя на лицата, търсещи лечение във връзка с употреба на хероин или други опиати, както и повишаване на средната възраст на потърсилите лечение.

През 2015 г. 64,4% от регистрираните лица потърсили лечение са с основно проблемно вещество хероин; в по-малка степен метадон (10,4%, не за лечение - 4,9%), амфетамини (6,0%), марихуана (5,5%), бензодиазепини (ривотрил, диазепам) - 2,4%, кокаин, вкл. крек (2,0%), антидепресанти (1,6%), екстази (1,5%). 48,5% от потърсилите лечение са декларирали, че са започнали употребата на основното проблемно вещество на възраст до 19 г. включително, а 6,5% - до 14 г. включително.

Разпространението на ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици показва тенденция за понижаване на нивото в София - 2.4 % от изследваните в лабораторията на НЦН 332 лица за 2016г. В последните пет години нивото на HIV инфекцията при употребяващите инжекционно наркотици бележи тенденция на задържане - около 3% от тестваните. За 2016 година за първи път от 5 години е под 3 %

Нивото на Хепатит В инфекция продължава да спада в цялата група на употребяващи наркотици, особено при лица под 25 г., употребяващи инжекционно наркотици, което вероятно е последица от успешно провеждащата се от 1992 г. ваксинационна програма на всички новородени в страната. Нивото на инфектирани с вируса на Хепатит С за всички интравенозни изследвани в София е 51 %. Може да се отбележи, че има тенденция на постоянен спад в период от три години на нивото на инфектираност.

През 2016 г. България участва в поредния етап на международното проучване ESPAD.

По данни на ESPAD, 2015 г., като цяло 18% от учениците в Европа съобщават, че са използвали наркотици поне веднъж в живота си, като нивата варират значително в различните страни, участващи в проекта (диапазонът е от 6% до 37%). Следвайки общата тенденция на нарастване разпространението на употребата на наркотици в повечето страни в периода между 1995 и 2003 г., употребата до голяма степен остава стабилна от 2003 г. насам. Въпреки това, употребата на наркотици остава на високи нива, като 10 страни, една от които е България, отчитат нива по-високи от 25%.

Най-разпространеният наркотик във всички страни, участващи в ESPAD е канабис. Средно, 16% от учениците в Европа съобщават за употреба на канабис поне веднъж в живота си (диапазон: 4% - 37%), като употреба поне веднъж в живота е посочена от 27 % от българските ученици. Средно 7% от учениците в Европа и 12 % от българските ученици са употребявали канабис поне веднъж през последните 30 дни (диапазон: 17% - 1%). Между 1995 и 2015 г., тенденциите в употребата на канабис сочат общо увеличение както поне веднъж в живота (от 11% до 17%), така и поне веднъж в последните 30 дни (от 4% до 7%). Употребата поне веднъж в живота достига своя връх през 2003 г. (19%) и леко се понижава след това (17%). Сериозно увеличение се наблюдава в употребата на канабис и в

нашата страна - поне веднъж в живота - от 12% през 1999 г. до 27% през 2015 г.; и поне веднъж през последните 30 дни - от 8% през 1999 г. до 12% през 2015 г.

Три от всеки десет ученици (30%) смятат, че канабисът е лесно достъпен. Усещането за достъпността на другите незаконни наркотици е сравнително ниско: екстази (12%), кокаин (11%), амфетамин (9%), метамфетамин (7%) и крек (8%).

Трябва да се подчертае, че употребата на незаконни наркотици сред учениците в България постепенно се увеличава, като за периода от 16 години (между 1999 и 2015 г.) дялът на учениците с опит в употребата на незаконни наркотици се е увеличил с 16 процентни пункта или повече от двойно (от 14 % до 30 %). И за нашата страна канабисът е най-употребявания незаконен наркотик. Близко 45 % от нашите ученици намират канабиса за лесно достъпен. Употребата на други незаконни наркотици е значително по-ниска от тази на канабиса. В повечето страни, участващи в ESPAD, 4% от учениците съобщават, че поне веднъж в живота си са опитвали нови психоактивни вещества (НПВ) (диапазон: 1% - 10%), а 3% са заявили, че са ги използвали поне веднъж в живота (диапазон: 8% - 1%), като за България този процент е 6 (6% за момчета и 5% за момичета). Този дял е по-висок дял от повечето незаконни наркотици, различни от канабис, употребявани от учениците в нашата страна.

### **Прекомерна употреба на интернет, онлайн гейминг, хазартни игри**

Международният доклад на ESPAD 2015 представя информация за опита на учениците и възприятия им за прекомерната употреба на интернет и онлайн гейминг, и на хазартни игри сред младежите, които са изследвани за първи път в този кръг на проучването.

„Интернет вече е неразделна част от ежедневието и развитието на моделите на употреба, свързана с пристрастяване, сред децата и юношите трябва да

бъдат внимателно наблюдавани и изследвани“, се посочва в доклада. Въпроси относно степента и целта на използването на интернет бяха включени в най-новия въпросник, с фокус върху шест дейности: използване на социалните медии; търсене на информация/сърфиране; стрийминг/изтегляне на информация; онлайн игри/гейминг; хазарт онлайн и купуване/продаване.

Като цяло, учениците в Европа използват интернет 5,8 дни в седмицата, а българските ученици 5,1 дни. Момчетата редовно използват социалните медии по-често от момчетата (четири или повече дни през последната седмица) (83% срещу 73%). Онлайн игрите са по-разпространени сред момчетата (39% в сравнение със 7%). Във всички страни значително повече момчета, отколкото момичета, докладват за опит с хазартни игри онлайн във всичките им форми - средно (23% срещу 5%) или често (12% срещу 2%) през последната година.

Изследователската група на ESPAD<sup>27</sup> изразява загриженост по отношение на популярността на онлайн игрите и хазарта сред младежите: "Мерките за предотвратяване развитието на проблеми, свързани с хазарта, като дългове, психологически дефицити и социални неблагоприятности сред младите хора са с висок приоритет".

### **Алкохол**

Консумацията на алкохол и по-специално злоупотребата с него е една от проявите на нездравословен начин на живот и е проблем за повечето страни в света, включително и за България. Освен, че предизвиква зависимост, употребата на алкохол причинява различни психични, неврологични,

<sup>27</sup> (1) Докладът (на английски език) и пълният набор от данни са публикувани в интернет на [www.espad.org](http://www.espad.org).

(2) Политически мерки са изпълнени в по-голямата част от европейските страни в контекста на Рамковата конвенция за контрол на тютюна (РККТ) през последните две десетилетия (Shibuya, K., Ciecierski, C., Guindon, E., и Bettcher, D.W. (2003); Рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюна: развитие въз основа на доказателства на конвенция за глобалното обществено здраве, *British Medical Journal*, 327 (7407), 154.

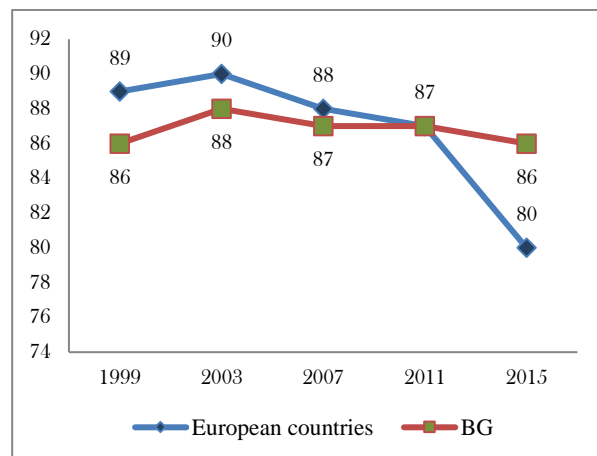
соматични заболявания и е рисков фактор за редица социално значими заболявания.

По данни на Националното проучване на факторите на риска за здравето, 2014 г.<sup>28</sup>, над 65% от лицата на 20+ години, употребяват алкохол (бира, вино, концентрати). Всеки четвърти го консумира ежедневно, като делът на мъжете е 3.7 пъти по-голям от този на жените. Сред мъжете преобладават 45-64-годишните, а при жените – тези на 20-24 и 35-44 години. С рисковата седмична консумация на алкохол са 7.4% от мъжете и 4.0% от жените, а с високо-рискова – съответно 13.6% и 3.4% от тях. Средното количество АА при мъжете е 192.07 мл АА, при жените - 53.60 мл.

Тревожна е ситуацията и при подрастващите. Над 62% от децата на 10-19 г. са опитвали алкохол, като средната възраст на първата консумация е 13 г. Консумират алкохол 48% от тях, ежедневно - 1.4%, понякога - 46.6%. Повече от 10 пъти през годината са се напивали 2.6% от учениците, като най-висок е делът на 15-19-годишните момчета. От 4 до 10 пъти са злоупотребили с алкохол 5.7% от анкетираните. Според последните данни на Международния сравнителен изследователски проект ESPAD 2015 за употреба на алкохол, цигари и наркотици сред 16 годишни ученици в България 86% от шестнадесетгодишните (88% момчета и 85% момичета) са опитали някакъв алкохол поне веднъж в живота. В европейските страни тенденциите от 1995 г. насам показват известно положително развитие.

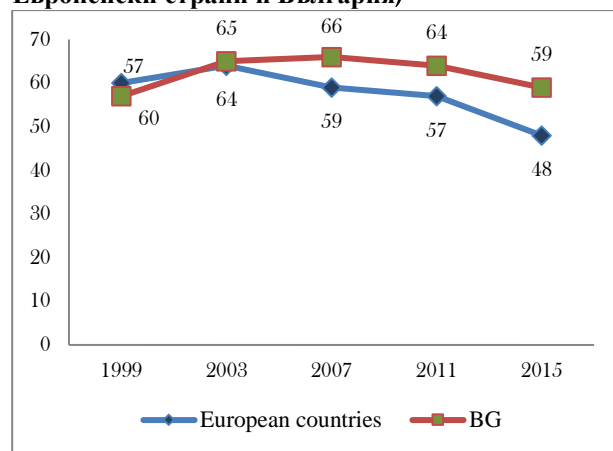
Употребата на алкохол поне веднъж в живота е намаляла от 89% на 81% между 1995 г. и 2015 г., както и употребата на алкохол поне веднъж през последните 30-дни (от 56% до 47%), като се наблюдава подчертано намаляване след пика през 2003 г.

**Фигура 39. Употреба на алкохол поне веднъж в живота (Средно за 35 Европейски страни и България)**



През последните 30 дни поне веднъж са пили алкохол 59% от българските ученици (60% от момчетата и 57% от момичетата), като всеки от употребяващите е пил поне по едно питие средно седем пъти през последния месец, при 5,4 среден брой пъти за Европа.

**Фигура 40. Употреба на някакъв алкохол поне веднъж през последните 30 дни (Средно за 35 Европейски страни и България)**



Най-често са пили алкохол 16 годишните от Лихтенщайн (9 пъти) и Кипър (8 пъти), а най-рядко 16 годишните от Швеция, Естония, Исландия, Норвегия и Финландия (3 пъти).

Честотата на разпространение на "ексесивното епизодично пиене" в Европа, обаче, е останала непроменена през 20 годишния период, със стойности през 2015 г. подобни на тези през 1995 г. Въпреки това, в някои страни, след прогресивно увеличение от 1995 г. до 2007 г., стойностите на

<sup>28</sup> Национално изследване на факторите на риска за здравето сред население на възраст 10-19 г. и над 20 г., Българско списание за обществено здраве, 2016, том 8, кн.4

разпространение намаляват ясно в периода 2011-2015 г. (за момчета - от 44% до 37%; за момичета - от 38% до 33%). По-проблемно е, че всеки трети ученик (35%) съобщава за ексесивно епизодична пиене през последния месец в настоящото проучване. За съжаление, в нашата страна се запазва тенденцията от 2007 г. насам, като *пет и повече питиета при един случай* поне веднъж в последния месец са пили 46% от българските младежи (това са 50% от момчетата и 42% от момичетата). Най-високи са стойностите за Дания (56%) и Австрия (53%), а най-ниски за Норвегия (19%) и Исландия (8%).

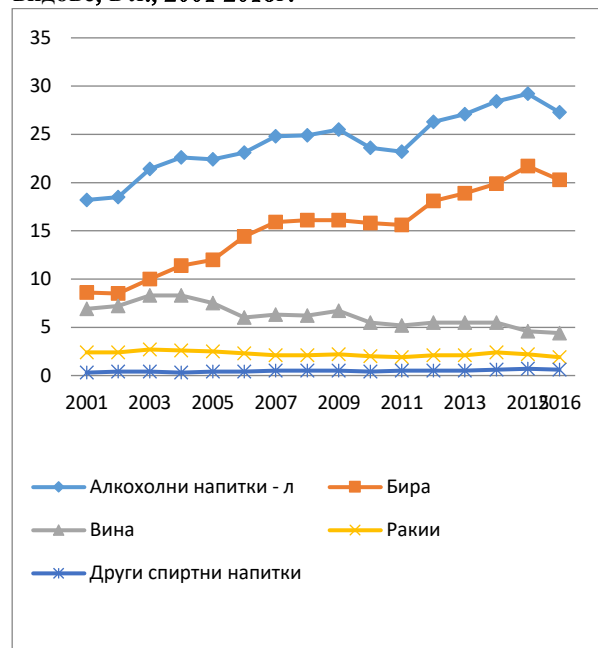
Важно е да се подчертае, че България не е сред страните с най-голямо средно количество чист алкохол, изпит в последния ден на употреба. При средна употреба 4,7 сантитра чист алкохол за всички страни, участвали в изследването, българските младежи са пили средно по 4 сантитра, като разликата между момчетата и момичетата е значима (4,9 сантитра за момчетата и 3,1 сантитра за момичетата).

Над три четвърти от анкетираните (78%) съобщават, сравнително лесен достъп до алкохол. Това е и мнението на 88% от българските ученици.

Данните от проучванията се потвърждават и от националната статистика за потреблението на домакинствата. През последните 15 години в страната ни се наблюдава значимо нарастване (с 10.1 литра) на консумацията на алкохолни напитки средно на лице от домакинство, увеличават се значително и разходите за алкохолни напитки (като абсолютни стойности) по данни на НСИ. (фиг. 41)

Отчитайки световната тенденция за увеличаване консумацията на алкохол и съпътстващите я вредни последици, следва да бъдат предприети адекватни мерки за ограничаване на злоупотребата с алкохол в национален мащаб.

Фиг. 41 Консумация на алкохолни напитки по видове, в л., 2001-2016г.



Източник: НСИ

### Намалена физическа активност

Ситуационният анализ за нивото на физическа активност сред населението в България, по данни на Националното изследване на факторите на риска за здравето потвърждава факта, че е налице сериозен проблем за общественото здравеопазване:

Нараства бездвигжането на населението в страната, което в съчетание с другите фактори на риска обуславя високата заболяемост и смъртност от заболявания с голяма социална значимост - хипертонична болест, исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест, някои форми на онкологични заболявания и др.

Съществува дефицит за здравно-образователна информация относно ролята на физическата активност за здравето. Недостатъчни са знанията, уменията и мотивацията сред населението за превенция и контрол на предотвратимите рискови фактори, включително и ниската физическата активност.

Социално-икономическата и културна среда оказват влияние върху здравословния



избор на значителна част от населението, особено за това, което е с ниско ниво на доходи и образование.

Налице са изолирани действия за повишаване на физическата активност сред населението, в рамките на различни обществени структури, което затруднява преодоляването на този проблем. Традиционните инструменти за приобщаване на населението към физически активен начин на живот до този момент се оказват недостатъчни.

Подходите за насърчаване на физическата активност през последните години са се променили съществено. В продължение на няколко десетилетия почти всички интервенции са насочени към образоването и мотивирането на хората да бъдат физически активни.

Интервенциите през 21-ви век се разширяват с оглед интегрирането на физическата активност в ежедневието на хората чрез дейности по време на отдих, придвижване, работа и обучение.

Актуални остават проблемите свързани с прилагането на индивидуални подходи към високорисковите групи, подобряване на достъпа на различните социални групи от населението до програмите за физическа активност, закрепване на дългосрочните ефекти, намаляване на разходите и разширяване на познанията за социалната и градска среда, както и за стратегическите подходи и политики в тази област на поведение и здраве.

Съществуват голям брой фактори, влияещи на мотивацията на хората да бъдат физически активни, сред които:

- ✓ пътната инфраструктура, приспособена изключително за автомобили, затрудняваща пешеходци и велосипедисти;
- ✓ нарастващата компютързация и механизация на труда, което води до предимно седяща работна поза;
- ✓ недостиг и лоша поддръжка на паркове и зелени пространства;
- ✓ градоустройствени планове, водещи до проектиране на цели райони, изискващи придвижване с кола и възпрепятстващи ходенето пеша;

- ✓ ограничаване на часовете по физическо възпитание и други форми на двигателна активност и активен отдих в училищата и парковете.

Насърчаването на физическа активност изисква съгласувани усилия от правителствените и неправителствени организации, които да окажат помощ и съдействие за намаляване на заседналият начин на живот и повишаване на физическата активност на населението, създаване на подкрепяща физическата активност околна среда. В рамките на междуведомствения подход държавни, регионални и местни органи на управлението трябва да участват в планирането на транспорта и градоустройството, строителството, училищата, работните места, а здравните власти да насърчават дейности като ходене пеша, колоездене, спорт и активен отдих.

### **Хранене и хранителен статус на населението в България**

Здравословното хранене и физическата активност са детерминанти на здравето и едни от съществените фактори за превенция на риска от хронични неинфекциозни заболявания като сърдечносъдови болести, рак, диабет, остеопороза и др., както и на затлъстяването, явяващо се един от сериозните съвременни здравни проблеми. През последните години се наблюдава положителна тенденция в модела на потребление на храни - намаляване консумацията на тестени изделия, компоти, туршии, кайма и субпродукти, на добавени мазнини и захар. Запазва се консумацията на безалкохолни, а в тази на алкохолни напитки има лек спад. Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на захарни и шоколадови изделия, и намаляване консумацията на мляко, риба, бобови храни, плодове и зеленчуци. Потреблението общо на хляб и тестени изделия намалява, като от 2010 до 2016 г. употребата на тези основни за българския модел на хранене продукти е намаляла с 18,5%. Подобна е и тенденцията при консумирането на картофи в същия период,

като се наблюдава 11,8% спад.

Потреблението на пресни и замразени зеленчуци и плодове има обща тенденция за нарастване, като през 2016 г. се наблюдава отново повишаване на консумацията на плодове и зеленчуци с 2,5% спрямо тази през 2015 г. Средно дневното потребление на плодове и зеленчуци на лице през 2016 г. е 326 грама и не достига препоръчителните нива за дневен прием от 400 грама. За периода 2010-2016 г. се запазва благоприятната тенденция за намаляване на консумацията на компоти с 46,1% и туршии с 37,0%.

През периода 2010-2016 г. се наблюдава запазване нивото на потребление на месо, но с промяна в структурата на отделните видове меса – увеличава се консумирането на свинско месо с 27,3% и се запазва на други видове меса - от едър рогат добитък, агнешко, ярешко и домашни птици. Нивото на потребление на месни произведения нараства между 2010 г. и 2013 г., след 2014 г. постепенно намалява и през 2016 г. е под това от 2010 г., със 13,1 кг средно годишно на лице от домакинство или 35,8 грама на ден. Потреблението на риба и рибни продукти е с плавна тенденция за нарастване до 2013 г. след което се наблюдава спад, като през 2016 г. потреблението е 5,0 кг и е идентично на това от 2010 г.

От 2010 г. до 2016 г. консумирането на млечни продукти се запазва в рамките на препоръчаните нива. Потреблението на мляко обаче намалява с 17,2% през този период и е по-ниско от препоръчителните количества.

За периода 2010-2016 г. се наблюдава 14% спад в потреблението на бобови храни, понижава се употребата на добавени мазнини, като потреблението на олио намалява с 12,0%, на маргарин и други растителни мазнини с 21%. След 2011 г. не се употребява свинска мас в ежедневието, за сметка на това се отбелязва 5 пъти увеличение потреблението на млечно масло.

През периода 2010-2016 г. продължава тенденцията на намаление на употребата

на захар, като среднодневно на лице от домакинство през 2016 г. консумацията на захар е намаляла с 15%. Запазва се тенденцията за увеличение потреблението на захарни и шоколадови изделия и за посочения период нарастването е с 24%. Употребата на безалкохолни и алкохолни напитки се увеличава в периода от 2010 г. до 2015 г., като през 2016 г. се наблюдава запазване на потреблението на безалкохолни напитки, а на алкохолни напитки е спаднало с 2%.

През 2016 г. НЦОЗА, съвместно с РЗИ проведе национално представително изследване при 3732 деца на 7-годишна възраст.<sup>29,30</sup> Проучването е трето за страната в рамките на Европейската инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца. Въз основа на извършената оценка на хранителния статус и анализ на основните рискови фактори за наднормено тегло в детска възраст могат да се направят следните изводи:

Висок е относителният дял на наднормено тегло (вкл. затлъстяване) (29,8% при момчетата и 28,7% при момичетата) и затлъстяване (15,4% при момчетата и 11,4% при момичетата) сред учениците в първи клас на 7-годишна възраст в България.

Наблюдава се благоприятна тенденция за задържане на нивата на наднормено тегло и затлъстяване в сравнение с предишния кръг на инициативата през 2013 г.

В училищната среда са създадени условия за физическа активност на учениците; в програмата на по-голяма част от училищата са включени инициативи за промоция на здравето (68,5%) и обучение за принципите на здравословно хранене (91,5%). Отчита се благоприятна тенденция за леко

<sup>29</sup> Duleva V, Chikova-Iscener E, Petrova S, Dimitrov P, Bojilova D. Prevalence of Overweight and Obesity Among 7-Year-Old Bulgarian Schoolchildren in 2016. *Obesity Facts* 2017; 10 (suppl 1): IV; 24-th European Congress on Obesity, ECO 2017, Porto, 17-20 May 2017, Abstracts: 249.

<sup>30</sup> Чикова-Ишченер Е., В. Дулева, С. Петрова, Л. Рангелова, П. Димитров, Д. Божилова. Оценка на наднорменото тегло и свързаните рискови фактори при първокласници на 7-годишна възраст в България през 2016. VIII Национална конференция по хранене, 1-3 юни 2017 г., Варна

намаляване на относителния дял деца, които консумират ежедневно храни с високо съдържание на добавени мазнини, захар и сол в сравнение с предишните кръгове. Същевременно не се наблюдава чувствително увеличаване на консумацията на храни с доказани здравни ползи като пресни плодове и зеленчуци. Профилът на храните, предлагани на територията на училищата, се запазва стабилен в сравнение с предишното проучване през учебната 2012/2013 г.

Необходимо е допълнително да се подобри материалната база на училищата (една трета от училищата не разполагат с училищен стол) и профила на предлаганите храни и напитки.

На територията на училищата е наложително да се изключи всяка форма на реклама на храни и напитки, които могат да компрометират промоцията на здравословно и балансирано хранене (в 34,5% от училища се допуска такава).

По отношение на семейната среда се наблюдават следните рискови фактори за развитие на наднормено тегло в детска възраст: значителен е относителният дял на родителите (около една четвърт) с начално или основно образование; близо една трета от изследваните домакинства изпитват финансови затруднения, а 14,1% от жените и 11,6% от мъжете са били безработни в последната 1 година.

Висока е съпътстващата заболяемост на членове на семейството от хипертония – при 27,7%, захарна болест (диабет) – при 14,4% и хиперхолестеролемия – при 13,6% от изследваните семейства. От анкетираните родители 28,4% от жените и 68% от мъжете са с наднормено тегло. Само 13,5% от родителите определят теглото на децата си като наднормено (при обективно измерено наднормено тегло при 29,2% от изследваните деца). Значителен дял от децата не са били кърмени (17,3%) или продължителността на изключително кърмене не е била оптимална (67,8% от децата на изключително кърмене).

През 2016 г. в рамките на Националната

програма по превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. за първи път е проведено проучване за оценка приема на сол от населението в България чрез определяне екскрецията на натрий в случайна порция урина при представителна извадка от 406 лица, във възрастови групи от 15 до 65+ год.<sup>31</sup>

Резултатите показват, че среднодневната консумация на сол, при изследваните лица е 12,0 g и надхвърля значително препоръчаните нива за дневен прием от 5 g готварска сол. Най-високи нива на прием на сол се установяват при мъжете на възраст 20-39 г. (13,6 g/ден) и при жените на възраст 15-19 г. (13,5 g/ден), което е свързано с по-висок риск от сърдечно-съдови заболявания.

### Генетично модифицирани организми в храни

През 2016 г са анализирани 80 проби от пазара в лабораториите на Министерство на здравеопазването – РЗИ - София и НЦОЗА. Въз основа на информация от Българска агенция по безопасност на храните, не са установени проби от храни с нерегламентирано съдържание на ГМО. В изпълнение на Решение на Комисията № (ЕС) 2013/287, допълващо Решение № (ЕС) 2011/884 относно спешни мерки за неразрешен ориз и оризови продукти, внос от Китай през 2016 г не са установени проби от внос със съдържание на неразрешен ориз. Компетентните органи на Р. България се предприели необходимите мерки във връзка с открити на Европейския пазар неразрешени генетично модифицирани линии рапица.

<sup>31</sup> Ставрева С., В. Дулева, Р. Георгиева, Л. Рангелова, П. Димитров. Проучване приема на натрий сред населението в България на възраст 15-75 години чрез определяне екскрецията на натрий в урината. VIII Национална конференция по хранене, 1-3 юни 2017 г., Варна

## ИЗВОДИ:

Здравето се влияе от редица биомедицински, психологически, социални, икономически и екологични фактори (детерминанти), които се свързват помежду си по различни начини и по различно време в продължение на целия живот.

Представените в доклада данни показват, че върху здравето на българските граждани оказват влияние множество фактори, водещи сред които са начина на живот социално-икономическите условия на средата, в която човек се ражда, работи и живее.

„Лошото здравословно състояние на много българи може да бъде свързано с редица здравни детерминанти, включително условията на живот и труд, физическата среда и поведенческите рискови фактори. Най-малко 40 % от общата тежест на заболяванията в България (измерена по отношение на DALY) може да се отдаде на поведенчески рискови фактори, включително тютюнопушене, консумация на алкохол, рискове, свързани с хранителния режим и ниска физическа активност. От всички рискови фактори рискове, свързани с хранителния режим, тютюнопушенето и високия индекс на телесна маса допринасят най-много за лошото здраве в България (ИНМЕ, 2016 г.).“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Тази констатация всъщност показва огромния потенциал, с който разполага обществото за справяне със съществуващите здравни проблеми. И подкрепя тезата, посочена в Националната здравна стратегия 2020 че „отделният човек може да направи за здравето и благополучието си повече, отколкото най-добре развитата здравна система“.

Хората трябва да бъдат убедени, че здравословното поведение отговаря на личните им очаквания и потребности да са здрави, да живеят дълго и да остаряват в добро здраве.

Следва да се има предвид, че справянето с вредни навици като тютюнопушене, нездравословно хранене, консумация на алкохол и ниска физическа активност означава

всъщност преодоляване на техните социални предпоставки. В този смисъл фокусът на действията следва да бъде прехвърлен върху причините за този начин на живот – „причините за причините“, които се крият в социалната и икономическата среда. Влиянието на социално-икономическите фактори върху здравето на населението следва да бъдат отчитани при планиране на ресурсите и политиките на общодържавно и секторно ниво.

Политиките за активизиране на пазара на труда, повишаване на доходите, качествено образование, социално включване и други имат основна роля за подобряване на здравето чрез преодоляване на негативното влияние върху него на социално-икономическите рискови фактори.

Повишаването на социално-икономически статус и образователното равнище на населението ще повлияе благоприятно и върху рисковите фактори за здравето, свързани с поведението и начина на живот.

Не е без значение и факта, че те могат да подобрят демографските характеристики и структура на населението и по този начин да отбременят здравната система от разходването на ресурси, свързани със застаряването на населението.

Здравната система не е в състояние да се справи сама със социалните и екологичните детерминанти на здравето, както и с факторите на индивидуалния начин на живот. Това предполага да се подобри съгласуваността и координацията на междусекторните мерки за решаване на проблемите, свързани със здравето.

Необходимо е прилагане на политики, които преодоляват границите на здравния сектор и позволяват осъществяването на интегрирани програми и насочване на ресурси от други сектори. Не по-малко важни са подходите за ангажиране на обществото в дейностите за подобряване на здравето.

Основна платформа за реализация на тези политики е приетата от Народното събрание на Република България Национална здравна стратегия 2020.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представените в доклада данни за достигнатите стойности и динамиката на основните показатели за демографското и здравното състояние на населението в Република България през 2016 г. показват, че страната устойчиво подобрява всички показатели, които могат да бъдат интервенирани чрез мерки, свързани със системата на здравеопазването:

- Общата смъртност намалява от 15.3 на 1000 души през 2015 г. до 15.1 на 1000 души през 2016 г.

- Детската смъртност намалява от 6.6‰ през 2015 г. на 6.5‰ през 2016 г. За периода 2005-2016 г. показателя в България намалява с 31%.

- Майчината смъртност намалява от 6,1 на 100 000 живородени през 2015 г. до 3,1 на 100 000 живородени, като е по-ниска от съответния показател за ЕС (4.72‰000).

- Смъртността във възрастовата група от 1 до 9 г. намалява от 0,25 на 1000 души до 0,20 на 1000 души

- Смъртността във възрастовата група от 10 до 19 г. намалява от 0,33 на 1000 души през 2015 г. на 0,31 на 1000 души през 2016 г.

- Средната продължителност на живота у нас през периода 2014 - 2016 г. достига 74.65 г. при 74,50 за периода 2012-2014 г.

- Средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65-годишна възраст се увеличава от 16 г. през 2014 г. на 16,02 г. през 2016г. Констиляцията от подобряване на тези показатели, които са обективно измерими и устойчиви във времето, показва трайна тенденция на подобряване на здравното състояние и качеството на живот на българските граждани.

Сравнителната характеристика с показателите в страните от ЕС показва, че България продължава да е на водеща позиция по смъртност от болести на органите на кръвообръщението, в т.ч. мозъчно-съдова болест, но:

- България показва значими резултати, изразяващи се в устойчива тенденция на намаляване на смъртността от исхемична болест на сърцето след развитието на структури по инвазивна кардиология, като стандартизирания коефициент за смъртност в страната е 195,4 на 1000 000 души и доближава средните европейски стойности.

- смъртността от диабет в България, в резултат на устойчива тенденция на намаление започнала през 2006 г., през 2013 г. достига средните стойности за ЕС (11,45 на 100 000 души за ЕС и 11,25 на 100 000 души за България) и вече е по-ниска от средната за ЕС.

- Значително по-ниска, в сравнение със стандартизираните показатели за ЕС е смъртността от неврологични заболявания (38,6 на 100 000 души за ЕС и 15,3 на 100 000 души за България).

- Заболеваемостта от онкологични заболявания в България е 435.5 на 100 000 души и е по-ниска от заболеваемостта за страните от ЕС (556.04‰000)

- Смъртността от злокачествени заболявания в България е по-ниска от средните за ЕС стойности – 242 на 100 000 души.

- Смъртността от заболявания на дишателната система в България е значително по-ниска от средните за ЕС стойности – 58,1 на 100 000 души и два пъти по-ниска от държавите с най-висока смъртност.

- Въпреки констатираното увеличение на регистрираните случаи на ХИВ инфекция, заболеваемостта и смъртността е значително по-ниска от средната за ЕС.

- България се нарежда на средна позиция по „предотвратими“ смъртни случаи в ЕС – 270 на 100 хиляди души при 214 на 100 хиляди души средно за ЕС.

При анализа на данните следва да се има предвид, че показателите за здравното състояние на гражданите са свързани с нивото на здравно обслужване и качеството на предоставената медицинска помощ, но се влияят в много голяма степен от факторите на външната среда, в т.ч. факторите, свързани с начина на живот.

## ЧАСТ II

# ОТЧЕТ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020

Национална здравна стратегия 2020 е приета с Решение на 43-то Народно събрание на 17 декември 2015 г. и е основополагащият документ за формиране на устойчива и дългосрочна здравна политика.

Тя развива основните приоритети за устойчиво подобряване на системата на здравеопазване и желаните здравни ефекти, заложи в Концепция „Цели за здраве 2020“, приета от Министерски съвет на Република България на 18 февруари 2015 г.

Национална здравна стратегия 2020 обхваща комплекс от политики за постигане на националните здравни цели, като същевременно създава условия за постигане на общите цели за устойчиво развитие на страната, заложи в Националната програма за развитие „България 2020“ и другите национални стратегически и програмни документи.

Тя е основана на разбирането за между-секторното сътрудничество и интегриране на политиките за здраве във всички области на социално-икономическия живот за постигане на очакваните резултати за опазване и повишаване здравето на нацията.

Основното послание на стратегията е, че здравето е от решаващо значение за социалното сближаване и икономическия растеж и е основен ресурс за човешко и социално развитие. Политиките за опазване и подобряване на здравето са насочени към генериране на дългосрочен икономически растеж на национално и регионално ниво, както и към осигуряването на ефективно действие на защитните механизми на публичния сектор по отношение на социалното включване и борбата с бедността. Това предполага трансформиране на обществените представи и нагласи към здравеопазването от подвластен медицински и поглъщач пари сектор, в голямо обществено благо, което носи ползи на икономиката и сигурността и преследва ключови социални цели.

### Визия

През 2020 г. България да е държава, гарантираща на своите граждани здравно благополучие, високо качество на живот и намаляване на здравните неравенства чрез всеобхватна, справедлива, устойчива и осигуряваща високо качество здравна система.

Национална здравна стратегия 2020

Визията за развитие на здравеопазването в България, формулирана в стратегията е израз на стремежа българската здравна система да достигне нивото на здравните системи на страните от ЕС по отношение на ключовите фактори за устойчиво развитие.

Според Националната здравна стратегия 2020 основните предизвикателства са свързани с влошените показатели за здравно-демографското състояние на населението, наличието на здравни неравенства и необходимостта националната здравна система да отговори по адекватен начин на потребностите от достъпни и качествени здравни услуги. Въз основа на анализа на здравно-демографското състояние на населението към периода на създаване на стратегията, са определени националните здравни цели, които са обективен израз на фокусирането на здравната политика върху устойчивото подобряване на здравето на българските граждани във всички възрастови групи.

Формулирането на целите отразява стратегическия подход за подкрепа на доброто здраве и неговите социални детерминанти през целия живот, насочена към увеличаване на продължителността на живота в добро здраве и дълголетието, от които може да има важни индивидуални, социални и икономически ползи.

### Национални здравни цели до 2020 г.

1. Снижаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст до 6.8 на 1000 живородени деца;
2. Снижаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст до 0.24 на 1000;
3. Снижаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст до 0.28 на 1000;
4. Снижаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст до 4.19 на 1000;
5. Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст до 16,4 години.

Национална здравна стратегия 2020

Четири от определените 5 национални здравни цели са насочени към намаляване на смъртността в определени възрастови категории – децата до 1 година, децата от 1 до 9 години, подрастващите и младите хора от 10 до 19 години, и лицата в икономически активните групи от 20 до 65 годишна възраст. Смъртността в тези възрастови групи е в пряка обвързаност с качеството на живот и здравното обслужване на гражданите и нейната динамика е показателна за тяхното ниво.

Петата национална цел е свързана с увеличаване на средната продължителност на хората след навършване на 65 годишна възраст. Показателите за смъртност във възрастта на 65 години са зависими от процесите на демографско застаряване, поради което не могат да бъдат достатъчно обективен измерител за качеството на здравната помощ и грижи за възрастните хора, такъв, ка-

къвто се явява показателят за средна продължителност на хората след 65.

За измерване на степента на постигане на тези цели са формулирани целеви стойности на показателите за всяка една възрастова категория за периода до 2020г. Формулирането на националните здравни цели чрез конкретни измерители на очаквания резултат на база на статистически показатели и определяне на целеви стойности на тези измерители, осигурява обективна основа за провеждане на мониторинга на изпълнението им.

**В стратегията се посочва, че постигането на петте националните здравни цели до 2020 г., при осигурена устойчивост на прилаганите политики и мерки, ще позволи през 2025 г. България да достигне настоящите средноевропейски нива на посочените 5 показателя.**

Посочването на средноевропейските нива на определените показатели като крайна цел на формулираните политики до 2025 г., надхвърляща конкретните времеви рамки на стратегията, дава необходимия дългосрочен хоризонт за планиране на здравните политики в бъдеще.

Стратегията определя три основни приоритета за преодоляване на нарастващите предизвикателства пред здравето на българските граждани, както и конкретни политики за реализацията им.

Приоритетите и политиките са взаимнообвързани и всеки от тях допринася пряко или косвено за постигане на поставените здравни цели и създаване на условия за тяхното устойчиво подобряване и в бъдеще, достигайки най-добрите европейски показатели. (Табл.1)



Табл.1. Цели, приоритети и политики на НЗС 2020

Национални здравни цели	Приоритет 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот		Приоритет 2. Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати	Приоритет 3. Укрепване капацитета на общественото здравеопазване
	Специфични политики	Общи политики		
1. Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст до 6.8 на 1000 живородени деца	Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата	Политика 1.5. Опазване и подобряване на психичното здраве	Политика 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазването Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ Политика 2.4. Развита първична медицинска помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ Политика 2.5. Оптимизирана болнична помощ Политика 2.6. Електронно здравеопазване Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазването Политика 2.8. Осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система	Политика 3.1. Промоция на здраве и профилактика на болестите Политика 3.2. Надзор на различните болести Политика 3.3. Ефективен и качествен държавен здравен контрол
2. Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст до 0.24 на 1000	Политика 1.2. Здраве за децата и юношите	Политика 1.6. Възможно най-добро здраве за хората с увреждания  Политика 1.7. Здраве за уязвимите групи		
3. Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст до 0.28 на 1000				
4. Повишаване на работоспособността и снижаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст до 4.19 на 1000	Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст			
5. Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст до 16,4 години	Политика 1.4. Здраве за възрастните хора			

За всеки приоритет и политика в стратегията са посочени ключовите предизвикателства и насоките и механизмите за постигане на желаните резултати, базирани на приемствеността, натрупания опит и стратегическата перспектива за развитие на системата на здравеопазване като основен фактор за растеж на страната ни. Определени са и конкретните мерки, които следва да бъдат реализирани в периода до 2020 г.

Към стратегията е разработен План за действие за нейното изпълнение, като за всяка мярка са разписани съответните действия, срокове, изпълнители и източници на финансови ресурси, включително и средства от европейските фондове и програми.

В Плана за действие на Националната здравна стратегия 2020 са взети предвид възможностите за създаване и укрепване на механизмите за сътрудничество и процедури за координация между държавите-членки на Европейския съюз, за да може Република България да отговори на съвременните предизвикателства и приоритети в областта на здравето.

Реализацията на Националната здравна стратегия 2020 е подкрепена чрез няколко основни стратегически и програмни документи, в отделните направления на здравната политика, а именно:

- Национална стратегия за борба с наркотиците 2014-2018 г.
- Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014-2020;
- Концепция за реструктуриране на болничната помощ в България
- Концепция „Цели за здраве 2020“
- Национална програма за подобряване на детското и майчино здраве
- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г.
- Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално пре-

давани инфекции в Република България за периода 2017-2020 г.

- Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2017-2020 г.
- Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст в Република България 2015-2020 г.
- Национална програма за първична профилактика на рак на маточната шийка в Република България 2012 -2016 г.
- Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г.
- Програма на правителството за стабилно развитие на Република България 2014-2018 г.
- Програма за управление на правителството на Република България за периода 2017-2021 г.,

Значение за реализацията на НЗС 2020 има и изпълнението на целите на стратегическите документи в други сектори, като Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.), Национална стратегия за детето 2008 - 2018 г., Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020, Национална стратегия за дългосрочна грижа и др.

Реализацията на НЗС 2020 от своя страна подкрепя от своя страна реализацията на основните стратегически документи на национално и европейско ниво - Националната програма за развитие България 2020, Националната програма за реформи, Стратегия за развитие на ЕС Европа 2020, както и на основния стратегически документ на Европейското бюро на СЗО „Здраве 2020“.

## ПРИОРИТЕТ 1 „СЪЗДАВАНЕ НА УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВЕ ЗА ВСИЧКИ ПРЕЗ ЦЕЛИЯ ЖИВОТ“

Приоритетът е базиран на тезата, че при настоящата демографска трансформация, в която се намира страната, е необходима активна подкрепа за доброто здраве и неговите социални детерминанти през целия живот, насочена към увеличаване на продължителността на живота в добро здраве и дълголетие, от които може да има важни индивидуални, социални и икономически ползи. Доколкото здравословното и активно остаряване е процес, който започва преди раждането и изисква последователност и приемственост на политиките и мерките в различните възрастови групи, приоритетът включва 4 специфични политики:

Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата

Политика 1.2. Здраве за децата и юношите

Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст

Политика 1.4. Здраве за възрастните хора

и 3 общи по отношение на възрастовата категория политики, насочени към определени рискови фактори и групи:

Политика 1.5. Опазване и подобряване на психичното здраве

Политика 1.6. Възможно най-добро здраве за хората с увреждания

Политика 1.7. Здраве за уязвимите групи

В стратегията ясно се посочва, че реализацията на този приоритет, т.е. постигането на реални ползи за здравето не е отговорност единствено на здравната система и е възможно само чрез интегриране на междусекторни мерки за справяне със здравните неравенства и техните детерминанти. Те изискват създаване на по-добри условия за живот, подобряване на здравната култура, подкрепа на независимия живот и превръщането на по-здравословния избор в по-

лесния избор. Това означава по-безопасна бременност, даване на по-добър старт в живота, насърчаване на безопасността и благосъстоянието, осигуряване на защита за децата и младите хора, осигуряване на безопасни и здравословни работни места и подкрепа на активното остаряване в добро здраве.

Адаптирането на здравната система към специфичните потребности на различните възрастови групи е важна, но не единствена част от комплексния подход към здравето на хората.

В тази връзка следва да се подчертае, че реализацията на политиките по Приоритет 1, са тясно обвързани с изпълнението на мерките по другите 2 приоритета на стратегията, насочени към 2-те основни части на системата – Приоритет 2 за диагностично-лечебната част (извънболнична, болнична и спешна помощ, фармация и др) и Приоритет 3 за частта на общественото здраве в областта на промоцията, профилактиката и държавния здравен контрол. Политиките в Приоритет 1 имат за цел да фокусират и адаптират общите политики за развитието на сектора към специфичните потребности на различните групи възрастови и рискови групи.

Доколкото в рамките на приоритета са включени специфични политики за подобряване на здравето на отделните възрастови групи, оценката за изпълнението на приоритета най-добре се обективизира чрез динамиката на здравно-демографските показатели за всяка възрастова група. *(Виж Част I Доклад за състоянието на здравето на гражданите).*

Най-обективен измерител за реализацията на политиките по Приоритет 1 е динамиката на целевите стойности на формулираните национални здравни цели:

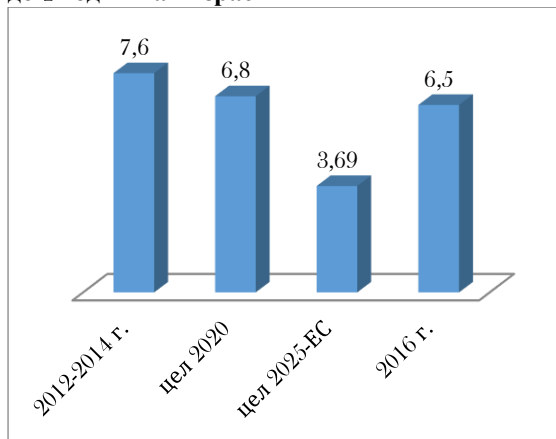
**Национална здравна цел 1 - Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст**

През 2016 г. е налице значително намаление на показателя за детска смъртност, като стойността му намалява с 15% спрямо изходното ниво от 2014 г.

Достигнатите стойности на показателя са най-ниските в демографската история на страната и покриват целевата стойност на определения в стратегията индикатор за изпълнение до 2020 г.

По отношение на изпълнението на индикатора за изпълнение до 2025 г., а именно снижаване на смъртността при децата до 1 годишна възраст до средноевропейските стойности на показателя (3,69 на 1000 живородени лица), е налице 28 % изпълнение. (фиг.42)

**Фиг.42 Целеви стойности и изпълнение на НЦ 1 Сnižаване на смъртността при децата до 1 годишна възраст**



При запазване на настоящия темп на намаление на показателя, може да се прогнозира, че до 2020 г. стойността на показателя следва да намалее до 4,7 на 1000 живородени деца и към 2023-2024 г. да достигне настоящите средноевропейски стойности на показателя – 3,69 на 1000 живородени деца.

Направените прогнози потвърждават, че при осигуряване на устойчивост и развитие на настоящите политики, насочени към подобряване на здравето и майките и децата до 1 годишна възраст, е налице реална възможност за постигане

на Национална здравна цел 1 до 2025 г. и намаление на смъртността при децата до 1 годишна възраст до средноевропейските нива.

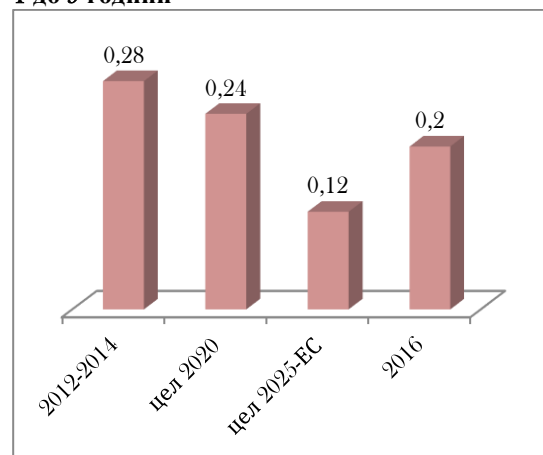
Доколкото детската смъртност е статистическият показател с най-висока степен на зависимост от качеството на предоставяните здравни услуги за майките и децата, то намалението на показателя следва да се приеме като обективно доказателство за постигнат положителен резултат от предприетите активни мерки за подобряване на детското и майчино здравеопазване в изпълнение на Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата, както и общите мерки за подобряване на общественото здраве и функционирането на системата за здравеопазване в изпълнение на Приоритет 2 и 3 на НЗС 2020.

**Национална здравна цел 2 - Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст**

Показателят за смъртност при деца от 1 до 9 години е един от показателите, по които България има най-добри резултати спрямо средноевропейските показатели.

Достигнатата през 2016 г. стойност на показателя от 0,20 на 1000 население от 1 до 9 години надвишава целевата стойност до 2020 г. (фиг. 43)

**Фиг. 43 Целеви стойности и изпълнение на НЦ 2 Сnižаване на смъртността при деца от 1 до 9 години**



По отношение на целта до 2025 г. смъртността при децата от 1-9 годишна възраст да достигне на средноевропейските стойности, е налице 50% изпълнение на целевата стойност.

При запазване на настоящия темп на намаление на показателя може да се прогнозира, че до 2020 г. стойността му следва да намалее до 0,14 на 1000 население от 1 до 9 години и към 2022 г. ще достигне настоящите средноевропейските стойности на показателя - 0,12 на 1000 население от 1 до 9 години.

Направените прогнози потвърждават, че при осигуряване на устойчивост и развитие на настоящите политики, насочени към подобряване на здравето и майките и децата до 1 годишна възраст, е налице реална възможност до 2025 г. за постигане на Национална здравна цел 2 и намаление на смъртността при децата от 1 до 9 годишна възраст до средноевропейските нива.

### Национална здравна цел 3 - Снижаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст

През 2016 г. се наблюдава намаление на смъртността във възрастовата група от 10 до 19 години от 0,34 на 1000 на 0,31 на 1000 население от 10 до 19 години.

Въпреки това достигнатата стойност на показателя е над целевата стойност за изпълнение до 2020 г. (0,28 на 1000). (фиг.44)

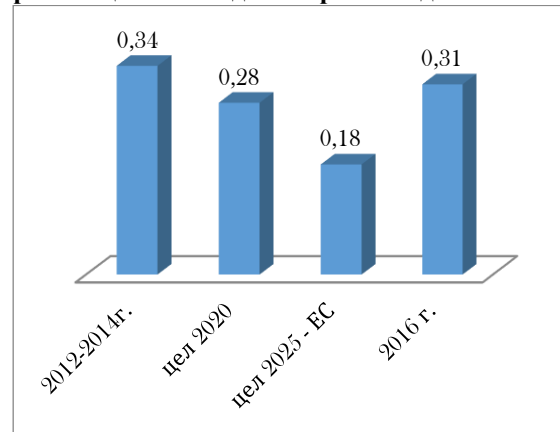
При настоящата тенденция за намаляване на показателя може да се прогнозира, че тази стойност може да бъде достигната до края на 2018 г.

Следва да се отбележи, че темпът на намаление на смъртността в тази възрастова група е значително по-малък в сравнение с намалението на смъртността във възрастовите групи до 1 година и от 1 до 9 години.

Ако не се предприемат активни действия за реализация на политиките за подобряване на здравето на юношите и

младите хора и темпът на намаление на показателя се запази, вероятно до края на 2025 г. няма да могат да бъдат достигнати средноевропейските стойности на показателя (0,18 на 1000 население от 10 до 19 години за 2015 г.)

Фиг.44. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 3 Снижаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10 до 19 г.



Във връзка с направените прогнози се очертава необходимостта от повишаване на активността за своевременно планиране и ефективно изпълнение на мерките по Политика 1.2. Здраве за децата и юношите по Приоритет 1.

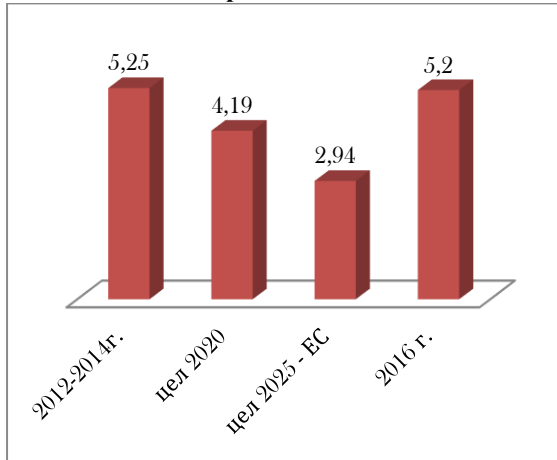
### Национална здравна цел 4 - Снижаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст

Данните за 2016 г. показват, че е налице известно намаление на стойността на показателя за смъртност във възрастовата група от 20 до 65 години, но той остава много над заложената целева стойност до 2020 г., а темпът на намаление е много малък. (фиг.45)

В същото време се наблюдава негативна тенденция на увеличение средноевропейските стойности на показателя (2,91 на 1000 през 2014 г. и 2,94 на 1000 през 2015 г.)

При запазване на същия темп заложените целеви стойности на показателите до 2020 и 2025 г. (средноевропейските показатели) няма да могат да бъдат достигнати в определените времеви рамки.

**Фиг.45. Целеви стойности и изпълнение на НЦ 4 Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст**



Данните от мониторинга на този показател са основание за насочване на вниманието на здравните политики към тази възрастова група, в т.ч. повишаване на мерките за намаляване на рисковете от вредните навици, факторите на околната и трудовата среда, промотивни и профилактични дейности и дейности за ранно откриване и лечение на заболяванията и предотвратяване на неработоспособността.

От особено значение е интензифициране на мерките по Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст на Приоритет 1, както и на всички общи мерки по Приоритет 2 и Приоритет 3 на Националната здравна стратегия 2020 г. и Плана за действие към нея.

Тук следва да се обърне внимание на факта, че този показател е зависим от много фактори на външната среда, несвързани със системата на здравеопазване. Той е по-показателен за достигнатото качество на живот на лицата в трудоспособна възраст, част от което се дължи и на качеството на здравните услуги.

Това означава, че усилията на здравната система следва да бъдат подкрепени от комплекс от икономически, социални и други мерки, резултат от прилагане на политики в други сфери на обществе-

ния живот (свързани с подобряване на благосъстоянието на гражданите, условията за труд и почивка, сигурност и т.н., както и от личните усилия на хората за подобряване на своя стил на живот и ограничаване на вредните навици, свързани с нездравословно хранене, ниска двигателна активност, тютюнопушене, алкохол и др.).

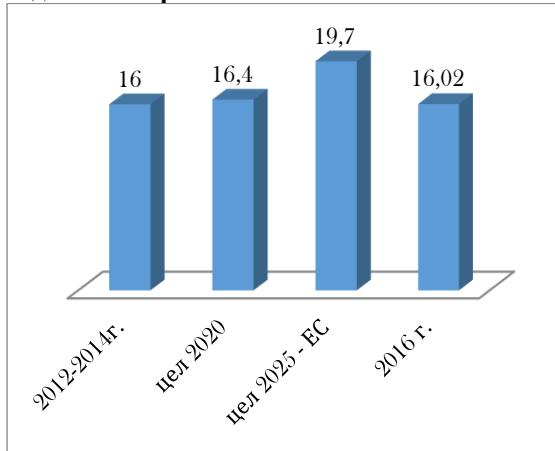
Липсата на комплексни и синхронизирани политики за повишаване на качеството на живот и благосъстоянието на хората в активна трудоспособна възраст ще попречи на реализацията на поставената национална здравна цел, независимо от усилията на здравната система.

### **Национална здравна цел 5 - Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст**

Средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст бележи известно увеличение спрямо стойностите към 2014 г., но и тук се наблюдава много бавен темп на нарастване и значително отклонение от желаната целева стойност до 2020 г. и средноевропейското ниво на показателя, като целева стойност до 2025 г. (фиг.46)

При запазване на настоящия темп на увеличение на показателя, може да се прогнозира, че до 2020 г. стойността му няма да достигне определената в стратегията целева стойност от 16,4 години, а в близките десетилетия няма да достигне настоящите средноевропейски стойности на показателя – 19,7 години. Следва да се отбележи обаче, че на фона на наблюдаваното макар и минимално подобрене на стойностите на показателя в България, на ниво 28 държави в ЕС е налице влошаване на средноевропейските показатели (20,0 години за 2014 г. и 19,7 години за 2015 г.)

**Фиг.46 Целеви стойности и изпълнение на НЦ 5 Средна продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст**



Въпреки това мониторингът показва необходимост от оптимизиране на планирането и ускоряване на реализацията на мерките по Политика 1.4. Здраве за възрастните хора на Приоритет 1 и общите мерки по реализация на политиките по Приоритет 2 и 3.

Особено внимание следва да се обърне на мерките, свързани с развитието на специализирани здравни услуги за превенция на заболяванията и усложненията, характерни за възрастните хора, както и на услуги в общността, в т.ч. на интегрирани здравно-социални услуги за възрастни хора.

Следва да се има предвид, че освен специфичните политики и мерки, пряко насочени към подобряване на здравето на възрастните хора, за постигането на резултат по тази национална здравна цел, основно значение имат мерките, прилагани за насърчаване на здравословен начин на живот през целия жизнен цикъл и здравословно остаряване в по-горните възрастови групи, със специален акцент за хората над 50 годишна възраст, както и всички други мерки за подобряване на здравето на гражданите през целия им живот.

В този смисъл показателят за очакваната продължителност на предстоящия живот на лицата над 65 г. следва да бъде разглеждан и като интегрален пока-

зател за реализация на политиките по останалите национални здравни цели, реализирани в сектора на здравеопазването.

В по-глобален план този показател отчита ефективността на цялостната държавна политика за подобряване на качеството на живот на граждани, в т.ч. социално-икономическите мерки, мерките в областта на опазване на околната среда, образованието, спорта и др.

Не на последно място трябва да се подчертае, че този показател е най-инерционен, като ефектът от настоящите политики може да бъде напълно обективизиран в по-дългосрочен план.

#### **Изводи:**

От представените данни за отчетените през 2016 г. стойности на показателите, измерващи изпълнението на националните здравни цели, могат да се направят следните изводи:

1. За всички 5 национални здравни цели е налице положителна оценка на изпълнението им, определена на база обективни данни за динамиката на наблюдаваните показатели спрямо изходните данни от 2014 г. (табл.2)

2. За всички цели се наблюдава различна степен на постигане спрямо определените целеви стойности до 2020 г. - при 2 от тях е налице постигане на целевите стойности на измервания показател до 2020 г., а при останалите 3 целевата стойност не е достигната.

3. Най-значим е напредъкът по постигане на националните здравни цели за намаляване на смъртността в младите възрастови групи, а най-незадоволителен по отношение на целта за увеличаване на средната продължителност на живота във възрастта над 65 г.

4. Регистрираната към 2016 г. динамика на измерителите на националните здравни цели предполага различни времеви периоди за достигане на определените целеви стойности, което налага интензифициране на мерките в областите, където е налице значимо изоставане.

Таблица 2. Анализ на постигането на националните здравни цели към 31.12.2016г

Национални здравни цели	Изходно ниво на наблюдаваните показатели за РБ (средно за 2012-2014)	Целева стойност на показателя до 2020 г.	Целева стойност на показателя до 2025г. (показатели на ЕС <sup>1</sup> )	Междина стойност на показателя за 2016 г.	Динамика спрямо изходното ниво (2012-2014г.)	Постигане на националната цел (качествена оценка)	Изпълнение спрямо целевата стойност до 2020	Изпълнение спрямо целевата стойност до 2025 (ЕС)
1. Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст	7,6 на 1000 живородени деца	6,8 на 1000 живородени деца	3,69 на 1000 живородени деца	6,5 на 1000 живородени деца	намаление с 15 % (в абсолютна стойност - 1,1 на 1000 живородени деца)	Да, налице е намаление	137 % (в абсолютна стойност + 0,3 на 1000 живородени деца)	28% (в абсолютна стойност - 2,6 на 1000 живородени деца)
2. Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст	0,28 на 1000 нас. на 1-9 г.	0,24 на 1000 нас. на 1-9 г.	0,12 на 1000 нас. на 1-9 г.	0,20 на 1000 нас. на 1-9 г.	Намаление с 29% (в абсолютна стойност - 0,08 на 1000 )	Да, налице е намаление	200 % (в абсолютна стойност + 0,04 на 1000 )	50% (в абсолютна стойност - 0,08 на 1000)
3. Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст	0,34 на 1000 нас. на 10-19 г.	0,28 на 1000 нас. на 10-19 г.	0,18 на 1000 нас. на 10-19 г.	0,31 на 1000 нас. на 10-19 г.	Намаление с 10% (в абсолютна стойност - 0,03 на 1000 )	Да, налице е намаление	50 % (в абсолютна стойност - 0,03 на 1000 )	19% (в абсолютна стойност - 0,13 на 1000)
4. Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20-65 годишна възраст	5,25 на 1000 нас. на 20-65 г.	4,19 на 1000 нас. на 20-65 г.	2,94 на 1000 нас. на 20-65 г.	5,2 на 1000 нас. на 20-65 г.	Намаление с 1% (в абсолютна стойност - 0,05 на 1000 )	Да, налице е намаление	5 % (в абсолютна стойност - 1,01 на 1000 )	2% (в абсолютна стойност - 2,26 на 1000)
5. Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65 годишна възраст	16,0 години	16,4 години	19,7 години	16,02 години	увеличение с 0,2% (в абсолютна стойност + 0,02 години )	Да, налице е увеличение	5% (в абсолютна стойност - 0,38 години)	0,5% (в абсолютна стойност - 3,68 години)

<sup>1</sup> Данните за показателите за ЕС са за 2015 г. Показателите по НЦ 2, 3 и 4 са преизчислени от данните на Евростат за ЕС (28) <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/database>



### **Дейности по изпълнение на политиките по Приоритет 1**

Изпълнение на част от мерките за реализация на политиките по Приоритет 1 „Създаване на условия за здраве за всички през целия живот“ са в обхвата на другите 2 приоритета на Националната здравна стратегия – Приоритет 2 „Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати“ и Приоритет 3 „Укрепване на капацитета на общественото здравеопазване“ (*Виж Приоритет 2 и 3*)

Това са общи мерки, които дават синергичен ефект по отношение на политиките във всички възрастови и рискови групи по Приоритет 1.

Поради това в настоящият раздел е отчетено изпълнението само на специфичните мерки, които не са обект на интервенция на политиките по Приоритети 2 и 3.

### **Изпълнение на специфични мерки за реализацията на политиките по приоритет 1.**

#### **По Мярка Развитие на механизмите за заплащане от държавния бюджет и други източници на дейности по детско и майчино здраве извън обхвата на задължителното здравно осигуряване:**

Подобряването на майчиното и детско здраве е устойчива характеристика на провежданата държавна здравна политика. Всички деца до 18 г. са здравноосигурени и имат гарантиран достъп до медицинска помощ в обхвата на задължителното здравно осигуряване, като здравноосигурителните вноски се заплащат от държавния бюджет. Националната здравноосигурителна каса заплаща всички дейности, свързани с профилактичните прегледи на децата до 18 г. по определени периодичност и обхват, в т.ч. прегледи, имунизации, из-

ледвания и консултации. По избор на родителите профилактичните прегледи и наблюдението на развитието на децата може да се осъществява от общопрактикуващ лекар или специалист педиатър.

#### **Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014-2020)**

През 2014 г. правителството прие Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014-2020). Чрез програмата със средства от държавния бюджет се финансират дейности, които са извън обхвата на задължителното здравно осигуряване и за които няма осигурено финансиране от други източници, за деца, бременни и родилки без оглед техния здравноосигурителен статус (*Политики 1.1, 1.2 и 1.6*).

Изпълнението на заложените мерки стартира в края на 2015 г., като за целта Министерство на здравеопазването сключи договори със 108 лечебни заведения за болнична помощ (университетски, областни, общински и частни) на територията на цялата страна. През 2016 г. бюджетът на програма е 2,49 млн. лв., като средствата бяха предоставени на лечебни заведения за здравни дейности, за които няма осигурено финансиране от други източници и имат значителен здравен ефект, свързан с ранната диагностика и комплексното лечение на определени заболявания.

С цел ранно откриване и навременна интервенция при увреждане на слуха при новородени в лечебни заведения, в които има разкрити родилни/неонатологични структури, в рамките на програмата бе въведен масов неонатален слухов скрининг (*Политики 1.1, 1.7*). В периода 01.01.-31.12.2016 г. са извършени общо 50 737 изследвания, което представлява 78,08 % от всички живородени деца в страната.

С финансиране по програмата в 31 лечебни заведения за болнична помощ (университетски и специализирани бол-

ници и болници със смесено държавно и общинско участие в капитала) във всички областни градове на функционален принцип бяха разкрити Здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве (ЗКЦ). В тях медицински и немедицински специалисти (логопеди, психолози, социални работници) предоставят специализирани медицински консултации, психологическа подкрепа, включително и превенция на изоставяне на деца, на родилки и бременни с патология на бременността, деца с увреждания, деца с хронични заболявания, недоносени деца, включително и в дома (*Политики 1.1 и 1.7*). Центровете осигуряват консултативни и логистични дейности, свързани с организиране на комплексното медицинско наблюдение на деца, бременни жени с повишен медицински риск, патология на бременността или наличие на хронични заболявания и увреждания. В рамките на тези центрове и за осигуряване на високоспециализирани консултации за деца с определени заболявания в ключови университетски и специализирани болници са създадени 13 комисии за комплексно медицинско наблюдение на деца с хронични заболявания (диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени хематологични заболявания, недоносени деца, онкологични заболявания, детска церебрална парализа) (*Политика 1.1, 1.7*). Комисиите изготвят индивидуални медико-социални планове за децата, като в зависимост от нуждите на конкретното дете се привличат и други специалисти – логопед, рехабилитатор и др.

През 2016 г. в ЗКЦ са извършени 6 009 медицински консултации, 4 396 психологически консултации, оказана е консултативна помощ на 3 428 и са направени домашни посещения на 489 деца с увреждания, с хронични заболявания и недоносени деца.

В рамките на програмата са осигурени и средства за заплащане на изследвания и

консултации в рамките на биохимичен скрининг за бременни за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена, като през 2016 г. са извършени 17 821 изследвания.

От бюджета на програмата са отпуснати средства на НЦОЗА за изготвянето на статистическо проучване и анализ на показателите за детско здраве в отделните области на страната (за 3-годишен период, 2012-2014 г.), с изработване на Карта на заболяемостта по групи заболявания по области.

Последващото изпълнение и разширяване на дейностите по Националната програма за подобряване на майчино и детско здраве (2014-2020) ще осигури не само устойчивост на постигнатите положителни резултати по отношение на показателите за майчино и детско здраве, но в бъдеще ще подобри и общият здравен статус на населението в страната.

**Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 годишна възраст в Република България 2015-2020 г.**

Дейностите по подобряване оралното здраве на децата се реализират в рамките на Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 годишна възраст в Република България 2015-2020 г. (*Политика 1.2*)

За целта през 2016 г. са проведени две обществени поръчки по реда на ЗОП и са сключени договори с предмет както следва:

- „Избор на изпълнител за организиране, обучение и реализиране поставянето на силанти на първите постоянни молари на деца от 5 до 8 г. по Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 годишна възраст в Р България, 2015-2020 г.“;

- „Избор на изпълнител за организиране и провеждане на мероприятия и дейности за повишаване информираността на определени целеви групи от населението за

профилактика на оралните заболявания, по Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 години в България”.

Извършено е силанизиране на първите постоянни молари на деца от 5 до 8 годишна възраст. Във всеки регион в страната бяха проведени срещи-беседи между лекарите по дентална медицина, извършващи силанизирането и родителите и децата, на които ще се извършва силанизирането. На срещите са разяснени процедурата по силанизиране, нейното значение за профилактиката на зъбния кариес, както и правилното поддържане на устната хигиена на децата с цел профилактика. Силанизирани са 45 100 зъба на 14 481 деца.

Във всички региони на страната бяха проведени срещи, семинари и обучения на специалисти от детските заведения и училищата относно повишаване информираността на определени целеви групи от населението за профилактика на оралните заболявания. В 10 от регионите бяха проведени и кръгли маси с участие на представители на обществеността, специалисти, родители по проблемите на оралното здраве. Общо в страната бяха проведени 94 семинара и кръгли маси.

В края на месец ноември 2016г. бе проведен национален форум за отчитане изпълнението на Програмата за 2016г.

**По Мярка Подкрепа на дейностите за финализиране на процеса на деинституционализация на грижите за деца**

През 2016 г. МЗ направи анализ на предприетата реформа в 8-те пилотни ДМСГД, както и процесите на закриване на още 6 ДМСГД в периода 2010-2015 г.

Анализът на ситуацията в страната в областта на медико-социалните грижи за деца и тяхната деинституционализация в периода 2010-2015 г. насочиха вниманието към необходимостта от промяна на здравната система от една страна към интегрирането на здравните и социални услуги, а от друга към въ-

веждането на интегриран подход на здравни грижи за бременните, майките и бебетата, който да обхване всички периоди - преди забременяване, по време на бременност, раждане, следродилелен период, периода на новороденото и до навършване на 18 г. на децата, съобразно специфичните им потребности (*Политики 1.1, 1.2, 1.7*).

Във връзка с това бяха предприети мерки за актуализация на насоките за деинституционализация на децата от домовете за медико-социални грижи, разработени и приети през 2010 г. в министерството. Разработен бе проект на Концепция за закриване на домовете за медико-социални грижи за деца и развитие на система от здравни и интегрирани здравно-социални услуги за деца и семейства „Здраве за всички деца“ 2016-2025 г. (*Политики 1.1, 1.2 и 1.7*)

С този проект Министерство на здравеопазването препотвърди ангажимента за приключване на процеса на деинституционализация и закриване на всички ДМСГД, но префокусира приоритетите на стратегическите си цели към реформа на цялата система за здравни грижи за деца с акцент върху превенция на разделянето им от техните семейства и подкрепа на семействата - за децата на всяка възраст, от всяка област и с всякакви особености, като специално внимание бъде отделено на децата с увреждания и хронични заболявания.

Според концепцията визията и целите остават с ясен фокус върху деинституционализацията, но с по-голям акцент върху реформа на здравната система, насочена към подобряване на достъпността и качеството на здравните грижи в подкрепа на превенция на разделянето на децата от техните семейства и подобряване на благосъстоянието им, чрез развитие на система от здравни и интегрирани здравно-социални услуги.

**По Мярка Развитие на интегрирани междусекторни услуги за деца и семейства с акцент върху интегрирането на различните видове услуги – социални, здравни, образователни и др., в т.ч. патронажни грижи за бременни и деца:**

Анализът на дейностите, осъществявани в ДМСГД и резултатите от изпълнените проекти в рамките на процеса на деинституционализация и закриване на ДМСГД, до момента показваха, че за осигуряване на необходимата подкрепа за семействата и грижи за децата, в т.ч. за децата с увреждания, освен социални услуги е необходимо да бъдат осигурени услуги, свързани с гарантиране на грижите за физическото и психическо здраве на децата.

Това предопредели необходимостта да бъдат развивани услуги, максимално адаптирани към нуждите на децата и семействата, надграждащи и допълващи здравните услуги, предоставяни в общата лечебна мрежа и подкрепящи услугите в социалната и образователна система, като:

- специализирани здравни услуги, осигуряващи комплексни медицински грижи за деца с увреждания и хронични заболявания;
- интегрирани здравно-социални услуги в общността, осигуряващи здравни грижи, медицинско наблюдение и социална работа, включително в домашна среда, в подкрепа на децата и техните семейства.

Паралелно с това Министерство на здравеопазването се включи в актуализирането на Плана за действие за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“, приет от Министерския съвет през октомври 2016 г., където са планирани конкретните услуги, които следва да се изградят в подкрепа на процеса по деинституционализация и закриването на ДМСГД. Към този план са разработени

Карти на услугите, приети на 07.12.2016 г. от Междуведомствената работна група (МРГ) за управление и координация на процеса по деинституционализация. В картите са включени броя, местоположението и финансирането на видовете интегрирани здравно-социални услуги, които министерството в следващите 2 г. предвижда да изгради чрез финансиране по Оперативна програма „Региони в растеж“, а именно:

- 20 центрове за специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи;
- 8 центрове за специализирана здравно-социална грижа за деца с високо рисково поведение и потребност от специални здравни грижи.

С този план Министерство на здравеопазването е поело ангажимента чрез финансиране по Оперативна програма „Човешки ресурси“ да създаде и 18 центъра за предоставяне на интегрираната здравно-социална услуга патронажна грижа (*Политики 1.1, 1.2 и 1.7*).

**По Мярка Прилагане на комплексен медикосоциален подход в грижите за деца, в т.ч. деца с увреждания и хронични заболявания, и подкрепа на техните семейства;**

В актуализирания план, с цел подобряване на здравното обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, Министерство на здравеопазването е поело ангажимента да изгради и финансира центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (*Политики 1.1 и 1.7*). Дейностите, които се осъществяват в тези центрове ще са свързани с подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика, лечение и рехабилитация; продължително лечение и рехабилитация на деца с увреждания и тежки хронични заболявания и обучение на родителите им за поемане на грижата в семейна среда;

осигуряване на посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, осигуряване на палиативни грижи, специализирани за деца. Освен лечебна дейност се предвижда да се предоставят и различни видове социални услуги по Закона за социално подпомагане, съобразно потребностите на обслужвания район. Измененията създават възможност за реална интеграция на социални и медицински услуги на едно място, като по този начин се гарантират качествени и интегрирани здравни и социални услуги за децата с увреждания и тежки хронични заболявания и техните семейства. Предвижда се центровете да бъдат изградени поетапно до края на 2020 г. във всички областни градове на страната, като дейността им се финансира изцяло от държавния бюджет.

В тази връзка през 2016 г. е разработен и приет Правилник за устройството и дейността на център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (обн., ДВ, бр. 89 от 2016 г.), който цели да осигури „под един покрив“ комплекс от медицински услуги (*Политики 1.1, 1.2 и 1.7*), включващи подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика, лечение и медицинска и психо-социална рехабилитация (*политики 1.5 и 1.7*); продължително лечение и рехабилитация, обучение на родителите; осигуряване на посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, отглеждани в семейна среда и в социална услуга резидентен тип; осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца. Чрез правилника е създаден ясен регламент за структурата, основните дейности и услуги, които предлага този вид лечебно заведение, неговия вътрешен ред, управление и финансиране

като юридическо лице на бюджетна издръжка, което се създава от държавата. В правилника са регламентирани дейностите, насочени към предоставяне на комплексни услуги за децата и техните родители, в т.ч. и престоят на придружител в центъра, който да участва активно в грижите за детето. Предвидени са възможности за осъществяване на амбулаторна диагностика, физикална терапия и рехабилитация, както и мобилни услуги, чрез които се осигуряват специализирани медицински грижи в дома или мястото, където живее детето (*Политики 2.4 и 2.8*). Приемът на децата се осъществява след оценка на медицинската необходимост от диагностика, лечение, рехабилитация и/или палиативни грижи, извършена от лекар. При приема в центъра мултидисциплинарен екип оценява потребностите на детето и разработва индивидуален медико-социален план за необходимите диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и подкрепящите немедицински дейности и услуги по време на престоя на детето в лечебното заведение, както и при ползването на мобилни услуги (*Политики 1.1, 1.2 и 1.7*). В центровете могат да се разкриват отделения за специални грижи за деца до една година, както и за дългосрочни грижи за деца, за период не повече от три месеца след проведено активно болнично лечение, специализирани палиативни грижи за деца в терминално състояние и физикална терапия и рехабилитация до шест месеца. Следва да се отбележи, че с правилника се ограничава възможността в центровете да се отглеждат деца на резидентна грижа.

В резултат на предприетата национална политика за отглеждане на децата в семейна среда и постепенното намаляване настаняването на новородени и малки деца в специализирани институции намаля броя на децата отглеждани в ДМСГД – Златица и през 2016 г. отпадна функционалната необходимост от

съществуването на дома. След извеждането на всички деца от институцията, с Постановление № 263 на Министерския съвет от 2016 г. ДМСГД – Златица е закрит.

През 2016 г. Министерство на здравеопазването продължи подкрепата за изпълнението на проект „Пътят към семейство“, който се реализира от Фондация „За нашите деца“, в резултат на което бяха изведени всички деца и беше закрит ДМСГД „Св. София“. В рамките на същия проект се предвижда сградата на дома да бъде преустроена в Комплекс от социални и здравни услуги за деца и семейства „Св. София“, където да се създадат следните здравни и социални услуги за деца от общността: център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, дневен център за деца с увреждания, център за приемна грижа и център за обществена подкрепа.

В изпълнение на дейностите по осигуряване на устойчивост на проектите за деинституционализация на децата от 8-те пилотни ДМСГД и през 2016 г. Министерство на здравеопазването продължава да осигурява финансиране на областните лечебни заведения за болнична помощ в градовете, в които има разкрити центрове за настаняване от семеен тип за деца/младежи за деца, нуждаещи се от постоянна медицинска грижа, за осигуряване на наблюдение и 24-часова консултативна помощ.

**По мярка Подобряване на достъпа и качеството на медицинската експертиза за степен на увреждане в системата на здравеопазването**

Един от приоритетите в дейността на МЗ, в партньорство с Министерството на труда и социалната политика през отчетния период бе създаване на концептуална основа за цялостна реформа в медицинската експертиза на степен на увреждане и работоспособност. *(Политика 1.5 и 1.6)*

Към МЗ бе сформирана работна група с участието на всички заинтересовани страни, в т.ч. представители на организациите на хората с увреждания и работещите в ТЕЛК, която извърши анализ на нормативната уредба в страната и добрите международни практики, в т.ч. възможностите за въвеждане на международната класификация за оценка на уврежданията на СЗО (ICF) и разработи проект за изменение и допълнение на Закона за здравето в частта Медицинска експертиза. Основните тези, около които се обединиха всички страни, бяха за разделяне на медицинската част на експертизата на степен на увреждане спрямо здравия човек от оценката на работоспособността за лицата в съответната възраст, разширяване на възможностите за рехабилитация на хората с увреждания, както и въвеждане на ICF класификацията на СЗО в практиката на медицинската експертиза.

**По мярка Разработване на програми за здравно образование и информационни кампании по въпросите на бременността, раждането, грижите за децата и изграждане на умения за здравословно поведение с акцент върху определени целеви групи**

През 2016 г. от 28-те РЗИ бяха провеждани здравно-образователни мероприятия и кампании за повишаване информираността на подрастващите за рисковете за здравето фактори, свързани с начина на живот и поведение и повишаване информираността и за изграждане на умения за здравословно поведение и промоция на здраве.

Кампаниите бяха насочени към четирите рискови за здравето фактори – ограничаване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, здравословно хранене и физическа активност. В страната са проведени общо 150 кампании с 18 500 участника. В кампаниите дейностите се провеждат с интерактивни средства – „Алко очила“, пушещ макет и спирометричен апарат за измерване на въглеродния окис (CO<sub>2</sub>) в белия дроб, с цел

демонстриращи реална представа за рисковото поведение след злоупотреба с алкохол и влиянието на тютюневия дим върху белите дробове.

**По Мярка Подобряване достъпа до здравеопазване и промоция на здравето, в т.ч. чрез целеви действия, насочени към уязвими групи**

През 2016 г. са проведени 59 разяснителни кампании (обхванати са над 4 213 лица), 10 работни срещи със здравните медиатори с цел разясняване ползите на имунизациите и мотивирането им за редовното им прилагане, съгласно Националния имунизационен календар. (Политики 1.1, 1.2., 1.7) Излъчени са 15 видео и аудио клипове за значението на имунизациите, раздадени са 270 здравно-образователни материала (ЗОМ) за необходимостта от ваксиниране на населението със задължителните имунизации. За изпълнение на дейността на всяка РЗИ (Благоевград, Бургас, Варна, Кюстендил, Монтана, Плевен, Пловдив, Сливен, Софийска област, Стара Загора и Хасково) са разпределени по 1 555 лв., общо на стойност 17 105 лв.

Проведените разяснителни кампании за значението на профилактичните прегледи и разпространените информационни материали са свързани с ранна диагностика и профилактични изследвания за артериална хипертония, сърдечно-съдови заболявания, белодробни заболявания, захарен диабет; профилактика при грип и ОРЗ и чревни инфекции, ползата от профилактичните прегледи на деца от 0 до 18 години; профилактика при рак на млечната жлеза и др. Кампаниите са проведени в 11 области на страната (Благоевград, Бургас, Варна, Кюстендил, Монтана, Плевен, Пловдив, Сливен, Софийска област, Стара Загора и Хасково). Раздадени са над 2 500 броя здравни пакети, съдържащи четка за зъби, паста за зъби, пакет мокри кърпи и сапун и над 4 700 информационни материали. Здравните пакети се раздават при провеждане на

кампании и обучителни дейности в населени места и квартали с преобладаващо ромско население. Проведени са 32 образователни кампании в общността, във връзка с отбелязването на тематични дни (7 април - Ден на здравето, 29 септември - Световен ден на сърцето и др.) и значението на профилактичните прегледи сред ромското население

Във връзка с планираните мерки за повишаване на имунизационния обхват сред уязвимите групи от населението съгласно националния имунизационен календар през 2016 г. мобилните кабинети на МЗ за обща практика са разпределени в 4 области на страната Варна (кв. „Аспарухово“, кв. „Христо Ботев“, гр. Провадия, гр. Девня и с. Каменар), Плевен (гр. Пордим, с. Трънчовица, с. Санадиново, с. Бацова Махала, с. Дисевица, с. Петърница и с. Градина), Софийска област (гр. Самоков и гр. Ихтиман) и Хасково (гр. Харманли-квартали с компактно население, принадлежащо към етнически малцинства; с. Иваново, с. Върбово, с. Болярски извор; с. Левка) за организиране и извършване на задължителни имунизации на деца, при които няма данни за проведени имунизации, имунизационната схема за възрастта е непълна, нямат избран личен лекар и/или нямат постоянна адресна регистрация. За изпълнение на дейността на всяка РЗИ са разпределени по 7 000 лв., общо на стойност 28 000 лв.

Извършени са общо 734 профилактични прегледи и имунизации и реимунизации на деца от 0-18 г. възраст с непълен имунизационен статус съобразно Националния имунизационен календар. Децата с непълен имунизационен статус се издирват чрез Регионалните здравно-сигурителни каси (РЗОК) и общопрактикуващите лекари (ОПЛ) на територията на всяка област. По информация от Регионалните здравни инспекции (РЗИ) голяма част от децата имат ОПЛ в резултат на обвързването на задължител-

ните имунизации с получаването на социални помощи.

За 2016 г. с 21 специализирани мобилни кабинети са извършени общо 13 282 прегледа (8 074) и изследвания (5 208):

С педиатрични мобилни кабинети са извършени общо 1 696 прегледа, при 148 деца са диагностицирани заболявания. Децата са насочени към съответни специалисти за последващо лечение. Извършени са общо 734 имунизации с мобилните кабинети обща практика на деца от 0-18 г. възраст с непълнен имунизационен статус съобразно Националния имунизационен календар.

С мобилните гинекологични кабинети са извършени общо 2 299 прегледа, при 364 жени са диагностицирани заболявания.

С клинична лаборатория са извършени общо 5 208 изследвания, при 240 изследвания са констатирани отклонения от нормата.

С мобилните ехографски кабинети са извършени общо 1 583 прегледа, при 393 лица са диагностицирани заболявания.

С мобилните флуорографски кабинети са извършени общо 1 029 прегледа, при 55 лица са диагностицирани заболявания.

С мобилните мамографски кабинети са извършени общо 1 033 прегледа, при 768 лица са диагностицирани заболявания. – диагноза мастопатия

Всички лица, при които са констатирани заболявания са насочени към съответни специалисти за последващо лечение.

#### **По Мярка Изграждане на капацитет за работа с уязвими групи**

През 2016 г. бяха продължени мерките за утвърждаване на ролята на здравните медиатори към общините като работещ модел за преодоляване на културните бариери в общуването с ромите, в т.ч. при провеждането на профилактични програми и здравно образование. *(Политика 1.7)*

Мрежата на здравните медиатори се разширява с всяка изминала година. През 2012 г. са работили 109 здравни медиатори в 59 общини. През 2013 г. са работили 130 в 71 общини. През 2014 г. медиаторите вече са 150 в 79 целеви общини в 25 области на страната, като през 2015 г. са планирани средства в държавният бюджет за общо 170 здравни медиатори. През 2016 здравните медиатори са 195, в 110 целеви общини, през 2017 г. са планирани средства в държавния бюджет за общо 215 здравни медиатори в 115 общини. През 2016 г. за изпълнение на мярката са изразходвани 13 495 лв. за обучение на нови здравни медиатори.

В своята дейност Министерство на здравеопазването активно си сътрудничи с Национално сдружението на общините в Република България (НСОРБ) и Националната мрежа на здравните медиатори.

През 2016г. бяха проведени три работни срещи с Национално сдружение на здравните медиатори за обсъждане на разпределение на мобилните кабинети; броя на здравните медиатори и разработване на проект на документи, свързани с дейността на здравните медиатори.

#### **Подкрепа на политиките със средства от международни и европейски средства и програми**

В Национална здравна стратегия 2020 и Плана за действие към нея са взети предвид възможностите за създаване и укрепване на механизмите за сътрудничество и процедури за координация между държавите-членки на Европейския съюз, за да може Република България да отговори на съвременните предизвикателства и приоритети в областта на здравето.

През 2016 г. влияние на европейските и международните политики при изпълнението на заложените в стратегията приоритети е налице по отношение на всички политики:



В изпълнение на *Политика 1.1*, мярка 1.1.6. Подобряване на условията за диагностика и лечение в акушеро-гинекологичните, неонатологични и педиатрични структури, вкл. оборудване с високотехнологична апаратура и обучение на персонала в тях, през 2016 г. са доставени 34 апарата за механична вентилация за новородени и недоносени деца, 22 апарата за механична вентилация на новородени деца, 4 апарата за механична вентилация на новородени и недоносени деца с екстремно ниско тегло, 6 рентгенови преносими апарати и 4 мобилни ултразвукови апарати за неонатологичните отделения в 34 болници в страната. Оборудването е осигурено по Предварително дефиниран проект 4 „Подобрено качество на пренаталната диагностика и неонаталните грижи“.

За изпълнение на заложените мерки по *политика 1.2* и във връзка с Мярка 5 на Програма БГ07 „Инициативи за обществено здраве“, са изпълнени дейности по осигуряване на по-добро качество и по-лесен достъп до здравни грижи за децата с увреждания и хронични заболявания, и подкрепа на техните семейства (мерки 1.2.6., 1.2.7., 1.2.10., 1.2.13.), като са:

- Обучени медицински и други специалисти, оказващи грижа за децата със специфични потребности - 370 души;
- Обучени членове на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания - 497 души;
- Разкрити и реновирани центрове за интегрирани здравно-социални услуги за деца с увреждания / хронични заболявания - 9 броя.

В подкрепа на политиката, през годината са осигурени подобрени услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве на юноши на възраст от 10

до 19 г. със специфичен фокус върху уязвимите групи, в частност ромското население и хора в отдалечени райони (мерки 1.2.15. и 1.2.17.), като са:

- Изследвани безплатно за сексуално предавани инфекции - 4667 юноши;
- Предоставени медицински и психологични консултации - 2910 броя;
- Проведени мероприятия със здравно-образователна цел - 91 броя.

В изпълнение на *Политика 1.5*, мярка 1.5.4. Продължаване на процеса на деинституционализация, интегриране на психиатричната помощ в общата система на медицинско обслужване, преформулиране и оптимизиране функциите на големите психиатрични болници от резидентен тип, мярка 1.5.5. Развитие на комплексното обслужване на психично болните в близост до тяхната естествена жизнена среда и мярка 1.5.8. Осигуряване на обществена подкрепа за преодоляване на психиатричната стигма, през 2016 г. са:

- Реновирани психиатрични отделения и стационари - 7 броя;
- Обучен болничен и извънболничен персонал, обслужващ пациентите с психични проблеми - 609 души;
- Проведени информационни кампании за преодоляване на психиатричната стигма - 2 броя.

Във връзка с изпълнението на *Политика 1.7* и дейностите по Мярка 6 на Програма БГ07 „Инициативи за обществено здраве“, през 2016 г. са предоставени подкрепящи здравни услуги (включително мобилни) и извършени 7632 домашни посещения за проследяване и консултиране на бременни жени и деца до 3 г. от ромската общност (мерки 1.7.1. и 1.7.2. от План за действие към Национална здравна стратегия 2020).

## ПРИОРИТЕТ 2 „ИЗГРАЖДАНЕ И УПРАВЛЕНИЕ НА СПРАВЕДЛИВА, УСТОЙЧИВА И ЕФЕКТИВНА ЗДРАВНА СИСТЕМА, ОРИЕНТИРАНА КЪМ КАЧЕСТВО И РЕЗУЛТАТИ“

Приоритет 2 на НЗС 2020 включва политики, ориентирани пряко към системата на здравеопазване, като основна социална сфера, ангажирана с грижите за здравето на българските граждани и фактор за неговото подобряване.

В стратегията се посочва, че българската здравна система, подобно на останалите европейски здравни системи, е изправена пред сложни предизвикателства. Здравеопазването става все по-скъпо и сложно за планиране и регулация поради бързо напредващите темпове на технологичния прогрес, промените в структурата на населението, поинформираните потребители на услуги и увеличаването на трансграничното движение, в т.ч. на медицинските специалисти. Променя се демографския модел на болестите, при който основните проблеми на здравето са свързани с хроничните заболявания, заплахите за психичното здраве и състояния, свързани със стареенето.

Според стратегията, отговорите на здравната система на динамично променящите се потребности на фона на ограничени ресурси, изискват иновативни и комплексни решения, насочени към крайните потребители, които да са базирани на доказателства и да са възможно най-ефективни от икономическа гледна точка.

Във връзка с това в Приоритет 2 са включени следните политики:

Политика 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазването

Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти

Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ

Политика 2.4. Развита първична медицинска помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ

Политика 2.5. Оптимизирана болнична помощ

Политика 2.6. Електронно здравеопазване

Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване

Политика 2.8. Осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване

Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система

При формулиране на политиките по Приоритет 2 стратегията се позовава доклад на Световна банка от 2015 г., според който:

„Реформите в системата на здравеопазване следва да включват:

- оптимизиране на болничната система и политиката по отношение на лекарствата с цел спиране изтичането на ресурси и осигуряване на по-добър достъп до здравни грижи и по-високо качество;

- засилване на алтернативите на болничната помощ и съгласуване на стимулите, за да се осигури лечението на пациентите на необходимото ниво на грижи, така че да се подобри и стане по-ефикасно управлението на хроничните заболявания.“

„България. Систематичен анализ на страната. Потенциалът на България за устойчив растеж и споделен просперитет“, Световна банка, 2015

През 2016 г. започна поетапната реализацията на политиките и мерките, заложени в НЗС 2020 за адаптиране на българската система на здравеопазване към променящите се здравни потребности и предизвикателства при най-ефективно използване на възможните за страната ресурси.

## ПОЛИТИКА 2.1. ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕО-ПАЗВАНЕ

### Преглед на политиката

Политиката си поставя за цел преодоляване на следните:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Нарастващи лични и публични разходи за здраве при влошаващи се здравни резултати и удовлетвореност;
- ✓ Ниска ефективност на разходите за здравеопазване с превес на лечението на последиците за сметка на превенцията;
- ✓ Липса на обвързаност на финансирането с качеството и резултатите;
- ✓ Липса на капацитет за оценка на здравните технологии с цел гарантиране на достъп само до доказали своята клинична ефективност технологии.

Национална здравна стратегия 2020

В стратегията се посочва, че през последните години повишаващите се разходи за здравеопазване поставят пред управленските институции в цял свят сериозни предизвикателства, като България не се различава от общата тенденция на устойчиво нарастване на здравните разходи.

Между 1995 г. и 2014 г. България е увеличило дела от бюджета си, изразходван за здравеопазване, от 8,5 на 12 процента. По международни сравнения със страни със сходни икономически показатели това е малко над средните стойности, което показва, че България дава по-голям приоритет на здравеопазването в рамките на разпределението на бюджета.

Едновременно с това социологическите проучвания на бюджета на домакинствата в България показват, че частните разходи също нарастват прогресивно. Високото равнище на плащания със собствени средства значително ограничава финансовата защита на всички, като се отразява особено неблагоприятно на най-бедните слоеве.

Според международни анализатори<sup>2</sup> България, подобно на други страни, и в бъдеще ще продължи да бъде подложена на силен натиск да увеличава средствата за здравеопазване. Макар че част от този натиск се дължи на вътрешно присъщи неефективности в сегашната система, много от факторите са външни за системата на здравеопазването - зарсяването на населението, нарастването на хроничните заболявания, техническия прогрес, свързан с въвеждането на нови медицински и други технологии и др.

Степента, до която България се справя с тези различни видове натиск, зависи както от общите фискални фактори в страната, така и от решенията на правителството в сферата на определянето на приоритетите в здравеопазването.

Това налага в системата на здравеопазването да бъдат предприети сериозни реформи, които следва да се планират в контекста на настоящата и вероятно бъдещата макроикономическа и по-специално фискална ситуация.

Като съществен елемент на политиката е формулирано пренасочването на финансовите ресурси на НЗОК от болничната към извънболничната медицинска помощ, с акцент върху финансирането на дейности в първичната помощ.

Според стратегията прегрупирането на финансовите ресурси по отношение на различните видове пакети и видове медицинска помощ следва да е синхронизирано с необходимото прегрупиране на разходите по направленията промоция, профилактика, скрининг, диагностика, лечение и рехабилитация.

Особено внимание, според стратегията следва да се отдели на планирането на финансовите ресурси за заплащане на здравни дейности, технологии и лекарствени продукти с доказана здравна и икономическа ефективност.

<sup>2</sup> Анализ на състоянието на финансирането на здравеопазването в България, Световна банка, 2015 г.

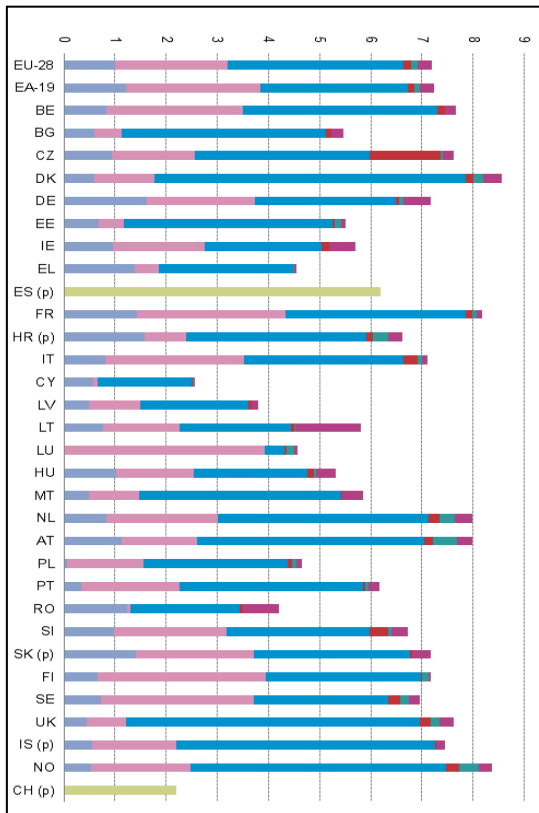
**Финансиране на системата за здравеопазване – актуално състояние**

**Относителен дял на разходите за здравеопазване от БВП**

По данни на Евростат общата сума на разходи за здравеопазване, изразходвана в ЕС през 2015 г., се равнява на 1057 милиарда евро, от които България е изразходвала 4,8 милиарда.<sup>3</sup>

Българските разходи за здравеопазване са 5.5% от брутният вътрешен продукт (БВП), докато средният за ЕС е 7.2%. (фиг.47)

**Фиг.47** Разходи за здраве като % от БВП в ЕС за 2015 г.



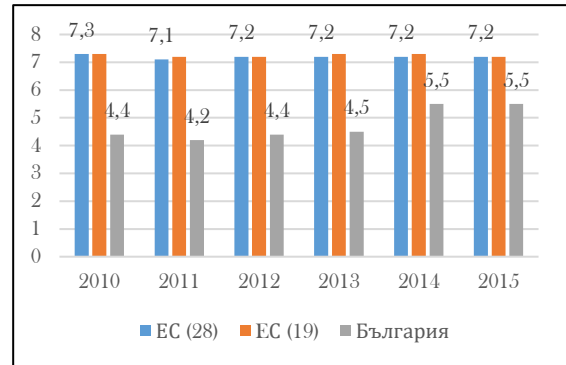
Източник: Евростат

Най-много средства за здравния сектор се заделят в Холандия – 8,6%, Франция 8,2%, Австрия и Холандия с по 8%. На другия полюс са Кипър с едва 2,6% от БВП, заделян за здравеопазване, след-

ван от Латвия с 3,8%, Румъния 4,2% и Гърция с 4,5%.

Въпреки сравнително по-малкият дял за здравеопазване от БВП на България, след 2014 г. е видима тенденцията на значително нарастване на този дял на фона на задържане на средния показател за страните в ЕС. (фиг.48)

**Фиг.48** Разходи за здраве като % от БВП в България и ЕС, 2010-2015г.



Източник: Евростат

**Разходи за здравеопазване на глава от населението**

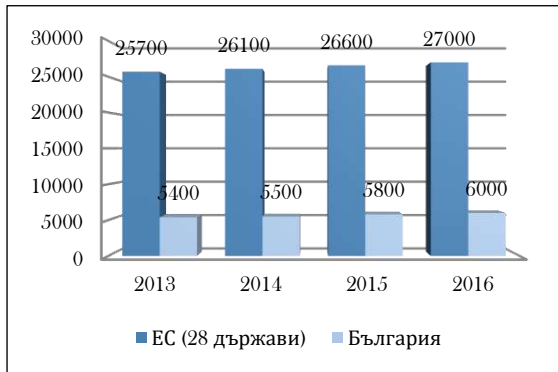
Въпреки, че България да отделя по-голям дял от БВП и от държавния бюджет за здраве от някои други държави в ЕС, разходите за здравеопазване на глава от населението остават ниски.

През 2015 г. страните-членки отделят средно по 2076 евро на глава от населението за здравеопазване. Държавите с най-ниски разходи са Румъния (340 евро) и България (343 евро). Държавата от ЕС, която заделя най-много средства за здравни грижи на глава от населението, е Люксембург с 4112 евро, следвана от Дания с 4094 евро, Холандия с 3194 евро, Швеция с 3170 евро, Австрия с 3149 евро и други.

В тази връзка следва да се има предвид, че възможностите на България са значително по-ограничени, като реалния брутен вътрешен продукт на глава от населението е 4,5 пъти по-малък от средният за ЕС. (фиг.49)

<sup>3</sup> Total\_general\_government\_expenditure\_on\_health, 2015 Eurostat

**Фиг.49 Реален БВП на глава от населението и темп на прираст, България и ЕС (28), 2013-2016 г.**



Източник: НСИ

### Източници на финансиране

Източниците на финансиране на системата на здравеопазване в България са обособени в две основни групи - публични и частни средства.

Публични средства включват средства от данъци и средства от системата за социално здравно осигуряване.

Частните средства включват средства от частни здравноосигурителни фондове и лични средства на гражданите.

### Публични разходи за здравеопазване

Разходите за здравеопазване имат един от най-високите дялове както в структурата на общите публични разходи, така и като част от БВП за страната.

Извършените публични разходи през 2016 г. в сферата на здравеопазването са в размер на 4 085,5 млн. лв., или 4,4 % от БВП<sup>4</sup>. От тях капиталовите разходи за 80,9 млн. лв. За 2015 г. разходите са 3 971,5 млн. лв., формиращи 4,5% от БВП на страната. (Пр. 1, табл. 10 и 11)

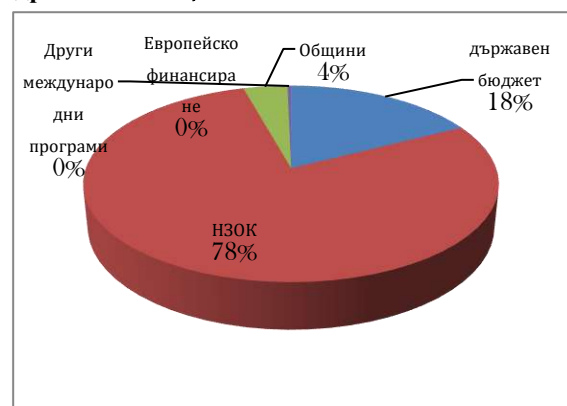
През 2016 г. разходите за здравеопазване са на второ място като относителен

<sup>4</sup> При определяне на разходите, представени като относителен дял в БВП, отчетните данни за 2015 г. и 2016 г. са отнесени към БВП (по данни на НСИ – 88 571,3 млн. лв. за 2015 г. и 92 634,7 млн. лв. за 2016 г.)

дял от БВП след разходите за социално осигуряване, подпомагане и грижи.

В структурата на публичните разходи за здравеопазване най-голям дял заемат разходите на НЗОК – 78,2 %, следват разходите от държавния бюджет – 17,5 % и на трето място са разходите на общините – 4 %. Разходите по международни програми и европейско финансиране са едва 0,3%. (фиг. 50), (Приложение 1, табл. 12).

**Фиг.50 Структура на публичните разходи за здравеопазване, 2016 г.**



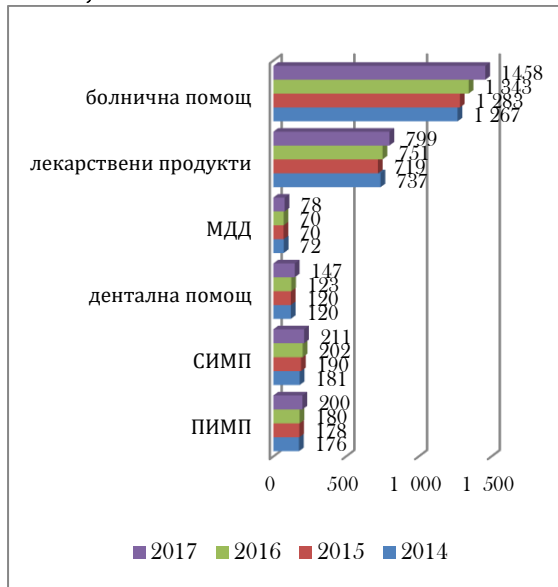
Източник: МФ

### Разходи на Националната здравноосигурителна каса

Националната здравноосигурителна каса планира, договаря и закупува за задължително здравноосигурените лица медицинска помощ в рамките на обеми, договорени в националните рамкови договори (НРД), в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК, определени в закона за бюджета на НЗОК за съответната година.

Планираните разходи по бюджета на НЗОК са нараснали от 3 148 110 хил. лв. за 2014 г. на 3 452 816 хил. лв. за 2017 г. (планирани през 2016 г.), като основната част от тях е за увеличение на здравноосигурителни плащания по основни направления – първична и специализирана извънболнична помощ, дентална помощ, болнична помощ и лекарствени продукти. (фиг.51)

Фиг.51 Планирани разходи по ЗБНЗОК 2014-2017 г., в мил. лв.



Съгласно приетия Закон за бюджета на НЗОК за 2016 г., в приходната част на бюджета са определени средства в размер за приходи и трансфери са заложили средства в размер на 3 204 749 хил. лв. През годината с решения на Надзорния съвет (НС) на НЗОК и по реда на §1, §2 и §3 от Преходни и заключителни разпоредби (ПЗР) на ЗБНЗОК за 2016 г. средствата са увеличени общо с 93 717,1 хил. лв.

Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери към 31.12.2016 г. възлиза на 3 298 608,4 хил. лв.

НЗОК е извършила разходи и трансфери към 31.12.2016 г. на стойност 3 296 984 хил. лв.. Основните направления, по които са усвоени средствата са, както следва:

- ✓ разходи за персонал - 32 029,2 хил. лв.;
- ✓ издръжка на административните дейности - 9 847,4 хил. лв. ;
- ✓ здравноосигурителни плащания - 3 223 356,5 хил. лв., представляващи 97,8% от извършените разходи и трансфери.

За закупената и заплатена от НЗОК медицинска помощ, оказана в полза на задължително здравноосигурените ли-

ца, по сключените договори с изпълнителите на медицинска помощ, дентална помощ и аптеки, за видове медицинска помощ от пакета на НЗОК по чл. 45 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), здравноосигурителните плащанията са в следните направления:

**Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)** - в размер 186 877,8 хил. лв. (в т.ч. 10 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 5,8% от всички здравноосигурителни плащания на НЗОК. Разходите за ПИМП са се увеличили с 1,0% спрямо изплатените 185 017,1 хил. лв., през предходната 2015 г. общият ръст на плащанията към изпълнителите на ПИМП спрямо 2015 г. се дължи основно на ръста на разходите за диспансерно наблюдение - с 1 969,7 хил. лв.

**Специализирана извънболнична медицинска помощ** (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) - в размер 205 510,2 хил. лв. или 6,4% от всички здравноосигурителни плащания. Разходите за СИМП са се увеличили с 0,6% спрямо изплатените 204 234,6 хил. лв. през предходната 2015 г. В структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на СИМП - 157 851,5 хил. лв. или 76,8% се формират от специализираните прегледи (първични и вторични) по повод остри състояния.

**Дентална помощ** - в размер 117 847 хил. лв. или 3,7% от всички здравноосигурителни плащания. За съпоставими 12-месечни периоди се отчита ръст на разходите с 10 146,7 хил. лв. или с 8,3%. Основно ръстът се дължи на увеличаване от м. септември 2016 г. на заплащания брой дентални дейности за ЗЗОЛ над 18 г. възраст от 2 на 3.

**Медико-диагностична дейност (МДД)** - в размер 74 415 хил. лв. или 2,3% от всички здравноосигурителни плащания. С тези средства е изплатена отчетената от изпълнителите на МДД дейност за периода м. декември 2015 г. - м. ноември 2016 г. - 20 332,1 хил. медико-

диагностични изследвания, което е с 740 хил. изследвания или с 3,8% повече от заплатените през 2015 г. дейности за съответния период. Разходите за МДД са се увеличили с 2 029,9 хил. лв. или с 2,8% спрямо изплатените 72 386 хил. лв. през предходната 2015 г. В структурата на плащанията от НЗОК към изпълнителите на МДД се включват 39 331,9 хил. лв. или 52,8%, формирани от изследвания от специалност Клинична лаборатория и 27 594,3 хил. лв. или 37,1%, формирани от изследвания от специалност „Образна диагностика“.

**Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели** – общ разход от 905 178,2 хил. лв., както следва:

- **за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение** на територията на страната – в размер 701 368,6 хил. лв. или 21,8% от всички здравноосигурителни плащания. С тези средства са заплатени продукти за домашно лечение, предоставени на ЗЗОЛ в периода 16.11.2015 г. – 31.10.2016 г., 50% от предоставените в периода 01 – 15.11.2015 г., отложени за заплащане през 2016 г. и 10% от предоставените в периода 01 – 15.11.2016 г. (т.е. 23,6 отчетни 15-дневни периода). От стойността на продуктите, предоставени на ЗЗОЛ през подлежащите на заплащане през 2016 г. периоди, с решение на НС на НЗОК 90% от стойността на предоставените от аптеките продукти в периода 01 – 15.11.2016 г., в размер на 28 919 хил. лв., са отложени за заплащане през 2017 г. Спрямо извършените през 2015 г. разходи се отчита увеличение с 60 166,1 хил. лв. или с 9,4%.

През периодите, подлежащи на заплащане през 2016 г. (16.11.2015 г. – 15.11.2016 г.) аптеките са предоставяли лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение

на територията на страната, заплащани напълно или частично от НЗОК, на 1 534,8 хил. ЗЗОЛ. Спрямо съпоставимите периоди през 2015 г. се отчита общо намаление на броя ЗЗОЛ, обхванати от системата, с 20,9 хил. лица или с 1,3% вследствие на отпадането от списъка на лекарствени продукти за остри заболявания и увеличение с 1,4% на болните с терапия, включваща продукти от различни анатомотерапевтични групи. През 2016 г. е разширен достъпът на ЗЗОЛ до нови иновативни лекарствени терапии с включването на 17 нови международни непатентни наименования (INN) в списъка с лекарствени продукти за домашно лечение в групи: А „Храносмилателна система и метаболизъм“, С „Сърдечно съдова система“, G „Пикочо-полова система“; J „Антиинфекциозни лекарствени продукти за системно приложение“, L „Антинеопластични и имуномодулиращи лекарствени продукти“, N „Нервна система“ и R „Дихателна система“.

- **възстановени разходи на НЗОК от постъпили отстъпки за лекарствени продукти** по чл. 45, ал. 10 и ал. 19 от ЗЗО – в размер 85 924,8 хил. лв. или 2,7% от всички здравноосигурителни плащания. Съгласно §5 от ПЗР на ЗБН-ЗОК за 2016 г. постъпилите отстъпки са отчетени в намаление на извършените от НЗОК здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната. Постъпилите през 2016 г. отстъпки представляват 99,8% от стойността на подлежащите на плащане от притежателите на разрешения за употреба (ПРУ) през годината, на база на разходите на НЗОК за лекарствени продукти по чл.45, ал.10 и ал.19 от ЗЗО.

- **за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ**, които НЗОК заплаща извън

стойността на оказваните медицински услуги - в размер 289 734,5 хил. лв. или 9,0% от всички здравноосигурителни плащания. С тези средства са заплатени лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги продукти, приложени от изпълнителите на БМП при клинични пътеки (КП) или амбулаторни процедури (АПр), оказани на 33 548 ЗОЛ в периода м. декември 2015 г. - м. ноември 2016 г. През 2015 г. са заплатени приложените от изпълнителите на БМП лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания на 34 011 ЗОЛ в периода м. декември 2014 г. - м. ноември 2015 г. Разходите са се увеличили с 43 809,2 хил. лв. или със 17,8% спрямо изплатените 245 925,3 хил. лв. през предходната 2015 г., при намаляване на лицата, на които са приложени лекарствените продукти. През 2016 г. за лечение на злокачествени заболявания НЗОК заплаща 112 INN с 280 лекарствени продукти, включително 13 нови INN и 22 нови лекарствени продукта по търговски наименования към съществуващи INN. За сравнение през 2015 г. НЗОК заплаща 108 INN с 359 лекарствени продукти, включително 8 нови INN и 12 нови лекарствени продукта по търговски наименования към съществуващи INN. Динамиката на списъка (включване на нови INN, предназначени за прицелна терапия и с високи цени и отпадане на INN и лекарствени продукти, които определят пониска референтна стойност, която НЗОК заплаща) и медицинските подходи и схеми на терапия при пациентите със злокачествени заболявания (предпочитат се оригинални продукти пред генеричните аналози или перорални продукти за домашна употреба пред тези за парентерално приложение) са основните причини за ръста на разходи на НЗОК за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в

условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги.

**Медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ** - в размер 80 225,6 хил. лв. (в т.ч. 3 115,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 2,5% от всички здравноосигурителни плащания. С тези средства са заплатени медицински изделия, приложени по дейност по клинични пътеки и амбулаторни процедури. За съпоставими 12-месечни периоди се отчита ръст на разходите с 13 328,2 хил. лв. или със 17,7%.

**Болнична медицинска помощ** - в размер 1 613 555,6 хил. лв. или 50,1% от всички здравноосигурителни плащания. С тези средства е изплатена дейността по клинични пътеки, високоспециализирани медицински дейности, клинични процедури и процедури за периода м. декември 2015 г. - м. ноември 2016 г. Разходите са се увеличили с 89 673,2 хил. лв. или с 5,9% спрямо изплатените 1 523 882,4 хил. лв. за същия период на предходната 2015 г. През 2016 г. на изпълнителите на БМП са заплатени общо 3 092,1 хил. дейности, което е със 152,8 хил. дейности или с 5,2% повече от заплатените през 2015 г.

**Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ**, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност (ПКСС) - в размер 39 746,5 хил. лв. или 1,2% от всички здравноосигурителни плащания. Във връзка с намаляване на средствата по параграфа общо с 20 000 хил. лв., плащанията през 2016 г. по постъпили искове от други държави за получени на тяхна територия обезщетения в натура от ЗЗОЛ, осигурени в НЗОК, са в размер от 37 236,9 хил. лв., което представлява 22,2% от неприключената легова равностойност към 01.01.2016 г. по постъпилите искове от други държави. През всяка от годините



от приемането на България в ЕС годишните суми на платените задължения по исковете на другите държави са по-ниски от стойността на постъпилите през годината искове, което се дължи на недостатъчни бюджетни средства в периода на календарната година и е причина за непрестанно нарастване на стойността на задълженията към другите държави. Тези темпове на нарастване на задълженията на Република България по правилата за координация на системите за социална сигурност значително надвишават финансовите възможности на НЗОК, като към 31.12.2016 г. общата стойност на неприключените искове от другите държави възлиза на 229 327 хил. лв.

**Плащания от трансфери от Министерството на здравеопазването** - в размер на 24 362,8 хил. лв., представляващи 0,7% от извършените разходи и трансфери - всичко.

По направления, плащанията на НЗОК от трансфери от Министерството на здравеопазването към 31.12.2016 г. са, както следва:

- за лекарствени продукти - ваксини и дейности по прилагането им - изплатени 684,5 хил. лв.

- за дейности за здравнонеосигурени лица, включващи: комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение при пациенти с кожно-венерически и психиатрични заболявания и интензивно лечение - изплатени 1 671,2 хил. лв.

- ✓ за дейности за здравнонеосигурени бременни жени и родилки по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ - изплатени 4 705,1 хил. лв.

- ✓ плащания за сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО - изплатени 17 302,1 хил. лв.

През 2016 г. разходите на НЗОК бяха планирани и реализирани по начин, който не наложи актуализация на бюджета на НЗОК в хода на годината, каквато практика бе налице през предходни години.

### Разходи на държавния бюджет по функция „Здравеопазване“

Вторият основен източник на финансиране на системата на здравеопазване са средствата от държавния бюджет.

За 2016 г. разчетените средства по бюджетите на министерствата и ведомствата по функция „Здравеопазване“ са в размер на 543,6 млн. лв.

По уточнен план средствата са в размер на 714,7 млн. лв., като увеличението на средствата основно е в резултат на получените през годината трансфери по договори, сключени с НЗОК за изпълнение на медицински дейности и болнична медицинска помощ.

Основните разходи за функция „Здравеопазване“ по държавния бюджет се осъществяват чрез бюджета на Министерството на здравеопазването (62,96% от разходите за здравеопазване от държавния бюджет) - *(Приложение 1, табл.13)*

В сравнение с 2015 г. разходите за функция „Здравеопазване“ общо за ведомствата са се увеличили със 77,8 млн. лв. или 12,21%. С най-голямо увеличение са разходите на МЗ, възлизащи на 29,2 млн. лв. или 6,9 %.

Разходите на държавния бюджет по функция “Здравеопазване” през 2016 г. са насочени към финансиране на приоритетни политики и дейности в областта на общественото здравеопазване, национални здравни програми по стратегически здравни приоритети и социално значими заболявания, осигуряване на лекарства, консумативи и биопродукти по централна доставка, диагностично-консултативна и лечебна дейност, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване и др.

През 2016 г. лечебните заведения към МО, МС, МВР, МТИТС и ММС са изразходвали 710,7 млн. лв. за своята дейност, включително средствата за изпълнени клинични пътеки по договори за болнична помощ с НЗОК.

Разпределението на отчетените общи разходи за здравеопазване по министерства и ведомства по държавния бюджет за 2016 г. е следното:

- ✓ Министерство на здравеопазването - 450,1 млн. лв.
- ✓ Министерски съвет - 57,6 млн. лв.
- ✓ Министерство на отбраната - 165,5 млн. лв.
- ✓ Министерство на вътрешните работи - 28,2 млн. лв.
- ✓ Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията - 9,1 млн. лв.
- ✓ Министерство на младежта и спорта - 0,2 млн. лв.
- ✓ Централен бюджет - 4,1 млн. лв.

### Разходи на МЗ

Със Закона за държавния бюджет на Република България за 2016 г. разходите по бюджета на Министерство на здравеопазването за 2016 г. са в размер на 436 541,3 хил. лв., като след извършени корекции през годината, уточненият план за разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването към 31.12.2016 г. е в размер на 461 360,3 хил. лв.

Отчетените разходи към 31.12.2016 г. на МЗ са общо в размер на 458 376,6 хил. лв., в т.ч. текущи разходи в размер на 434 385,1 хил. лв. и капиталови разходи в размер на 23 991,5 хил. лв.

Финансирането на здравни дейности от МЗ се осъществява чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики (*Приложение 1 табл.14*)

Чрез програмите на Политика в областта на „Промоцията, превенцията и контрол на общественото здраве” МЗ финансира дейностите, свързани с ефективен здравен контрол върху обектите с обществено предназначение, стоките, имащи значение за здравето на населението, дейности от значение за здравето на населението и факторите на жизнената

среда, намаляване на търсенето на наркотиците.

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

Разходите по политиката през 2016 г. са 98,54 млн. лв. и бележат ръст на увеличение спрямо 2015 г. от 21,7 млн. лв. или 28,2 %.

В рамките на програмите на Политика в областта на „Диагностиката и лечението” са финансирани дейностите, осъществявани от държавните психиатрични болници, центровете за спешна медицинска помощ, центрове за трансфузионна хематология, домовете за медико-социални грижи за деца и дейностите по трансплантация на тъкани, органи и клетки.

В рамките на политиката са включени средствата за предоставените субсидии за лечебните заведения за болнична помощ в размер на 84,68 млн. лв., с които са заплатени следните медицински дейности:

- ✓ оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение;
- ✓ осигуряване на лекарствени продукти при определени състояния на пациентите;
- ✓ стационарно лечение на пациенти с психични заболявания;
- ✓ амбулаторно проследяване (диспансеризация) и активно лечение на пациенти с активна туберкулоза;
- ✓ продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания;
- ✓ лечение на пациенти с инфекциозни заболявания;
- ✓ медицински дейности за ветерани от войните;
- ✓ отдих /един път годишно/, профилактика и рехабилитация /два пъти годишно/

дишно/ на военноинвалиди и военно-пострадали един път годишно;

- ✓ медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК;
- ✓ поддържане на медицински регистри;
- ✓ дневни психорехабилитационни програми;
- ✓ програми за лечение с метадон;
- ✓ осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;
- ✓ терапевтична афереза;
- ✓ бъбречно-заместителна терапия.

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

Разходите по Политика в областта на „Диагностиката и лечението” се увеличават за 2016 г. с 4,83 млн. лв. от 324, 6 мил лв. на 329, 2 млн. лв. или 1,49% спрямо разходите за 2015 г.

В рамките на Политиката в областта на „Лекарствените продукти и медицинските изделия” през 2016 г. са осигурени лекарствени продукти и медицински изделия за пациенти със СПИН, туберкулоза и психически и поведенчески зависимости. За изпълнението на дейностите по политиката в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия през 2016 г. от бюджета на Министерство на здравеопазването са изразходвани 20,68 млн. лв.

По бюджета на Министерство на здравеопазването към 31.12.2016 г. са отчетени разходи за централни доставки за

нуждите на лечебните заведения, както следва:

- ✓ за лекарствени продукти, които са включени в Наредба № 34 от 2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (обн., ДВ, бр. 95 от 2005 г.) - разходи в размер на 14 800 627 лв.
- ✓ за биопродукти (ваксини и специфични серуми) - разходи в размер на 44 049 800 лв.
- ✓ за радиоактивни лекарствени продукти, радионуклидни генератори, китове и радионуклидни прекурсори - разходи в размер на 2 241 677 лв.
- ✓ за медицински изделия по чл. 7 и чл. 9 от Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени - разходи в размер на 1 784 616 лв.

Чрез бюджета на Министерство на здравеопазването се извършват и разходите по национални програми, приети с решения на Министерския съвет, свързани с превенция, профилактика и лечение на значими заболявания, определени като национални здравни приоритети.

През 2016 г. са финансирани 11 национални програми. Основната част от средствата по тези програми са за лекарствени продукти и консумативи, свързани с лечение и превенция на социално значими заболявания и психосоциална рехабилитация:

Разходите по национални програми, заплащани от Министерство на здравеопазването за 2016 г. са, както следва:

- ✓ за Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България - в размер на 71 184 лв.
- ✓ за Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално пре-

давани инфекции - в размер на 704 078 лв.

✓ за Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014 - 2020 г. - в размер на 94 467 лв.

✓ за Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести - в размер на 131 128 лв.

✓ за Национална програма за изпълнение на Плана за действие на Националната стратегия за борба с наркотиците - в размер на 85 501 лв., като същевременно за сметка на бюджета на Министерство на здравеопазването са извършени и касови трансфери към общините в размер на 33 800 лв.

✓ за Национална програма на Република България за готовност за грипна пандемия - в размер на 90 089 лв.

✓ за Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите 2012-2020 г. - в размер на 216 598 лв.

✓ за Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 години - в размер на 1 405 999 лв.

✓ за Национална програма за първична профилактика на рак на маточната шийка - в размер на 29 789 лв.

✓ за Национална програма за намаляване на въздействието на радона в сградите върху здравето на българското население - в размер на 108 987 лв.

✓ за Национална програма за профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората в Република България - в размер на 185 167 лв.

Отчетените към 31.12.2016 г. разходи за държавни инвестиционни заеми са в размер на 12 796 457 лв., от които: за главница 12 656 027 лв. и 140 430 лв. за лихвени плащания. По отделните проекти разходите са, както следва:

✓ Проект "Реформа в здравния сектор" - заем BUL 4000 в размер на 2 221 772 лв., от които: за погашение на главница 2 218 301 лв. и за лихвени плащания 3 471 лв.

✓ Стоков кредит „Сименс” в размер на 221 645 лв., от които: за погашение на главница 208 389 лв. и за лихвени плащания 13 256 лв.

✓ Заем BUL 4565 - 10 353 040 лв., от които: за погасителна вноска 10 229 337 лв. и за лихвени плащания 123 703 лв.

Отчетените през 2016 г. разходи за международни програми са в размер на 4 190 210 лв. Най-голям дял в размера на отчетените разходи за 2016 г. имат програмите, финансирани от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, а именно:

✓ по програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба с ХИВ/СПИН, малария и туберкулоза, отчетените разходи са в размер на 1 794 132 лв.

✓ по програма „Укрепване на контрола на туберкулозата в България” отчетените разходи са в размер на 27 146 лв.

✓ по програма „Подобряване на устойчивостта на НП по туберкулоза” отчетените разходи са в размер на 2 067 749 лв.

### Частни разходи в здравеопазването

По данни на НСИ средният разход за здравеопазване на едно домакинство през 2015 г. е 594 лв. и се увеличава през 2016 г. е до 616 лв. Средният разход за едно лице през 2015 г. е 248 лв., за да достигне до 263 лв. през 2016 г. Това означава, че частните разходи за здравеопазване при настоящата численост на населението на страната достигат 1,8 млрд. лв., т.е. около 45% от размера на публичните разходи за здравеопазване (4,1 млрд. лв. за 2016 г.).

Според някои международни проучвания<sup>5</sup> относителният дял на частните разходи достига до 40 % от всички разходи за здравеопазване.

<sup>5</sup> Анализ на състоянието на финансирането на здравеопазването в България, Световна банка, 2015 г.

## Дейност по изпълнение на политиката

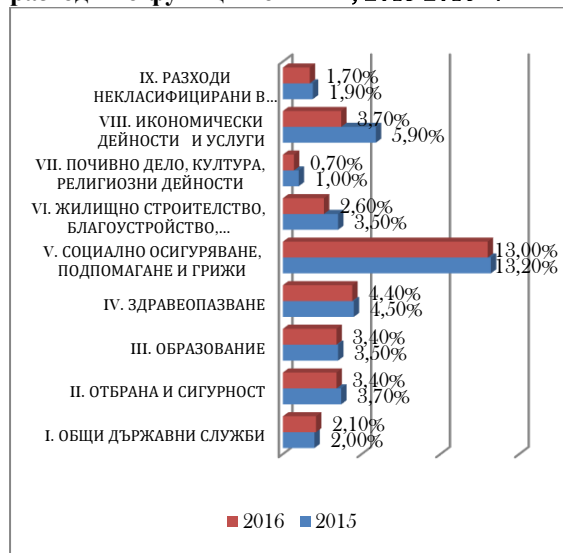
### По мярка 2.1.1. Устойчиво повишаване на средствата за здравеопазване като % от БВП:

На фона на доброто икономическо развитие на страната през последните години и нарастването на размера на БВП на страната, устойчивото повишаване на средствата за здравеопазване все още не водят до повишаване на относителния дял на тези средства като част от БВП, в т.ч. достигане до средните европейски стойности.

През 2016 г. БВП на страната нараства на 92 635 млн. лв., при 88 571 млн. лв. за 2015 г., или с 4,6%.

Средствата за здравеопазване се увеличават от 3 9 71,5 млн. лв. през 2015 г. на 4 085,5 млн. лв. през 2016 г., т.е. налице е увеличение с 2,9%. Разходите за здравеопазване като относителен дял от БВП на страната обаче намаляват и през 2016 г. са 4,4 % от БВП, при 4,5 % през 2015 г. (фиг.52) (Пр. 1, табл.11).

**Фиг. 52** Относителен дял на държавните разходи по функции от БВП, 2015-2016 г.



Източник: МФ

Следва да се отбележи, че през 2016 г. средствата за здравеопазване са един от водещите приоритети в структурата на държавните разходи, като заемат второ място като размер и относителен дял

(след разходите за социално осигуряване, подпомагане и грижи), докато през 2015 г. са заемали трето място, като преди тях са били и разходите за икономически дейности и услуги.

Предвид обективните демографски тенденции за застаряване на населението и икономическите прогнози<sup>6</sup> за това как този процес ще се отрази на разходите за здравеопазване, е необходима политическа воля за последователно значимо увеличение на средствата за здравеопазване, които да бъдат насочени основно за дейности свързани с промоция, профилактика и ранна диагностика на заболяванията и дългосрочни грижи и интеригирани здравно-социални услуги в общността.

### По мярка 2.1.2. Приемане на стандарти за финансиране на здравните дейности, които са ангажимент на държавата, гарантиращи ефективно и ориентирано към резултати разходване на средствата от държавния бюджет:

През 2016 г. МЗ реструктурира програмите в Програмния бюджет на МЗ и актуализира целевите стойности на бюджетните дейности във второстепенните разпоредители с бюджет – центрове за спешна медицинска помощ, държавни психиатрични болници, центрове за трансфузионна хематология и др.

Актуализирана бе и Методиката за субсидиране на лечебните заведения, по която се субсидират дейности в лечебните заведения, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

За цялостно изпълнение на мярката е необходимо процеса да се интегрира към мярката за цялостно остойностяване на медицинските дейности, които да обхване и дейностите, заплащани със средства от държавния бюджет (Виж мярка 2.1.9).

<sup>6</sup> Сметчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението: Възможни варианти за България, Световна банка, 2013г.

**По мярка 2.1.3. Подобряване на приходната част на здравното осигуряване чрез увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски и поетапно увеличаване на заплащането на размера на здравноосигурителните вноски за лицата, осигурявани от държавата:**

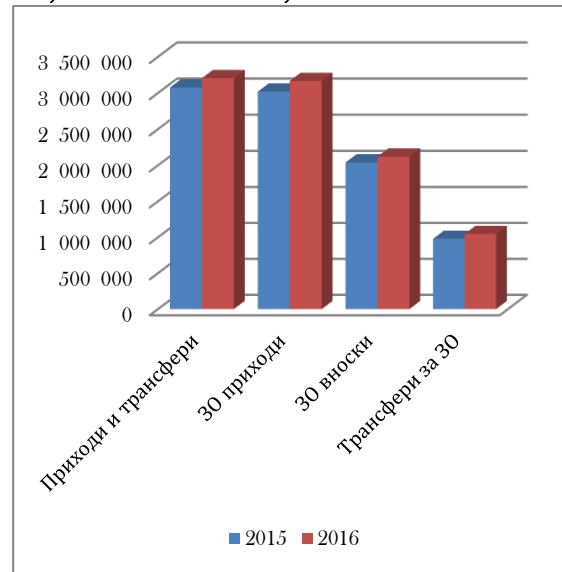
Като част от мерките за подобряване на събираемостта на здравноосигурителните приходи и повишаване на приходната част на бюджета на НЗОК през 2015 г. бяха въведени допълнителни мерки за повишаване на отговорността на гражданите да участват с личния си принос в солидарния модел. С тази цел с промени в Закона за здравното осигуряване бе повишен прага за възстановяване на здравноосигурителните права от 36 месеца на 60 месеца.

Освен това пак с промени в Закона за здравното осигуряване бяха въведени мерки за поетапно ежегодно увеличаване с 5% на размера на вноската, която държавата заплаща за категориите граждани, които тя осигурява, до достигане на пълният размер на вноската през 2025 г.

В резултат на провежданата правителствена политика и приетите законови промени, през 2016 г. (съгласно приетия Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2016 г.), в приходната част на бюджета на НЗОК са заложили средства за приходи и трансфери - всичко в размер на 3 204 749 хил. лв., от които 3 166 199 хил. лв. здравноосигурителни приходи, в т.ч. 2 121 000 хил. лв. здравноосигурителни вноски и 1 045 199 лв. трансфери за здравно осигуряване.

Планираните здравноосигурителни приходи през 2016 г. бележат ръст от 4,9 % спрямо 2015 г., като при здравноосигурителните вноски планираното увеличение е 4%, а при трансфера за здравно осигуряване (за лицата, осигурявани от държавния бюджет) ръстът е почти 7 %. (фиг.53)

**Фиг.53 Здравноосигурителни приходи в хил. лв., съгласно ЗБНЗОК, 2015-2016 г.**



Източник: НС

По данни на НЗОК общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери към 31.12.2016 г. възлиза на 3 298 608,4 хил. лв. Спрямо 2015 г. общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери - всичко през 2016 г. отчита увеличение със 165 261,2 хил. лв. или с 5,3% в резултат на увеличението на получените здравноосигурителни приходи, най-вече от преизпълнение на приходите от здравноосигурителни вноски.

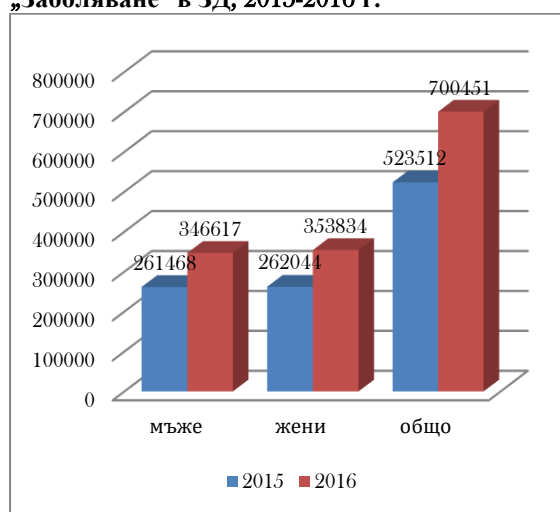
Само здравноосигурителните приходи на НЗОК през 2016 г. са нараснали със 168 972,5 хил. лв. или с 5,5% спрямо 2015 г.

Цялостната реализация на мярката е свързана и с изпълнението на мерките за подобряване на качеството на предоставяните услуги от здравноосигурителния пакет, което би довело до висока мотивация на гражданите за участие в здравноосигурителната система. Мярката следва да бъде подкрепена и чрез политиките за социално включване и социална защита на лица, които сега са извън системата на задължителното здравно осигуряване поради финансови бариери, свързани с бедността и социалното изключване.

**По мярка 2.1.4. Създаване на стимули за развитие на доброволното здравно осигуряване:**

По данни на ИАМО през 2016 г. дейности по здравно застраховане са осъществявали 15 застрахователни дружества. Лицата, сключили договор за медицинска застраховка „Заболяване“ с тях през 2016 г. са 700 451, което е значителен ръст със 34 % спрямо предходната година. (фиг.54)

**Фиг.54 Брой лица, направили застраховка „Заболяване“ в ЗД, 2015-2016 г.**



Източник: ИАМО

Най-голям е относителния дял на лицата между 18 и 65 години.

Общият брой на сключените договори през 2016 г. е 381 279 при 31 760 за 2015г. От тях 6% са индивидуалните договори и 94% групови.

През 2016 г. осигурените лица са предпочели най-много пакет „Извънболнична медицинска помощ – 357 563 (51% повече от 2015 г.), следван от „Други здравноосигурителни пакети“ – 322 570 (18% повече спрямо 2015 г.) и на трето място е пакет „Болнична помощ“ – 298 013 лица (с 48% повече от 2015 г.).<sup>7</sup>

Тези данни показват, че през 2016 г. е налице значително увеличение на лицата, осигуряващи се допълнително чрез предвидените в ЗЗО механизми за доброволно здравно осигуряване.

Следва да се има предвид, че развитието на доброволното здравно осигуряване е свързано от една страна с обема на желаните здравни услуги извън обхвата на задължителното здравно осигуряване и от друга страна с възможностите на българските граждани да се осигуряват допълнително при предоставени адекватни застрахователни условия и пакети.

В тази връзка реализацията на мярката е пряко свързана както с изпълнението на мярката 2.1.7., така и с общите национални мерки за повишаване на доходите на населението.

**По мярка 2.1.5. Използване на средствата от европейските фондове и други международни фондове за финансиране на дейности, свързани с развитието на здравната система:**

През 2016 г. МЗ успешно финализира голям брой проекти, финансирани със средства от ЕС по оперативни програми от предходния програмен период и стартира подготовката на проекти по програмите от новия програмен период. Успешно бяха реализирани и проекти и програми с друго външно финансиране. (Виж Раздел. Влияние на европейските и международните политики за реализация на целите на Националната здравна стратегия 2020.)

**По мярка 2.1.6. Използване на публично-частното партньорство във финансирането на здравната система на основата на проекти, при които водещ критерий е общественият интерес:**

През 2016 г. не са реализирани дейности в рамките на публично-частно партньорство.

<sup>7</sup> Годишен доклад за състоянието и цялостната дейност на здравното осигуряване в Република България, ИАМО

**По мярка 2.1.7. Реструктуриране на пакета здравни дейности, заплащани от НЗОК и регламентиране на основен и допълнителен пакет здравни услуги, позволяващи планиране на ресурсите, гарантирани от системата на здравното осигуряване или други източници:**

През 2015г. Народното събрание на Република България прие изменения на ЗЗО, с които бе регламентирано разделяне на пакета от медицински услуги, който заплаща НЗОК, на основен и допълнителен.

След влизане в сила на закона МЗ извърши подробен анализ на съдържанието на всички пакети за медицинска дейност, реимбурсацията на лекарствени продукти и медицински изделия, финансирани от бюджета на НЗОК. На базата на извършения анализ МЗ разработи Наредба № 11 от 2015 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (ДВ, бр. 98 от 2015 г.), в която пакетът бе разделен на основен и допълнителен. В основния пакет бяха включени всички социално-значими заболявания, които причиняват около 90% от смъртността и инвалидизацията, заболяванията и състоянията, които налагат незабавно лечение, както и състоянията, свързани с майчиното и детското здравеопазване. В допълнителния пакет попадаха състояния, чието лечение може да бъде отложено, без това да застраши живота на пациентите или доведе до влошаване на тяхното здраве. Промяната бе обоснована от необходимостта за концентриране на ресурсите за осъществяване на дейности, интервениращи върху основните здравни проблеми на населението и подобряване на здравните показатели на населението. Разделянето на пакета целеше да се прецизира медицинската помощ, закупувана от НЗОК, в зависимост от социалната значимост на заболяванията и оптимално необходимото време за тяхното лечение. Наред-

бата бе приета от Министерски съвет на РБ в края на 2015г. и следваше да влезе в сила от 01.04.2016г.

Поради отмяна с решение на Конституционния съд<sup>8</sup> на нормативното основание за издаване на наредбата, същата бе отменена<sup>9</sup>. Съобразявайки се с мотивите на Конституционния съд, който не оспорва законосъобразността на разделянето на пакетите, а само липсата на посочени в закона критерии, по които става това разделяне, МЗ подготви и внесе в Министерски съвет промяна в Закона за здравното осигуряване, в която бяха посочени обективни критерии за разделянето на двата пакета. Законопроектът бе приет от Министерски съвет и внесен в Народното събрание през м. септември 2016 г. До края на 2016 г. същият не бе внесен за разглеждане.

С цел преодоляване на празнината в нормативната уредба след решението на Конституционния съд през м. март 2016 г. МЗ утвърди Наредба № 2 за основния пакет здравни дейности, заплащани с бюджета на НЗОК, в която здравните дейности отново бяха регламентирани в рамките на единен пакет.

Последващото реализиране или отпадане на мярката зависи от решенията на Народното събрание, приело НЗС 2020. В тази връзка може да се отбележи, че за подобряването на здравните показатели на населението в контекста на определените национални здравни цели при ограничени възможности за нарастване на здравните разходи е необходимо по-адекватно дефиниране на здравноосигурителното покритие и концентриране на ресурсите (финансови, човешки, инфраструктурни и др.) за обезпечаване на по-голям обем дейности, интервениращи върху основните здравни проблеми.

<sup>8</sup> Решение № 3 от 8 март 2016 г. по конституционно дело № 6 от 2015 г. обн. дв. бр.20 от 15 март 2016г.

<sup>9</sup>Отменена с Наредба № 2 от 25.03.2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса



**По мярка 2.1.8. Регламентиране на спешен пакет дейности, заплащани от държавния бюджет:**

Изпълнението на мярката е пряко обвързано с реализацията на мярка 2.1.7. и приложението на медицински стандарт „Спешна медицина“ в частта за болнична помощ, който бе в процедура на обжалване и отмяна от съда. Поради тези причини през 2016 г. не са предприети действия за реализация на мярката.

Лечението на спешните състояния в извънболнични условия и до хоспитализацията на пациентите и през 2016 г. се финансира от държавния бюджет. *(Виж Политика 2.3.)*

Липсата на регламентиран спешен пакет води до дисбаланси във финансирането на спешните отделения, както и до свръхнатоварване със случаи, които не са обект на спешна медицинска помощ.

**По мярка 2.1.9. Подобряване на механизмите за остойностяване и финансиране на медицинските дейности, в т.ч. регламентиране на „цена на труда“ на медицинските специалисти, която да бъде включена като елемент на цената на дейностите:**

През 2016 г. бе създаден екип от експерти от МЗ и НЗОК, който да разработи изцяло нова система за прозрачно и обективно остойностяване на медицинските дейности и проект на стандарти за остойностяване на медицинските дейности, като елементи на които да се включат отделни стандарти за:

- ✓ преките разходи за диагностика и лечение на пациентите;
- ✓ разходите за труда на медицинските и други специалисти;
- ✓ административно-стопанските разходи.

В процеса на остойностяване на медицинските дейности беше търсено взаимодействие с експерти от БЛС, който разработва методика за остойностяване на труда на медицинските специалисти. Като резултат от дейността на работната група до края на 2016 г. с участието

на РЗИ и РЗОК бе събрана база данни за преките разходи на лечебните заведения за нуждите на лечебно-диагностични процес (за медико-диагностични изследвания, лекарствени продукти и консумативи) по клинични пътеки и амбулаторни процедури. Обобщени бяха данни и за административно-стопанските разходи на лечебните заведения по видове.

Въз основа на събраните данни бе планирано през 2017 г. да извърши се тестово моделиране на цялостния процес на остойностяване на медицинските дейности.

За реализацията на мярката е необходимо активното съдействие на съсловните организации, които да разработят предложения в частта за остойностяване на труда на медицинските специалисти.

**По мярка 2.1.10. Подобряване на механизмите за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, заплащани с публични ресурси и въвеждане на методите за оценка на здравните технологии:**

През периода 2015-2016 г. в областта на лекарствената политика бяха създадени нормативни предпоставки за подобряване на механизмите за ценообразуване и реимбурсиране на лекарствените продукти и медицинските изделия, заплащани с публични ресурси и въвеждане на методите за оценка на здравните технологии *(Виж Политика 2.2)*

Прилагането на тези механизми доведе през 2016 г. до положителни ефекти върху разходите на НЗОК и МЗ:

- ✓ от въвеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти от НЗОК – „спестени“ 85 924 835 лв. *(Виж мярка 2.2.1)*
- ✓ от създаване на механизъм за договаряне на отстъпки при включване на лекарствени продукти в Позитивния лекарствен списък – „спестени“ 21 715 308 лв. *(Виж мярка 2.2.2)*

✓ от прилагане на механизмите за регулиране на цените на цените на лекарствените продукти:

○ за лекарствени продукти за домашно лечение по Приложение 1 на ПЛС, заплащани от НЗОК – „спестени“ 12 012 173 лв.

○ за лекарствени продукти по Приложение 2, заплащани от НЗОК извън цените на клиничните пътеки – „спестени“ 4 661 394 лв. (Виж мярка 2.2.12)

✓ от въвеждане на оценка на здравните технологии – по експертна оценка за недопуснатите в ПЛС нови технологии, които не отговарят на критериите за включване са „спестени“ над 60 млн. лв. за 5 годишен период. (Виж мярка 2.2.14)

**По мярка 2.1.11. Въвеждане на механизъм и критерии за подбор на изпълнители на медицински услуги, на които се заплаща с публичен ресурс с цел гарантиране на потребностите на населението от качествена медицинска помощ:**

Ключова промяна, свързана с реализация на политиката бе създадения през 2015 г. чрез измененията в ЗЛЗ и ЗЗО законов механизъм за селективен подбор от страна на НЗОК на изпълнители на болнична помощ в областите, в които има излишък на болнични легла съгласно Националната здравна карта.

Критериите и по реда, по който да се осъществява изборът, бяха определени с Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори, приета с ПМС № 45 от 09.03.2016 г.<sup>10</sup>

Съгласно наредбата изборът на лечебно заведение, с което НЗОК да сключи договор, в случаите когато капацитетът на болничните заведения надхвърля определените в Националната здравна карта потребности, се осъществява въз основа

на оценка по пакет от критерии и последващо класиране на база резултатите от оценяването. (Виж м. 2.5.3).

С наредбата и свързаната с нейното приложение Национална здравна карта за пръв път през 2016 г. бе въведен действащ механизъм за планиране и осигуряване на медицинските дейности, заплащани с публичен ресурс на териториален принцип, съобразно потребностите на населението и нуждите на националната система на здравеопазване.

„През 2015 г. бяха въведени националната и регионалните здравни карти като инструмент за определяне на потребностите на населението от извънболнична (или амбулаторна) и болнична помощ. Година по-късно Министерски съвет определи правилата и критериите, по които регионалните подразделения на НЗОК могат селективно да сключват договори с болниците. Тази формална стъпка беше изключително важна, тъй като даде на картите практически смисъл.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

**По мярка 2.1.12. Обвързване на финансирането с оценка на качеството на медицинските дейности и удовлетвореността на пациентите.**

С цел подобряване на контрола на качеството на медицинска помощ, финансирана от НЗОК през 2015 г. в Закона за здравното осигуряване бе създадена правна регламентация за съвместен контрол върху изпълнителите на медицински дейности от всички отговорни институции и организации – районите здравноосигурителни каси, Изпълнителна агенция „Медицински одит“, регионалните здравни инспекции и съсловните организации на различните медицински специалисти. Възстановен бе и статута на арбитражни комисии, в

<sup>10</sup> Отменена с Решение № 2730 от 06.03.2017 г. по административно дело № 4123/2016 г. - ДВ, бр. 64 от 8 август 2017 г., в сила от 08.08.2017 г.

които да се разглеждат на резултатите от контрола.

В съответствие с целенасочената политика на МЗ и създадената законодателна база, през 2016 г. НЗОК оптимизира своята система за контрол на изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с нея, разширявайки капацитета и функционалните взаимодействия между РЗОК и ЦУ на НЗОК.

Приет бе нов Устройствен правилник на Изпълнителна агенция „Медицински одит“, с който се създаде нова дирекция „Осигуряване на качество и анализи“ с основни функции по изработване на методически ръководства, справки, таблици и инструкции за осъществяване на медицинския контрол и наблюдаване на резултатите от контролната дейност. *(Виж Политика 2.8)*

Пациентите също бяха включени в процеса на оценка на качеството на медицинските дейности чрез задължението на НЗОК да извършва проучване на удовлетвореността на пациентите от заплатените от нея здравни услуги. Промените в ЗЗО дадоха възможност за налагане на санкция, в т.ч. и за прекратяване на договор с изпълнител на медицинска помощ, при който се констатира системна неудовлетвореност от страна на пациентите и нарушаване на изискванията за качество на медицинската помощ.

За прилагане на законодателните механизми в практиката МЗ разработи Методика за проучване на удовлетвореността на пациентите, която бе въведена с Наредба № 10 от 02.12.2015 г за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупвани от Националната здравноосигурителна каса.<sup>11</sup> Чрез въведената методика на базата на утвърдени въпросници се създаде възможност пациентите да оценяват и контролират предоставя-

ните им медицински дейности. Наредбата предвижда възможност за санкции при доказано неправомерно взимане на средства, фалшифициране на документация и отказ от лечение. Останалата част от въпросите се използват за формулиране на препоръки за подобряване на работата на лечебните заведения на база на получената обратна връзка от пациентите.

С цел осигуряване на обективни критерии за оценка на резултатите от проведеното болнично лечение в Наредба № 2 за основния пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК, бяха дефинирани критерии за контрол на здравното състояние на пациента при дехоспитализацията. Във връзка с това бяха актуализирани част от действащите медицински стандарти по водещи медицински специалности – Хирургия, Медицинска онкология, Спешна медицина, Педиатрия, Ортопедия и травматология, Гръдна хирургия, Ревматология, Ушни, носни и гърлени болести, Обща и клинична патология и др.

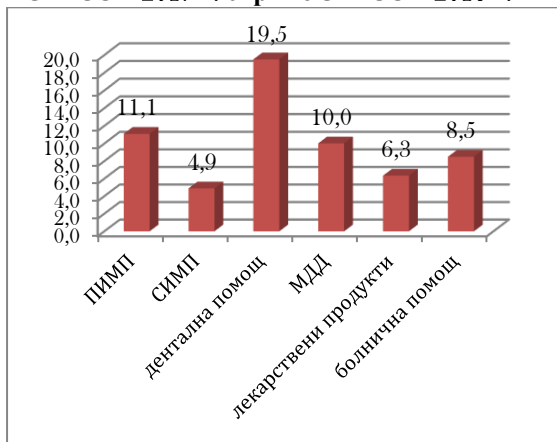
Чрез промените в ЗЗО бяха създадени условия за прилагане на оценка на здравните технологии, която има за цел да предоставя информация относно безопасността, клиничната ефикасност и ефективност, разходите, социални, правни и етични последици от прилагането на лекарствени продукти, финансирани с публични средства. Приета бе Наредба за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии. В Националния център по обществено здраве и анализи бе създаден капацитет за извършване на оценка на здравните технологии чрез функционирането на Комисия за оценка на здравните технологии. *(Виж мярка 2.2.14)*

<sup>11</sup> Отменена с Отменена с Решение № 8453 от 7 юли 2016 г. по административно дело № 14490 от 2015 г. на ВАС - ДВ, бр. 18 от 24 февруари 2017 г., в сила от 24.02.2017 г.

**По мярка 2.1.13. Подобряване на структурата на разходите по видове медицинска помощ с постепенно балансирано увеличение на средствата и относителния дял на разходите за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и намаление на относителния дял на разходите за болнична помощ и лекарствени продукти:**

Изготвения през 2016 г. Закон за бюджета на НЗОК за 2017 г. ясно показва приоритетите на държавната здравна политика за развитие на системата за извънболнична помощ (първична и специализирана медицинска и дентална помощ и медико-диагностична дейност), с акцент върху дейностите по промоция и профилактика на заболяванията. (фиг.55)

**Фиг.55 % на увеличението на планираните средства за здравноосигурителни плащания в ЗБНЗОК 2017 г. спрямо ЗБНЗОК 2016 г.**



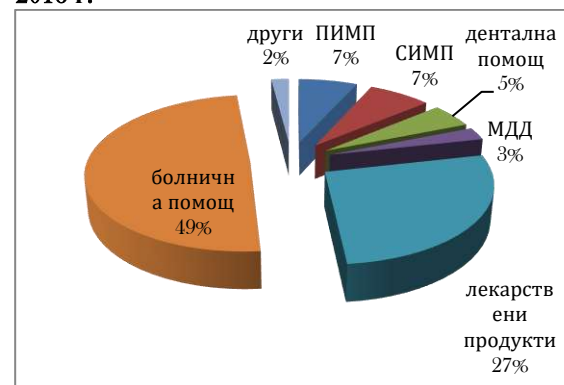
Най-голямо е планираното за 2017 г. увеличение на средствата за извънболнична дентална помощ – с 19,5 %.

Планираните за 2017 г. средства за първичната извънболнична медицинска помощ са увеличени с 11,1 % спрямо Закона за бюджета на НЗОК за 2016 г. Планираните за 2017 г. средства за специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) бяха увеличени с почти 5% спрямо ЗБНЗОК за 2016 г. Във връзка със заложените в нормативната уредба нови ангажименти на сис-

темата за извънболничната медицинска помощ са планирани средства за медико-диагностичната дейност с 10 % повече спрямо ЗБНЗОК за 2016 г. (Виж Политика 2.4.)

Въпреки това в структурата на здравноосигурителните плащания не настъпват съществени промени и плащанията за болнична помощ формират почти половината от всички планирани плащания, а заедно с разходите за лекарствени продукти формират 76 % от планираните плащания.

**Фиг.56 Структура на здравноосигурителните плащания по видове медицинска помощ, 2016 г.**



Източник: НЗОК

Последващата реализация на мярката изисква продължаване на мерките по разширяване на обхвата на дейностите, осъществявани в извънболничната помощ и прегрупиране на финансовите ресурси с фокус върху промоцията и профилактиката на болестите.

**По мярка 2.1.14. Създаване на финансови модели и механизми за пренасочване на средства към нови форми на обслужване на пациентите – амбулаторна диагностика и лечение, дългосрочни грижи, продължително лечение и палиативни грижи:**

През 2016 г. МЗ създаде нормативни предпоставки за реализация от страна на НЗОК на механизми за пренасочване на средствата към нови форми на обслужване на пациентите – амбулаторна диагностика и лечение, продължително лечение и палиативни грижи.

През 2016 г. в регламентирания в Наредба № 2 основен пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК бяха въведени голям брой (42) „амбулаторни процедури“ за лечение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение. Процедурите бяха изготвени въз основа на преглед на клиничните пътеки и извеждане на цели пътеки или част от тях като амбулаторни дейности. Едновременно с това, бе създадена възможност всяка клинична пътека с престой до 3 дни да може да бъде изпълнена и приключена като амбулаторна процедура, когато при конкретни пациенти липсва медицинска целесъобразност от продължение на болничното лечение след изпълнен лечебно-диагностичен алгоритъм и постигнат здравен резултат преди договорения минимален престой. Определените от НЗОК цени на амбулаторните процедури бяха с до 40 % по-ниски от цените на съответните клинични пътеки.

Освен това бяха въведени 4 нови клинични пътеки за продължително лечение след остри и изострени хронични заболявания – сърдечно-съдови, неврологични, ортопедични и др., които имаха за цел да намалят разхода по клинични пътеки за активно лечение и ангажирането на болнични легла в интензивните болнични структури, когато остро състояние е овладяно, но състоянието на пациента не позволява няговата дехоспитализация.

За осигуряване на необходимите палиативни грижи на пациентите с онкологични заболявания, клиничната пътека за палиативни грижи бе включена в пакет „Комплексно лечение на онкологични заболявания“, с което следваше да се задължи всеки изпълнител на дейности от пакета да осигурява на пациентите в терминален стадий на дейности по палиативни грижи.

В подкрепа на тези промени бяха регламентираны и възможности в болници-

те за активно лечение да се разкриват легла за продължително лечение, за палиативни грижи, както и места за краткотраен престой и амбулаторно лечение. (Виж мярка 2.5.5)

Мерките бяха финансово осигурени чрез бюджета на НЗОК за 2016 г.

Допълнителен механизъм за реструктуриране на болничния капацитет и свързаните с него ресурси бе въведената Национална здравна карта, регламентираща потребностите от болнични легла по видове медицински дейности.

Следва да се отбележи, че за цялостно реализиране на мярката е необходимо създадените нормативни предпоставки да бъдат доразвити чрез последващо поетапно извеждане на болнични дейности за диагностика и активно лечение в амбулаторни условия, както и разширяване на дейностите по продължително лечение и дългосрочни грижи.

Важно условие е и ефективното прилагане на тези механизми в хода на договорния процес и определянето на цените и обемите на съответните дейности, заплащани от НЗОК, както и осигуряване на допълнителни източници за финансиране на дейности по дългосрочни грижи като интегрирани здравносоциални услуги.

**По мярка 2.1.15. Провеждане на информационни кампании за повишаване на доброволното изпълнение на задължения за здравноосигурителни вноски на самоосигуряващи се лица:**

През 2016 г. не са реализирани дейности в изпълнение на мярката.

**По мярка 2.1.16. Подкрепа за политиката на НАП за увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски:**

През 2016 г. МЗ и НЗОК осъществяваха активна комуникация и съдействие на НАП за анализиране на проблемите и подкрепа на възможните решения за увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски.

## ПОЛИТИКА 2.2. ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИ, ЕФЕКТИВНИ И ДОСТЪПНИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ

### Преглед на политиката

Политиката си поставя за цел преодоляване на следните:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Липса на механизми, стимулиращи рационална лекарствена употреба и генерична лекарствена политика;
- ✓ Липса на въведени в практиката фармакотерапевтични ръководства;
- ✓ Липса на ефективни механизми за договаряне на отстъпки на лекарствени продукти.

Национална здравна стратегия 2020

В стратегията се посочва, че на фона на структурната неефикасност на здравната система и демографските, епидемиологични и икономически тенденции, липсата на адекватна лекарствена политика и нарастващите разходи за лекарствени продукти се явяват сериозно предизвикателство за финансовата устойчивост на системата. Това обуславя необходимостта от прилагане на комплексна национална лекарствена политика, с ясни цели и приоритети, насочени към равнопоставеност, индивидуална и колективна финансова достъпност и финансова защита.

Основните компонентни на лекарствената политика следва да обхващат: разработване и внедряване на законодателство, насочено към осигуряване разпространението само на качествени, ефикасни и безопасни лекарствени продукти; формулирането на принципите за доставка на основни лекарствени продукти; осигуряването на финансирането на фармакотерапията; организацията на системата за доставка на лекарствени продукти до населението; регулация на медицинските научни изследвания с

лекарства и клиничните изпитвания; осигуряването на адекватни човешки ресурси, необходими за постигането на целите на лекарствената политика, както и създаването на индикатори за проследяване на ефективността на лекарствената политика по отношение на постигането на целите.

Лекарствената политика трябва да създаде баланс между необходимостта от реимбурсиране на иновативни лекарствени продукти и нуждите на пациентите, съобразявайки се с анализа на съществуващите терапевтични алтернативи и с ограничените финансови ресурси. Процедурните и управленските механизми на системата за ценообразуване и реимбурсиране трябва да гарантират, че добавянето на нови лекарства в Позитивния лекарствен списък се основава на оценка на ефективността на разходите, въздействието върху бюджета и конкретно разглеждане на необходимите условия за икономически целесъобразно предписване.

Необходимо е създаване на ефективни механизми за разширяване на пазара на генерични и биоподобни лекарствени продукти като средство за осигуряване на терапия на достъпни цени и възможност за спестяване на публични средства, които да бъдат насочени към осигуряване на достъп на българските граждани до иновативни терапии, които са без алтернатива.

Според стратегията от критично важно значение е въвеждането на добре функциониращи, основаващи се на доказателства процеси за оценка на здравните технологии.

Важен елемент от лекарствената политика е осигуряването на условия за засилване на ролята на фармацевтите като ключови професионалисти, които имат пряк достъп до пациентите, могат да наблюдава развитието на тяхното лечение и допринасят за безопасното и правилно използване на лекарствата.

### Дейности по изпълнение на политиката

**По мярка 2.2.1. Въвеждане на задължително централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, приложими при лечение на злокачествени заболявания, лекарствени продукти за домашно лечение, както и за лекарствени продукти, които НЗОК заплаща в изпълнение на национални програми със средства от бюджета на МЗ, с цел ефективно разходване на средствата:**

През 2015 и 2016 г. чрез промени в Закона за здравното осигуряване бе създаден нормативен механизъм за въвеждане на централизирано договаряне на различни видове отстъпки на лекарствени продукти между НЗОК и притежателите на разрешения за употреба или техни упълномощени представители, с оглед намаляване на разходите на НЗОК. Приета бе Наредба № 10 за договаряне на задължителни отстъпки, която регламентира задължителното централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, приложими при лечение на злокачествени заболявания, лекарствени продукти за домашно лечение, както и за лекарствени продукти, които НЗОК заплаща в изпълнение на национални програми със средства от бюджета на МЗ.

В резултат от тази дейност на НЗОК през 2016г. са договорени и възстановени от притежателите на разрешения за употреба средства в размер на 85 924 835 лв.

**По мярка 2.2.2. Създаване на механизъм за договаряне на отстъпки при включване на лекарствени продукти в Позитивния лекарствен списък:**

Чрез промени в ЗЗО и Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти бе въведено като задължително условие за включване на ле-

карствен продукт в ПЛС наличието на сключен договор за отстъпка между ПРУ на продукта и НЗОК.

Създаден бе допълнителен механизъм за регулиране на цените на лекарствени продукти, за които не са били открити цени на производител в референтните за България страни или съответно не е била намерена цена на опаковка за тези продукти. Тази промяна гарантира обхващането на всички лекарствени продукти, по отношение на държавното регулиране на цените на производител и води съответно до намаляването на ценовите разлики между отделните продукти, в рамките на едно международно непатентно наименование.

Отношение към изпълнението на мярката има и въведеният ред за прилагане на оценка на здравните технологии при нови лекарствени терапии.

В резултат на дейността на Комисията по оценка на здравните технологии през 2016 г. и изготвени доклади за конкретни лекарствени продукти с ново международно непатентно наименование, включени или за които е подадено заявление за включване в Позитивния лекарствен списък, даващи информация за медицинската ефективност, сравнимост на лечение с евентуални аналози и бюджетно въздействие, НЗОК е договорила отстъпки за 30 нови INN/37 нови лекарствени продукти с реимбурсна цена 54 604 637 лв., като стойността на договорените отстъпки е 21 712 308 лв.

Пряк финансов ефект за бюджета на НЗОК се наблюдава и при намаляване на цените на лекарствените продукти, респ. стойността, заплащана за тях от НЗОК, по реда на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти. В резултат на промяна на цени на лекарствени продукти в съответното международно непатентно наименование или включване на нови лекарствени продукти с по-ниска цена, се прилага вътрешно рефериране и нас-

тъпват промени в заплащането на лекарствени продукти в групата.

Като резултат от активната дейност на НСЦРЛП, през 2016 г. са разгледани общо 6310 процедури по ценообразуване и реимбурсиране на лекарствени продукти, в резултат на които са реализирани значителни спестявания на публични средства (*Виж мярка 2.2.12*)

**По мярка 2.2.3. Разработване и внедряване на фармакотерапевтични ръководства, които са основа за обучението на специалистите, за предписването, доставката и реимбурсирането на лекарствени продукти:**

Рационалната лекарствена употреба е подкрепена от въведеното нормативно изискване за разработване на фармакотерапевтични ръководства и въвеждането им в практиката. Като резултат през 2016г. НСЦРЛП е приел 4 нови фармако-терапевтични ръководства: Фармако-терапевтично ръководство по очни болести; Фармако-терапевтично ръководство по гастроентерологични заболявания; Фармако-терапевтично ръководство по нефрология и диализа; Фармако-терапевтично ръководство по психични заболявания. Така общият брой на утвърдените ръководства по медицински специалности е 8.

**По мярка 2.2.4. Методологична подкрепа на лекарствени терапевтични комисии:**

С въведеното през 2015г. допълнение в Наредбата за изменение и допълнение на Наредба № 28 от 9 декември 2008 г. за устройството, реда и организацията на работата на аптеките и номенклатурата на лекарствените продукти се определя изрично, че дейността на аптеките на лечебните заведения по чл. 222, ал. 4 от ЗЛПХМ се осъществява съобразно Правилата за Добра фармацевтична практика, приети съгласно чл. 5 т. 3 от Закона за съсловната организация на магистър-фармацевтите /ЗСОМФ/, както и се урежда статута на клиничния фармацевт и се посочва в

кои лечебни заведения следва да се осигури такъв специалист. Дава се предписание в лечебни заведения за болнична помощ с над 400 легла или в които има разкрити минимум 10 клиници/отделения, както и в лечебни заведения, които извършват дейности по медицинска онкология да работи най-малко един магистър-фармацевт с придобита специалност „Клинична фармация“ или специализация по „Клинична фармация“. Тези промени целят да се отговори на обективната нужда от осигуряването на съответния персонал на аптеките на лечебните заведения по чл. 222, ал. 4 ЗЛПХМ. и да се регламентира позицията на клиничния фармацевт, чиято роля е от изключителна важност за осигуряване на ефективност и ефикасност при използването на лекарствените продукти.

Очакваните резултати от прилагането на наредбата са повишаване качеството на лечението на българските граждани и рационалната лекарствена употреба, което ще доведе до оптимизиране на публичните разходи.

**По мярка 2.2.5. Популяризиране на концепциите за основни лекарства, рационална употреба и генерична лекарствена политика:**

(*Виж мярка 2.2.3 и 2.2.4*)

**По мярка 2.2.6. Продължаващо следдипломно обучение на медицинските специалисти, ориентирано към рационална и безопасна употреба на лекарствени продукти:**

През 2016 г. Изпълнителната агенция по лекарствата участва в Проект SCOPE (Strengthening Collaborations for Operating Pharmacovigilance in Europe – „Подпомагане на взаимодействието при проследяване на лекарствената безопасност в Европа“), като част от "Съвместни действия 2013", който е финансиран от Consumers, Health and Food Executive Agency (Изпълнителна агенция – Потребители, Здраве, Храни) към Европейската комисия и цели да подпо-



могне националните компетентни органи в имплементирането на новото законодателство в сферата на лекарствената безопасност. SCOPE цели използването на последователен подход от страните членки в европейската мрежа при проследяването на лекарствената безопасност и комуникацията, което ще доведе до по пълноценно опазване на общественото здраве.

България е активна страна по Работен пакет 7 с фокус върху разработването на общи стандарти за качество на системите по проследяване на лекарствената безопасност. До края на 2016 г. са финализирани документите за добри практики. Експертите на ИАЛ участваха в проведените обучения по Работен пакет 5 (Signal management), Работен пакет 7 (Quality management) и Работен пакет 8 (Lifecycle pharmacovigilance).

Изпълнителната агенция по лекарствата е колабориращ партньор в проект VISTART (Vigilance and Inspection for the Safety of Transfusion, Assisted Reproduction and Transplantation – Проследяване на безопасността и инспекции на трансфузионната система, асистираната репродукция и трансплантациите). Общите цели на проекта са промотиране и улесняване на хармонизирането на инспекциите, издаване на разрешенията и проследяване на безопасността в системите на кръвта, тъканите и клетките; засилване сътрудничеството между страните-членки на ЕС и доверието към инспекциите и програмите за проследяване на безопасността на всяка от тях.

Агенцията участва в Работен пакет 7 „Обучение на инспектори в трансфузионната система, тъкани и клетки чрез споделяне на експертиза между страните членки на ЕС“. Водещ пакета е Италианският национален кръвен център. Досега в рамките на работния пакет, в тясно сътрудничество с екипа по Работен пакет 6, са разработени целеви обучения за инспектори по тъкани и клет-

ки, както и в трансфузионната система, като ИАЛ ще участва с двама инспектори в обученията съответно през 2017 г. и 2018 г. Агенцията е и част от реализирането на Работен пакет 5 “Международно сътрудничество за проследяване на безопасността и подобряване на процеса на подготовка“, който предвижда създаването на „библиотека“ с казуси в областта. На този етап се разработват критериите за това какви случаи от практиката ще се включват в „библиотеката“.

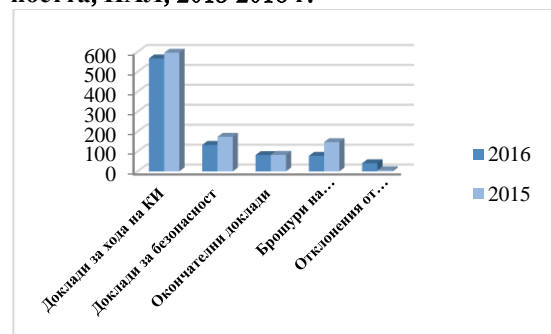
**По мярка 2.2.7. Осигуряването на обективна лекарствена информация:**

Една от основните дейности на Изпълнителната агенция по лекарствата е разрешаване употребата на лекарствени продукти на територията на България въз основа на извършена експертна оценка на качеството, безопасността и ефикасността им.

Изпълнителната агенция по лекарствата оценява документацията и издава разрешения за провеждане на клинични изпитвания с лекарствени продукти, както и осъществява последващ контрол върху хода на изпитването. Агенцията поддържа регистър на разрешените клинични изпитвания.

ИАЛ проследява безопасността на лекарствените продукти, обект на разрешените клинични изпитвания, като извършва оценка на постъпилите доклади за безопасност в хода на клиничното изпитване, окончателните доклади и други документи. (Фиг.57)

**Фиг.57 Дейност по проследяване на безопасността, ИАЛ, 2015-2016 г.**

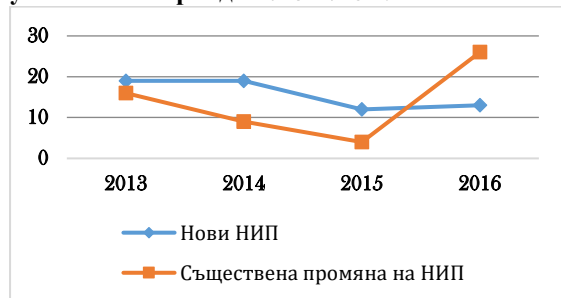


Източник: ИАЛ

Изпълнителната агенция по лекарствата оценява документацията за провеждане на неинтервенционни проучвания (НИП) с лекарствени продукти и поддържането на регистър на одобрените за провеждане в България неинтервенционни проучвания. (фиг.58)

Наблюдава се тенденция на увеличаване на процедурите за продукти, съдържащи нови молекули, генерични лекарствени продукти, разширяване на обхвата на разрешението за употреба, както и PSUR/PSUSA.

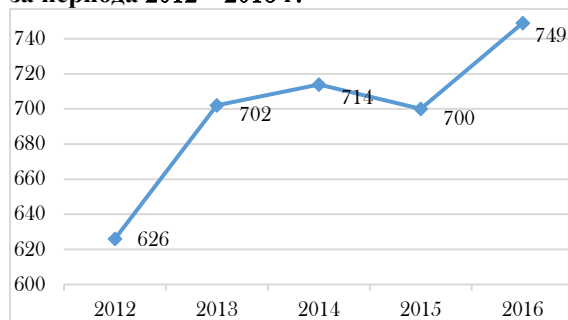
Фиг. 58 Динамика неинтервенционни проучвания за периода 2013-2016 г.



Източник: ИАЛ

ИАЛ осигурява лекарствена информация чрез оценъчна и експертна дейност във връзка с лингвистична проверка на продуктова информация (кратка характеристика на продукта, означения върху опаковката и листовка) на лекарствени продукти, разрешавани за употреба по централизирана процедура.

Фиг. 59 Динамика на оценени продуктови информации по централизирана процедура за периода 2012 - 2016 г.



Източник: ИАЛ

Ежемесечно ИАЛ актуализира списъка на разрешените за употреба лекарстве-

ни продукти, които се отпускат без лекарско предписание, списъка на ново-разрешените лекарствени продукти (нови за страната активно действащи молекули и комбинации, нови търговски имена, лекарствени и/или дозови форми, подновени разрешения за употреба и промени в разрешенията за употреба) и списъка на лекарствените продукти с прекратени разрешения за употреба. Актуализирането става онлайн чрез публикуването на Бюлетин.

#### По мярка 2.2.8. Прилагане на финансови, законодателни и управленчески стимули за подпомагане на рационалната лекарствена употреба:

През 2015 г. МС одобри разработената от нас Концепция за централен орган за възлагане на обществени поръчки в сектор „Здравеопазване“ (ЦОВОПСЗ), разработена от МЗ съвместно с Центъра за превенция и противодействие на корупцията и организираната престъпност. Създаването на електронната платформа за лекарствени продукти ще даде възможност за по-бърз и качествен отговор на нуждите на възложителите, за увеличаване на конкуренцията и за постигане на по-изгодни условия за възложителите в сектора. Разширеното използване на електронни способности и средства и интегрирането на платформата със съществуващите електронни регистри ще допринесе в значителна степен и за ефективното противопоставяне и недопускане на корупция в сектора.

На 19.10.2016 г. бе публикуван за обществено обсъждане проект на ЗИД на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, с който се предлагат промени в следните основни насоки:

- създаване на Национална аптечна карта и на предпоставки за подобряване на достъпа на гражданите до аптеки за осигуряване на лекарствени продукти;
- регламентиране на мерки за наблюдение на лекарствени продукти и за огра-

ничаване на износа им при необходимост;

- оптимизиране на дейността по провеждане на клинични изпитвания и създаване на условия за прилагане на Регламент (ЕС) № 536/2014 на Европейския парламент и на Съвета относно клиничните изпитвания на лекарствени продукти за хуманна употреба, и за отмяна на Директива 2001/20/ЕО (ОВ L 158/2014) (Регламент (ЕС) № 536/2014);
- създаване на възможности за осигуряване на лекарствени продукти при липса или недостиг на такива на българския пазар, както и за заплащане с публични средства на лекарствени продукти, които са изключени от Позитивния лекарствен списък и нямат алтернатива за лечение с друг лекарствен продукт;
- създаване на възможност за прилагане на лекарствени продукти за показания извън одобрените такива;
- възможност за генерично заместване на лекарски предписания; - създаване на „мобилни аптеки“ с цел подобряване на достъпа на пациентите до лекарствени продукти.

През 2016 г. МЗ инициира подписване на многостранно споразумение между държави от Централна и Източна Европа за достъп до ефективно лекарствено лечение. Целта на тази инициатива бе да се насърчи договарянето на отстъпки за лекарствени продукти съвместно между държавите с оглед постигане на по – голяма ефективност на договорния процес, тъй като през последните години разходите за лекарствени продукти постоянно нарастват. Държавите, участвали със свои представители бяха България, Хърватия, Естония, Унгария, Латвия, Македония, Румъния, Сърбия, Словакия, Словения, Република Молдова и Полша. В рамките на тези работните срещи на ниво министри се приеха декларации, в които беше заявена обща воля за обединяване на усилията за осигуряване на достъп на пациентите на държавите до ефективно лекарствено

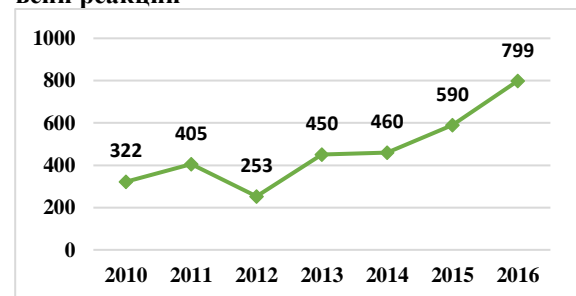
лечение. Подготвен бе проект на Споразумение, в който договарящите страни отчитат, че общото споразумение с притежатели на разрешения за употреба на лекарствени продукти представлява и механизъм за контрол на публичните им разходи за здравеопазване и за споделяне на риска и тежестта от тяхното нарастване с притежателите на разрешения за употреба на лекарствени продукти.

Постигането на такава международна договореност ще позволи съвместни действия между държавите за осигуряване на лекарствени продукти на достъпни цени.

#### **По мярка 2.2.9. Популяризиране на ползите от съобщаването на нежелани лекарствени реакции и активно включване на медицинските специалисти в процеса:**

И през 2016 г. ИАЛ продължи усилията си в областта на повишаване на съобщителната активност за нежелани лекарствени реакции като част от политиката за повишаване на информираността на обществото по отношение на употребата на лекарствата. В последните три години се наблюдава трайна тенденция за повишаване на съобщенията за нежелани лекарствени реакции (НЛР), като през 2016 г. увеличението на валидните случаи с нежелани реакции в сравнение с 2014 г. е 73.69%. (Фиг.60)

**Фиг.60 Валидни случаи с нежелани лекарствени реакции**



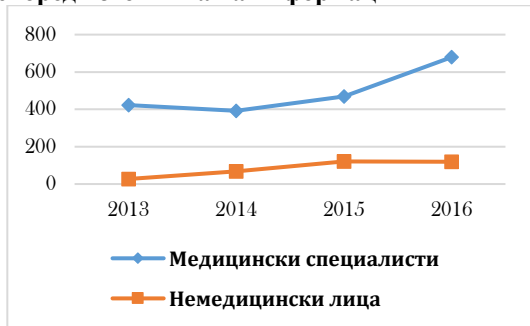
Източник: ИАЛ

Увеличават се обучителните активности и участията на ИАЛ в научни форми по

тази тема, като през изминалата година служители на Агенцията са изнесли 6 доклада пред медицински специалисти, пациентски и професионални организации, част от тях са публикувани в научни периодични издания.

Въпреки това броят на получените директно в ИАЛ случаи от медицински специалисти и пациенти остава сравнително малък в сравнение със съобщаването чрез притежателите на разрешения за употреба на лекарствени продукти. (фиг.61)

**Фиг.61 Тенденции в съобщаването на НЛР според източника на информация**



Източник: ИАЛ

**По мярка 2.2.10. Изработване и приемане на програми, насочени към насърчаване на рационална лекарствена употреба и фармацевтични грижи в аптеките:**

През 2016 г. няма финализирани действия по мярката.

**По мярка 2.2.11. Въвеждане на индикатори за проследяване на рационалността на лекарствената употреба:**

През 2016 г. няма финализирани действия по мярката.

**По мярка 2.2.12. Провеждане на прозрачна ценова политика:**

По отношение на провеждане на прозрачна ценова политика основна роля има Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (НСЦРЛП). Като резултат от дейността на НСЦРЛП през 2016 г. са постигнати следните значими резултати:

✓ Нови INN, включени в ПЛС

През периода 01.01.2016 г. – 31.12.2016 г. в ПЛС са включени 12 лекарствени продукти, които принадлежат към 9 нови международни непатентни наименования (INN) в следните терапевтични области: пулмология, кардиология онкология, хематология, ендокринология, гастроентерология, ревматология и кожни и венерически болести.

В сравнение със същия период през 2015 г. броят на новите лекарствени продукти, включени в ПЛС е намалял с 77,36 % (през периода 01.01.2015-31.12.2015 г. в ПЛС са включени 53 лекарствени продукта, принадлежащи към 37 нови международни непатентни наименования (INN).

Това намаление се дължи на различни фактори, зависещи както от волята на притежателите на разрешения за употреба, така и фактори резултат от настъпването на редица нормативни промени. От една страна през 2015 г. бе въведено извършването на оценка на здравните технологии за лекарствените продукти, принадлежащи към ново международно непатентно наименование, от друга страна включването на подобни продукт в ПЛС е обусловено и от сключването на договори за предоставяне на отстъпки на НЗОК.

✓ Изключени лекарствени продукти от ПЛС

През 2016 г. НСЦРЛП е разгледал 498 процедури за изключване на ЛП от ПЛС, като от тях 39 процедури са прекратени.

От всички изключени ЛП 47 са носители на референтна стойност. 33 лекарствени продукта, които са заличени от ПЛС са били единствени със съответната лекарствена форма и концентрация, но INN продължава да присъства в ПЛС.

Вследствие на изключването на лекарствени продукти от ПЛС, 46 INN са заличени от ПЛС, като само 14 са и със заличени цени. За останалите 32 INN, заличени от ПЛС, цените са вписани в

регистъра на пределните цени, отпускани по лекарско предписание и по този начин са налични на пазара.

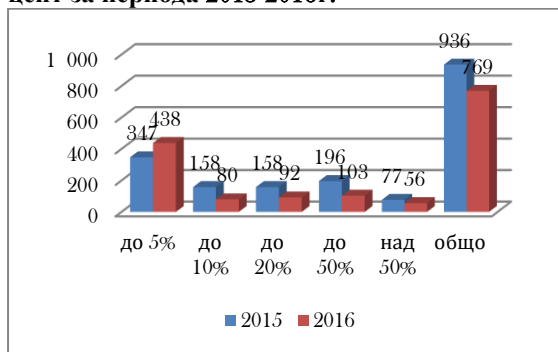
Терапевтичните области на изключените международни непатентни наименования са разнообразни – кардиология, неврология, офталмология, ендокринология и др., като нито един от заличените INN не е без алтернатива за лечение на съответното заболяване.

Най-честата причина за изключване на лекарствени продукти и заличаване на цената е прекратяване на разрешението за употреба или липса на разход от заплащащата институция. На следващо място големият брой излезли INN от ПЛС се дължи и на факта, че с Решение № РД-НС-04-12/10.02.2016 на Надзорния съвет на НЗОК бе утвърден „Списък на заболяванията, за чието домашно лечение на територията на страната НЗОК заплаща напълно или частично лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели (в сила от 01.04.2016), в който някои от реимбурсираните до момента заболяванията не са включени.

✓ Намалени цени на лекарствени продукти

За периода от 01.01-31.12.2016 г. са влезли в сила решения за намаляване цената на 769 лекарствени продукти. Голяма част от тези намаления се дължат на нормативното изискване за проверка на цените на лекарствените продукти на период 6 месеца/12 месеца.

**Фиг.62** Лекарствени продукти с влезли в сила решения за намаления на цени и процент за периода 2015-2016г.



Източник: НСЦРЛП

За сравнение, през периода от 01.01.2015 до 31.12.2015 г. са влезли в сила решения за намаляване на 936 бр. цени на лекарствени продукти.

Анализът, изготвен от на база справки на НЗОК и МЗ за заплатените лекарствени продукти за периода 01.01.2016 г. – 31.12.2016 г. показва следните резултати:

По отношение на лекарствени продукти, включени в Приложение № 1 на ПЛС анализът показва, че намалението на референтните стойности на продуктите се дължи основно на намаляване цената на лекарствен продукт – референт, в т.ч. включване на генерични лекарствени продукти.

В резултат на посочените по-горе фактори при 137 INN референтната стойност за ДДД се е понижила, както следва: при 67 INN с ниво на реимбурсиране 100%, при 17 INN с ниво 75%, при 43 INN с ниво 50%, при 10 INN с ниво 25%.

Намалението на референтната стойност в границите от 0.07% до 63.87% е довело до общо намаляване на стойността, заплатена от НЗОК, с 12 012 173 лева.

При 23 INN е установено увеличение на референтна стойност поради изключване на лекарствени продукти от Приложение № 1 на ПЛС, като от тях 5 INN са с ниво на реимбурсиране 100%, 8 INN с ниво на реимбурсиране 50 % и 10 INN с ниво на реимбурсиране 25%.

При лекарствените продукти, заплащани от НЗОК, извън стойността на клиничната пътека, включени в Приложение № 2 на ПЛС (предназначени за лечение на онкологични заболявания), в резултат на включване на ЛП и промяна на цените при 39 INN от общо 103 INN референтната стойност за ДДД се е намалила. От тях при 37 INN това се дължи на намаляване цената на лекарствени продукти, принадлежащи към съответния INN, докато при 2 INN се дължи на включване на първи генеричен лекарствен продукт през отчетния

период. Намалението на референтната стойност е в границите от 0.04 % до 39.63 %.

В резултат на намалението на референтната стойност за ДДД, стойността, заплатена от НЗОК се е понижила общо с 4 661 394 лева.

При 7 INN е установено увеличение на референтната стойност поради изключване на лекарствени продукти от Приложение 2 на ПЛС.

При лекарствените продукти, включени в Приложение № 3 на ПЛС през 2016 г. в резултат на намалението на цените на 10 лекарствени продукти, принадлежащи към 9 INN, от общо 30 ЛП, договорени от МЗ, референтната стойност се е понижила в границите от 0.1 % до 22.2 %.

През 2016 г. НСЦРЛП осигури необходимите дейности по поддържане на реимбурсния статус на лекарствените продукти в ПЛС.

С промяна в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, през 2015 г. бе въведена нова процедура по поддържане на реимбурсния статус на лекарствените продукти на всеки три години от включването им в ПЛС. Целта на тази процедура е да бъде извършвана регулярна преоценка на включените в списъка продукти по критериите, по които същите са включени за реимбурсиране. При поддържане на реимбурсния статус, оценката на лекарствените продукти се извършва въз основа на доказателства за ефикасност, терапевтична ефективност, безопасност и анализ на фармако-икономически показатели.

С влизането в сила от 1 декември 2015 г. на измененията и допълненията на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти (ДВ, бр. 92 от 27.11.2015 г.), изискването Международното непатентно наименование (INN), към което принадлежи лекарственият продукт/комбинацията

(при комбинирани лекарствени продукти) да се заплаща от обществен здравноосигурителен фонд при същите заболявания или индикации поне в пет от седемнадесет държави, се заменя с изискването Международното непатентно наименование, към което принадлежи лекарственият продукт/комбинацията (при комбинирани лекарствени продукти) да е включено във фармако-терапевтичното ръководство и медицинския консенсус за лечение на съответното заболяване в процедурата по поддържане на реимбурсния статус. Въведената разпоредба гарантира, че при поддържане на реимбурсния статус на лекарствените продукти в ПЛС ще се заплащат с публични средства само такива продукти, които имат утвърдено място в терапевтичните алгоритми и не са загубили терапевтична стойност за изтеклия 3-годишен период. В тази връзка през 2016 г. са постъпили 1958 заявления за поддържане на реимбурсен статус. Разгледаните заявления за поддържане на реимбурсен статус за периода са 797, като при 715 от тях са издадени решения за поддържане на реимбурсен статус.

#### **По мярка 2.2.13. Публичност при отчетността и контрола на разходите за лекарствени продукти с публични средства:**

Осигуряването на публичност при отчетността и контрола на разходите за лекарствени продукти, заплащани с публични средства е част от стратегията за развитие на електронното здравеопазване. *(Виж Политика 2.6)*

Важна стъпка в тази насока бе разработената електронна платформа за търговия с лекарствени продукти.

През 2015 и 2016 г. в областта на контролната дейност на НЗОК в болничната помощ започна пълноценното използване на капацитета на въведената „Специализирана информационна система за бизнес анализи“ (СИСБА/Бизнес - анализатор), чрез който лечебните заведе-

ния, в които се извършва проверка, се избират на основание на определени критерии – завишаване на обемите на отчитаната дейност, промяна в обичайния брой и структура на отчитаните диагнози и медицински процедури, вид и брой на отчитаните медицински изделия и лекарствени продукти, необичаен брой хоспитализирани пациенти и др.

**По мярка 2.2.14. Поетапно въвеждане на оценка на здравни резултати при решение за заплащане на лекарствени терапии и други здравни технологии с публични средства (НТА):**

С цел осигуряване на достъпа на пациентите до нови здравни технологии и обективизиране на вземането на решения относно финансирането с публични средства на базата на оценката на здравните ползи, фармако-икономическите показатели и оценка на въздействието върху бюджета на плащащите институции, през 2015г. с промени в Закона за здравето осигуряване бе въведен механизъм за оценка на здравните технологии (ОЗТ). Целта на въвеждането на ОЗТ е осигуряването на обективна информация относно безопасността, клиничната ефикасност и ефективност, разходите, социални, правни и етични последици от прилагането на лекарствени продукти в здравеопазването, която служи за вземане на информирани решения.

За регламентиране на процеса за осъществяване на ОЗТ бе разработена и утвърдена Наредба № 9 от 2015 г. за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии.

Съгласно наредбата, оценката на здравните технологии се извършва задължително за лекарствените продукти, принадлежащи към ново INN, което не е включено в съответното приложение на ПЛС.

Оценката на здравните технологии се осъществява от Комисия за оценка на здравните технологии, която е консултативен орган към директора на НЦОЗА

и се състои от 13 членове, включително председател. В нея участват представители на представители на МЗ, НЗОК, НСЦРЛП, ИАЛ и НЦОЗА.

Първият състав на комисията по ОЗТ бе определен на 25.02.2016 г. със заповед на министъра на здравеопазването. Веднага след това бяха създадени и приети от комисията по ОЗТ методиките за оценка на проектите за доклад на работните комисии и съответно методиката за оценка на новата технология на базата на мултикритерийния подход на оценка и вземане на решение, който се прилага само в три страни от ЕС.

За подпомагане на дейността на комисията са създадени работни комисии, в състава на които се включват лекари, магистър-фармацевти, икономисти, статистици, юристи и др. Комисиите извършват предварителна оценка на подадените документи и анализа за ОЗТ, след което изготвят проект на доклад за оценка на здравната технология.

На интернет страницата на НЦОЗА е създадена специална директория на комисията по ОЗТ, където се публикуват одобрените доклади за приключилите процедури по ОЗТ.

От създаването ѝ до края 2016 г., комисията по ОЗТ е провела 13 заседания. Подадени са 48 заявления за извършване на ОЗТ. Към края на годината са приключили 25 процедури, от които 20 са с положителна оценка. Според експертна оценка от недопуснатите до ПЛС нови технологии, които не отговарят на критериите за включване, са „спестени“ за публичните фондове за последващия 5 годишен период около 60 млн. лева.

Последващото развитие на капацитета за оценка на здравните технологии, както и разширяване на обхвата на ОЗТ по отношение и на други здравни технологии, освен на лекарствените продукти е от ключово значение за подобряване на качеството и ефективността в системата на здравеопазването.

## ПОЛИТИКА 2.3. РАЗВИТИЕ НА ИНТЕГРИРАН МОДЕЛ НА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

### Преглед на политиката

Политиката си поставя за цел преодоляване на следните ключови предизвикателства:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Неравнопоставеност по отношение на достъпа до своевременна и качествена спешна помощ;
- ✓ Недостатъчна кадрова, технологична и финансова обезпеченост на дейностите;
- ✓ Липса на интеграция на различните структури в извънболничната и болнична помощ.

Национална здравна стратегия 2020

В основата на политиката е залегнала концепцията за изграждане на интегриран модел на система от лечебни заведения, осигуряващ равнопоставен достъп на населението до спешна медицинска помощ, съответстваща на най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, непрекъснатост, достатъчност, качество и безопасност.

Основна отправна точка за преодоляването на съществуващите дисбаланси в осигуреността на населението и интегрирането на отделните функционални елементи на системата, според стратегията, следва да е въвеждането и прилагането на Националната здравна карта, в която да определи териториалното разпределение на спешните структури в извънболничната и болничната помощ. Картата на системата за спешна медицинска помощ трябва да регламентира необходимата архитектура на системата по начин, който осигурява равнопоставен достъп на гражданите до спешна медицинска помощ при обективни критерии за време на достигане и ниво на обслужване на спешните случаи.

Това предполага цялостно реструктуриране на централите за спешна медицинска помощ чрез преразпределение на районите на обслужване на мобилните екипи и изграждане на мрежа от филиали, разполагащи с възможности за оказване на определено ниво на спешна медицинска помощ на място. В болничната част на системата се указва да бъдат определени лечебните заведения, отговорни за осигуряването на безотказен прием на спешни пациенти, в т.ч. специализирани спешни центрове (травмацентрове; кардиоцентрове, мозъчно-съдови центрове, токсикологични центрове и др.) на областно, регионално и национално ниво.

В стратегията се посочва, че всички структури на системата за спешна помощ, трябва да бъдат подкрепени с инвестиции в инфраструктурата, осигуряващи високо ниво на технологично оборудване на всяко място за обслужване на спешните пациенти-санитарни превозни средства, филиали за спешна медицинска помощ и спешни болнични структури.

Според стратегията развитието на възможностите за телемедицина и комуникационно-информационното осигуряване на дейностите също следва да бъдат обект на приоритетно планиране.

Стратегията подчертава, че особени усилия следва да бъдат положени за осигуряване на необходимите човешки ресурси чрез прилагане на комплекс от мерки за обучение и интегриране в дейността на спешните екипи на парамедицински персонал и въвеждане на система за непрекъсната квалификация и оценка на знанията и уменията на всички работещи в системата.

Тези мерки следва да бъдат подкрепени с устойчиво финансиране на структурите, осъществяващи спешна медицинска помощ, гарантиращо поддържането на необходимия капацитет и отчитащо обема и нивото на обслужване на спешните случаи.



## Настоящо състояние

### Структура на системата

Системата за спешна медицинска помощ е структурирана на базата на функционално обединение на 2 основни части – извънболнична и болнична.

**Извънболничната част** включва 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) с Районни координационни централи и разкрити към тях 198 филиала за спешна медицинска помощ (ФСМП) и 13 изнесени екипи. ЦСМП функционират самостоятелно и имат район на обслужване в рамките на съответната административна област, с изключение на ЦСМП-София, който обслужва 2 административни области – Област София град и Софийска област.

**Болничната част** на системата включва специализираните отделения по спешна медицина, разкрити в лечебните заведения за болнична помощ и финансирани за тази дейност от МЗ. Към 31.12.2016 г. МЗ има сключени договори с 35 държавни и с 3 частни лечебни заведения с разкрити спешни отделения. За осигуряване на консултативна и медико-диагностична дейност за нуждите на филиалите на ЦСМП МЗ е сключило договор и с 65 общински болнични заведения, на чиято територия има разкрити ФСМП.

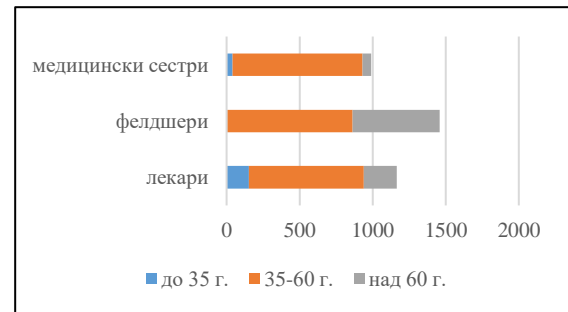
### Човешки ресурси

В ЦСМП в състава на спешните екипи работят общо 5965 души, от които 1134 лекари, 1467 фелдшери, 1110 медицински сестри, 108 акушерки, 2146 шофьори. Незаетите работни места в центровете за спешна медицинска помощ в страната са 482.

Възрастовата структура на персонала в спешните екипи на ЦСМП показва, че основната част от работещите са във възрастовата категория от 35 до 60 години – 4223, до 35 години са 272, а над 60 години – 1434.

Възрастовата структура на лекарите, работещи в ЦСМП е с най-голям дял на младите специалисти: до 35 години – 152 лекари, от 35 до 60 години – 728, а над 60 години – 226 (фиг.63).

**Фиг.63 Възрастова структура на медицинските специалисти в ЦСМП.**



Източник: МЗ

Най-влошена е възрастовата структура на фелдшерите, работещи в ЦСМП: до 35 години – 3, от 35 до 60 години – 859, а над 60 години – 595.

Медицинските сестри, работещи в ЦСМП до 35 години са 40, от 35 до 60 години – 890, а над 60 години – 180.

Данните показват, че в следващите 5 години над 1000 души от медицинския персонал на ЦСМП ще са в надтрудоспособна възраст.

Медицинският персонал в болничните спешни отделения наброява общо 1504 човека - 650 лекари, 62 фелдшери, 792 медицински сестри и акушерки.

По-малко от половината (48,8 %) от лекарите в СО имат призната някаква специалност, 23,6% са специализанти, а останалите 27,6 % нямат специалност.

**фиг.64 Квалификационна структура на лекарите в СО, в %**



Източник: МЗ

## Финансиране

Системата за спешна медицинска помощ се финансира изцяло със средства от бюджета на Министерство на здравеопазването по програма „Спешна медицинска помощ в размер на 153 431,47 лв. за 2016 г.

ЦСМП се финансират чрез пряка държавна субсидия от бюджета. През периода 2006-2016 г. размерът на средствата за финансиране на системата се увеличават над 2 пъти – от 52 млн. през 2006 г. до 126,4 млн. лв. през 2016 г. Най-голям дял имат разходите за заплати и осигуровки – 87,1% от общият бюджет. Издръжката на ЦСМП през 2017 г. съставлява 12,9% от общите разходи, като около 33% от нея са разходи за горива и около 14 % са разходи за лекарствени продукти.

Финансирането на дейността на болничните спешни отделения в се покриват от държавата чрез субсидии за извършена дейност. Субсидията покрива разходите само за обслужени в спешните отделения пациенти, които не са били хоспитализирани и през 2016 г. е в размер на 22,7 млн. лева. Още 0,9 млн. са заплатени за спешни консултации и изследвания по искане на екипите на ЦСМП в други болнични заведения без СО.

## Дейност на ЦСМП

През 2016 г. в страната функционират 27 ЦСМП с 198 филиала и 357 мобилни екипа за спешна медицинска помощ.

През 2016 г. броят на обслужените лица е 1 268 798. Средната натовареност на 1 спешен екип (ЕПИ) в страната е 0,4 случая на час (*Приложение 1 Табл. 15*).

Приетите за годината спешни повиквания са 752 849, а изпълнените повиквания от екипите на Центровете за спешна медицинска помощ са 732 342. Изпълнението през 2016 г. показва незначително намаление на броя на повикванията спрямо 2015 г., когато са отчетени

789 570 приети и 769 638 изпълнени повиквания. Извършените амбулаторни прегледи през 2016 г. са 580 736. Извършените реанимации през 2016 г. са 3 824. Налице са значителни разлики в натовареността на екипите, като най-натоварени са в големите регионални центрове – София, Пловдив, Варна.

Част от дейностите на ЦСМП са свързани с осигуряването на специализиран медицински транспорт на кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура, както и транспорт на спешно болни от/между лечебни заведения в страната и чужбина. Осъщественият специализиран транспорт за кръв, кръвни продукти, донори, органи, медикаменти, консумативи и апаратура е 3 484 бр., при 2 481 за 2015 г. Транспортът за спешно болни с показания за транспорт от реанимационен екип от/между лечебни заведения за периода са 11 464 броя. Незначителен е броят на осъществения медицински въздушен транспорт за нуждите на спешна медицинска помощ за периода – 8 полета.

## Дейност на спешните отделения

През 2016 г. по договор с МЗ функционират 38 спешни отделения във всички областни градове (27). По данни на НЦОЗА общият брой на обслужените лица в СО през 2016 г. е 1259 389, при 1 132 747 през 2015 г. Обслужените случаи, при които не се е наложила хоспитализация в същото лечебно заведение, са 704 319 при 668 150 за 2015 г. Тенденцията на нарастване на броя на лицата, обръщащи се за медицинска помощ към спешните отделения е устойчива през последните години.

Извършените консултации от лечебни заведения за болнична помощ, които нямат разкрити спешни отделения, по искане на екипите на ФСМП, са 39 506, като продължава тенденцията на тяхното нарастване (35 336 за 2015 г.).

## Дейност по изпълнение на политиката

### По Мярка 2.3.1. осигуряване на равномерно и адекватно териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ:

За гарантиране на адекватна структура на системата през 2016 г. като елемент на Националната здравна карта бе разработена Карта на системата за спешна медицинска помощ, съдържаща броя и местоположението на структурите за спешна медицинска помощ, в т.ч. и техните райони на обслужване.

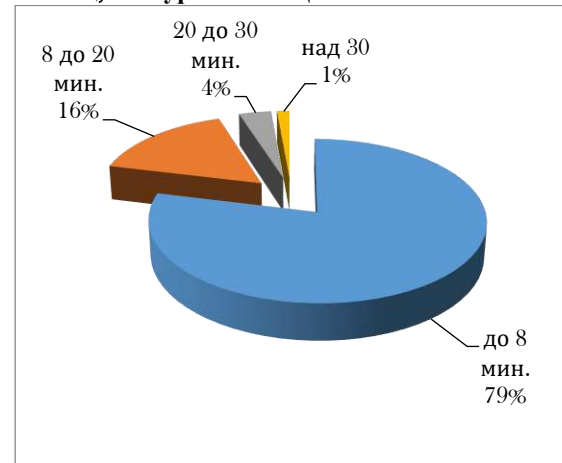
При определяне на районите на обслужване на филиалите за спешна медицинска помощ (198) бе взето предвид възможно-най-краткото време за достъп до и от съответното населено място, без оглед административното деление на областите. Картата на спешната медицинска помощ определи потребности и от създаване на т.нар. „изнесени екипи“ към филиалите за спешна медицинска помощ, в райони с идентифицирани затруднения в достъпа на населението, поради което в нея са предвидени 17 изнесени екипа в областите Бургас, В. Търново, Враца, Добрич, Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Монтана, Пазарджик, Пловдив, Смолян, Ст. Загора и Шумен.

В Националната здравна карта бяха определени потребностите от спешни отделения (СО) с II и III ниво на компетентност по области и региони.

Създаденото пространствено разположение на спешните структури осигурява чрез 215 изходни точки (198 филиала и 17 изнесени екипа) на територия на страната (110 772 кв.км.) достъп на населението при спешни случаи с код червено (критични спешни пациенти) до 8 мин. в 87%, с код жълто (нестабилни спешни пациенти) до 20 мин. в 95 %. Достъп до стационарна структура до спешна помощ (ФСМП/СО) във време-

вата рамка до 30 минути е осигурен на 99% от населението. (фиг.65)

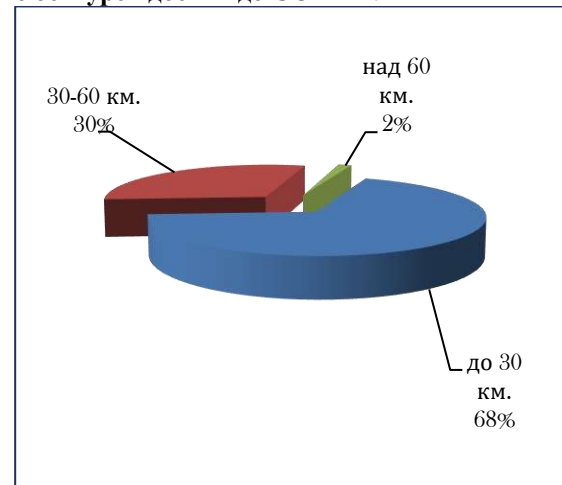
**Фиг. 65** Относителен дял на населението в РБ с времеви достъп до спешна медицинска помощ, осигуряван от ЦСМП и ФСМП



Източник: МЗ

С достъп до спешна болнична помощ с възможности за специализирана диагностика и лечение във времева рамка до 60 минути (златен час) е осигурено 98% от населението. (фиг.66)

**Фиг.66** Относителен дял на населението в РБ с осигурен достъп до СО в км.



Източник: МЗ

Направеният при разработването на НЗК анализ показва, че планираното в Картата на системата за спешна медицинска помощ териториално месторазположение на структурните единици на системата (ЦСМП с филиали и Спешни отделения) осигуряват оптимален достъп на населението до спешна медицинска помощ.

Бъдещите подобрения в достъпа и качеството на предоставяната на българските граждани спешна медицинска помощ не налагат промяна в създадената териториална структура на системата.

Основна насока за подобряване на достъпа, особено във времевата рамка до 8 мин. е при осигуряване на допълнителни човешки ресурси (мобилни екипи) преразглеждане на съществуващите локации на мобилните екипи във всички райони на обслужване с достъп на населението до спешна медицинска помощ във времевата рамка до 8 минути под 70% с цел определяне на възможни нови локации.

Възможно е това да бъде свързано с осигуряване на допълнителни спешни екипи в новите локации, но не следва да е обвързано с разкриване на нови структури (филиали за спешна медицинска структура), които към настоящият момент са оптимални като брой и териториално местоположение. Изключение би било допустимо при възникване на значими промени в броя на населението в определени населени места, разкриване на нови значими рискови промишлени обекти или туристически обекти с висока концентрация на посетители и др., при които не може да бъде осигурен адекватен достъп чрез друга съществуваща локация.

Следва да се има предвид, че представените резултати по отношение на достъпа до спешна помощ в определени времеви рамки в голяма степен са обусловени от настоящото състояние на транспортната инфраструктура на страната, която в много райони създава обективни затруднения за постигане на по-добро време за достъп на мобилните екипи. С оглед бъдещото развитие на транспортната инфраструктура в страната в следващите години се очаква този достъп да бъде подобрен.

Съществуваща възможност за подобряване на достъпа на населението, особено в отдалечените и труднодостъпни

райони, е разширяването на ползването на авиомедицински транспорт. При анализирането на тази възможност обаче следва да се подходи предпазливо и с пълно оценяване на разходите и ползите/ефективността в сравнение с осигурения наземен транспорт.

### **По мярка 2.3.2. Подобряване на инфраструктурата и материално-техническата осигуреност на системата за спешна медицинска помощ:**

В изпълнение на заложените ангажменти Министерство на здравеопазването предприе мерки за подобряване на структурата и материално-техническа осигуреност на елементите на системата за спешна медицинска помощ.

След финализиране на преговорите с ЕК и приемане на Оперативна програма „Региони в растеж” 2014-2020, Министерство на здравеопазването започна подготовка за изготвяне на разработване на проект по Приоритетна ос 4 „Регионална здравна инфраструктура” за модернизация на системата за спешна медицинска помощ на стойност 163 млн. лв. С осигурените средства се планира поетапно ще бъдат извършени строителство, ремонт, реконструкция и оборудване на 198-те филиала на центровете за спешна медицинска помощ и 34 спешни отделения на болниците.

Освен строителство и ремонт, бе планирано цялостно преоборудване и закупуване на нова модерна техника, включително и устройства за телемедицина и 400 нови линейки, снабдени с животоспасяваща апаратура.

Във връзка с това бяха предприети действия за решаване на проблема със собствеността на филиалите, останал нерешен повече от 25 години. Липсата на собственост върху помещенията, в които се намират филиалите, както и на активна политика в тази област, бяха причина за лошата материална база и битови условия, при които работят спешните екипи. Във взаимодействие с областните и общинските администра-

ции през 2016 г. бяха намерени устойчиви решения за функционирането на филиалите за спешна медицинска помощ, чрез предоставяне на право на собственост върху ползваните или нови имоти. До края на 2016 г. приключиха процедурите по предоставяне на собствеността на по-голяма част от обектите. За осигуряване на необходимия технологичен капацитет за реализация на проекта бе проведена прозрачна процедура за „Избор на изпълнител за подготовка на проектно предложение за кандидатстване с голям инвестиционен проект за подкрепа на спешната медицинска помощ по ОПРР 2014-2020“. На 17.08.2016 г. бе сключен договор с избрания изпълнител, който извърши анализ на съществуващите структури в системата за спешна помощ и изготви проектни предложения за необходимата инфраструктура в съответствие с техническото задание и приетият стандарт „Спешна медицина“. Според първоначалните оценки се предвиждаше в 76 обекта да се извърши изцяло ново строителство на филиали на спешни медицински центрове, в 6 обекта да бъде извършено дострояване на допълнителен етаж или допълнително крило, а в 155 да се осъществи реконструкция и ремонт на вече съществуващи сгради. Интервенциите в инфраструктурата на системата за спешна медицинска помощ бяха планирани по начин, позволяващ максимално ефективно изразходване на средствата от европейските фондове за постигане на системен ефект на територията на цялата страна, което кореспондира и с политиката за равномерно развитие на регионите.

**По мярка 2.3.3. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ:**

В съответствие с мерките, насочени към развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ, през м.септември 2016 г. с Постановле-

ние на МС бе създаден Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ, а през м.октомври 2016 г. бе утвърден Правилник за устройството и дейността му. Чрез създаването на центъра се цели да се осигури капацитет за подобряване знанията и уменията на персонала в системата на спешната медицинска помощ чрез начално и продължаващо теоретично и практическо обучение.

С цел да се подкрепи новосъздадения център и да се надгради постигнатото в предишния програмен период по проект „ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешните състояния“, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, през 2016 г. МЗ разработи и кандидатства с нов проект за обучение на работещите в спешната медицинска помощ. Проект BG05M9OP001-3.007-0001 „Подобряване на условията за лечение на спешни състояния“ е одобрен и се финансира по ОП „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г. с общ бюджет 7 000 000 лв. В рамките на проекта се осигурява оборудването за Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ (в т.ч. закупуване на високотехнологични манекени за практическо обучение) и провеждане на обучение на персонала от центровете за спешна медицинска помощ и спешните отделения на лечебните заведения за болнична помощ.

С въведения през 2016 г. нов стандарт „Спешна медицина“ се регламентира за пръв път участието в спешните екипи на нов вид професионалисти в системата за спешна медицинска помощ – парамедици. Целта бе да се преодолее неефективното използване на висококвалифицирани медицински специалисти за дейности, които могат да се изпълняват от лица със специфична и профилирана квалификация, както и да се компенсира недостига на персонал.

С цел подобряване на достъпа и условията на специализация на лекарите и другите медицински специалисти, работещи в ЦСМП, бяха направени изменения в Наредба № 1 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. С промените беше създадена възможност на специализантите, работещи в ЦСМП, да могат да се отпускат стипендии със средства от европейски проекти и програми.

МЗ участва в разработването на Държавни образователни изисквания (ДОИ) за обучение по професията „Парамедик“, които бяха утвърдени през 2016 г. с Наредбата за придобиване на квалификация по професията „Парамедик“ на министъра на образованието и науката. С ДОИ бяха определени конкретните професионални знания, умения и компетентности по професията, които ще гарантират на обучаващите се възможност за упражняването ѝ.

През 2016 г. бяха направени изменения и в Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ, с които е предоставена възможност на ЦСМП да провеждат обучение на специализанти по спешна медицина, продължителна квалификация на персонала и периодична оценка на професионалните компетентности, както и поддържането на квалификацията на персонала. С измененията са синхронизирани регламентите на Правилника с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“ по отношение на видовете спешни екипи, броя и професионалната компетентност на персонала в тях, в т. ч. и на парамедицинските кадри.

Това даде възможност в седем ЦСМП (Пловдив, Сливен, Кърджали, Бургас, Разград, Варна и Смолян) да стартират проекти по програма “Активни” на МТСП за обучение за придобиване на квалификация за парамедици. Едно от условията на програмата е след приключване на обучението Министерство-

то на здравеопазването да назначи новоквалифицираните парамедици на трудов договор в някои от спешните центрове или във филиал, а МТСП да поеме заплащането на възнагражденията им за първите 6 месеца.

**По мярка 2.3.4. Осигуряване на ефективна организация, координация и управление на единната система за спешна медицинска помощ:**

С цел подобряване на структурата и организацията на дейността в системата за спешна медицинска помощ през 2016 г. бе въведен нов медицински стандарт „Спешна медицина“ (Наредба № 12 от 2015 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“ (обн., ДВ, бр. 4 от 2016 г). С него бе въведена триажна система за оценка на спешните състояния, в т.ч. телефонен триаж при постъпване на спешните повиквания на базата на стандартизиран въпросник. Определени бяха и времена за достъп на спешните екипи в зависимост от степента на спешност на съответното повикване (8 минути за критични спешни пациенти; 20 минути за потенциално критични спешни пациенти и 120 минути за всичко останали спешни случаи). Стандартът въведе и изисквания към болничните структури, оказващи спешна медицинска помощ и правила за координация и взаимодействие между болничната и извънболничната част на системата.

През октомври 2016г. бяха утвърдени и въведени за тестово прилагане в практиката Протоколи за телекомуникационен триаж и телефонен инструктаж. Въведените протоколи за триаж осигуряват правилно приоритизиране на спешните случаи по степен на спешност и ефективно използване на наличните ресурси. Инструкции за телефонен инструктаж дават възможност на диспечерите в ЦСМП да поддържат контакт и дават указания на подаващите сигнала за оказване на първа помощ до пристигане на спешния екип.

В края на 2016 г. започна подготовка на обществена поръчка за разработване на софтуер за автоматизирана система за триаж, която да бъде интегрирана към информационната система в системата за спешна медицинска помощ.

Въведените с медицински стандарт „Спешна медицина“ норми и правила осигуряват възможност за подобряване организацията, координацията и управлението на системата, съответно на качеството на предоставяната на гражданите спешна медицинска помощ

С цел подобряване на организацията и ефективността на системата за спешна медицинска помощ в София град и Софийска област, през 2016 г. се реализира обединението на ЦСМП в тези 2 области. Редуцираният в резултат на обединението административен персонал даде възможност за увеличение на щатната численост на медицинските екипи.

**По мярка 2.3.5. Осигуряване на финансова устойчивост на системата за спешна медицинска помощ:**

За преодоляване на тежкия кадрови дефицит в системата в рамките на бюджета на министерството за 2016 г. бяха осигурени допълнителни средства за до 10% увеличение на трудовите възнаграждения на работещите в ЦСМП. Разпределението на средствата бе осъществено по методика, която позволи да бъдат преодолените натрупаните дисбаланси във възнагражденията на работещите в 27-те ЦСМП в страната. В резултат на това бе отчетена положителна тенденция за увеличаване броя постъпилите на работа в ЦСМП, което позволи пълно окомплектоване на екипите във всички областни градове, а в ЦСМП София доведе до увеличение на броя на работещите екипи средно от 10-14 на смяна през 2014 г. до 20-22 екипа.

През 2016 г. чрез Методиката за субсидиране на лечебните заведения средствата за болнична спешна помощ бяха увеличени с над 8 млн., като основната част от тези средства бяха предоставени

на лечебните заведения за осигуряване на необходимия капацитет от компетентен медицински персонал чрез въведени стандарти за трудови възнаграждения на работещите в спешни отделения, финансирани от МЗ – не по-малко от 1500 лв. за лекар и 900 лв. за специалист по здравни грижи.

В бюджета за 2017 г. бяха планирани средства за последващо увеличение на трудовите възнаграждения на работещите в ЦСМП за достигане на 50% увеличение спрямо изходната 2014 г.

**По мярка 2.3.6. Осигуряване на готовност за реакции при бедствия и развитие на европейската координация и трансгранично сътрудничество:**

През 2016 г. с подкрепата на МЗ ЦСМП-Кърджали, МБАЛ-Кърджали ЦСМП-Силистра, ЦСМП-Благоевград бяха разработени проекти за трансгранично сътрудничество в областта на спешната помощ и реакцията при бедствия, аварии и катастрофи.

Възможностите на трансграничното сътрудничество дават възможност за подкрепа на капацитета на системата за спешна медицинска помощ чрез изготвяне и въвеждане на координационни механизми за взаимодействие между държавите, обучение на работещите и закупуване на техника и апаратура за оказване на спешна медицинска помощ.

**По мярка 2.3.7. Осигуряване на прозрачност, обществен консенсус и участие на гражданското общество и медицинските специалисти в процеса на развитие на системата:**

През 2016 г. мерките за модернизирани и развитие на системата за спешна медицинска помощ бяха обект на широко обществено обсъждане. МЗ използваше всички възможности за ангажиране на заинтересованите страни – съсловните и пациентските организации, органите на местното самоуправление, работещите в системата за представяне на визията и политиката в тази област.

## ПОЛИТИКА 2.4. РАЗВИТИЕ НА ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ, ПОДКРЕПЕНА ОТ ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ПОМОЩ

### Преглед на политиката

Политиката си поставя за цел преодоляване на следните:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Неравнопоставен достъп до първична помощ, особено в труднодостъпни и отдалечени райони;
- ✓ Неизползване на капацитета на първичната помощ за развитие на дейностите по промоция и профилактика;
- ✓ Липса на условия за комплексна и високотехнологична диагностика и лечение в извънболничната помощ.

Национална здравна стратегия 2020

В стратегията се посочва, че първичната медицинска помощ в България все още не може да заеме своята ключова роля в модела на здравна грижа за пациента, установен в системите за здравеопазване в другите европейски държави с подобри здравни показатели.

Като причини за това се посочват изкривените тенденции на разходите за здравеопазване и политики, които благоприятстват интензивните лечебни услуги в болнични условия, за сметка на първичната медицинска помощ, профилактика на заболяванията, насърчаване на здравето, рехабилитация и медико-социални грижи.

В резултат на това през последните години са налице съществени несъответствия между разкритите практики на общопрактикуващите лекари в страната и нужните за гарантиране на равнопоставен достъп на населението до качествена първична медицинска помощ.

Липсват адекватни условия и стимули за общопрактикуващите лекари за учас-

тие в дейностите по превенция и управление на хроничните заболявания и поддържане на активна обратна връзка с пациентите и с другите специалисти, участващи в грижите за тях.

Във връзка с това политиката се фокусира върху необходимостта от осигуряване на подходящи организационни и финансови механизми за развиване на капацитета на първичната медицинска помощ така, че тя да се утвърди като водеща структура в една, ориентирана към пациента, система от координирани грижи, включваща и структурите за обществено здраве, специализираната помощ и различни социални услуги. Според стратегията подобни интегрирани здравно-социални подходи и услуги ще бъдат в състояние да решат по най-добрия начин потребностите на пациентите от поддържащо лечение, общи и/или специфични здравни грижи, социална рехабилитация в амбулаторна или домашна обстановка и ще доведат до чувствително намаляване на потребностите им от прием в болници за активно лечение. Обръща се внимание на необходимостта от подкрепа за повишаване на квалификацията на общопрактикуващите лекари.

В стратегията се подчертава, че първичната помощ следва да бъде подкрепена от специализирана медицинска помощ, осигурена с модерна апаратура, основана на развиващата се с бързи темпове медицинска технология. Тя следва да осигурява извършването на голям брой дейности, в т.ч. високотехнологични, в амбулаторни условия. Посочва се, че такъв капацитет трудно би могъл да бъде развит в условията на сега съществуващата система за специализирана извънболнична медицинска помощ. В тази връзка се препоръчва да бъде използван технологичния и кадрови капацитет на болниците за осъществяване на амбулаторни дейности, в т.ч. високоспециализирани консултации и медико-диагностични изследвания.



## Настоящо състояние

### Структура

Структурата на системата за първична извънболнична медицинска помощ включва амбулатории за първична медицинска помощ (индивидуални и групови практики), а след промените в ЗЛЗ през 2015 г. и кабинети на общопрактикуващи лекари към ведомствени лечебни заведения по чл.5 от ЗЛЗ.

Поради липса на стимули за обединение на ОПЛ в общи практики, индивидуалната практика е предпочитана форма на организация на първичната медицинска помощ в страната.

По данни на НЦОЗА през 2016г. броят на регистрираните практики за първична медицинска помощ е 3610, от които индивидуални практики – 3 396 и групови практики – 214. Това е с 188 практики по-малко в сравнение с 2012 г., когато броят на лечебните заведения за първична медицинска помощ е бил 3798. Т.е. за 4 години броят на практиките е намалял с 5,2%.

По данни от областните здравни карти през 2016 г. лечебни заведения за ПИМП са регистрирали 5128 лекари, от които 2973 с придобита специалност и 2155 без придобита специалност по обща медицина.

Броят на ОПЛ, които са сключили договор с НЗОК е 4415 или 14.9% от всички практикуващи лекари в страната. Това формира средна за страната осигуреност с общопрактикуващи лекари 61,25 на 100 000 души, т.е. 1 ОПЛ обслужва средно 1632 души.

България има сравнително висок дял на лекарите, но втория най-нисък дял на медицинските сестри в ЕС. Въпреки че дялът на лекарите е висок, само 15,6 % са общопрактикуващи лекари (ОПЛ) в сравнение с 30,2 % на равнище ЕС.

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

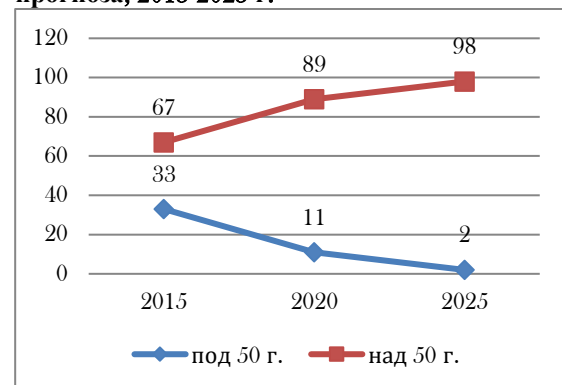
Налице се значими териториални различия, като в много области на страната са налице затруднения в достъпа до първична медицинска помощ. По данни на НЗОК най-ниска осигуреност с ОПЛ има в област Разград (един ОПЛ на 2 682 ЗЗОЛ) и област Търговище (един ОПЛ на 2 414 ЗЗОЛ). Най-висока е осигуреността в област Плевен (един ОПЛ на 1 315 ЗЗОЛ), област Добрич (един ОПЛ на 1 457 ЗЗОЛ) и област Стара Загора (един ОПЛ на 1 485 ЗЗОЛ)

Съществен проблем се явява и липсата на интерес сред младите лекари да се реализират в първичната медицинска помощ, което застрашава устойчивостта на системата в бъдеще.

По данни на НЗОК и НСОПЛРБ към 2015 г. само 33 % от тях са под 50-годишна възраст, над 50 годишна възраст са 67%, а над 60 годишна възраст- 20%.

При така очертаната тенденция през 2025 г. 98 % от ОПЛ ще бъдат над 50 години, в т.ч. 67% над 60 годишна възраст. (фиг.67)

Фиг.67 Възрастова структура на ОПЛ и прогноза, 2015-2025 г.



Източник: НСОПЛРБ

Това означава, че в следващите години голяма част от ОПЛ ще напуснат системата, без да има кой да ги замести. Броят на зачислените за специализация по обща медицина новозавършили лекари е изключително малък и не може да повлияе очертаната тенденция.

## Финансиране

Финансирането на системата за първична медицинска помощ се осъществява основно от НЗОК. Малка част от приходите на ОПЛ се формират от потребителски такси и директни плащания от пациенти за услуги, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

През 2016 г. за финансиране на дейности в първичната извънболнична медицинска помощ НЗОК е заплатила 186 877,8 хил. лв. (в т.ч. 10 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 5,8% от всички здравноосигурителни плащания на НЗОК. С тези средства е заплатена отчетената от изпълнителите на ПИМП дейност за периода м. декември 2015 г. – м. ноември 2016 г. оказана на регистрираните при тях 6 066 хил. (средномесечен брой) задължително здравноосигурени лица. Разходите на НЗОК за ПИМП са се увеличили с 1,0% спрямо изплатените 185 017,1 хил. лв., през предходната 2015 г. за периода на дейност м. декември 2014 г. – м. ноември 2015 г.

Спрямо 2015 г. се отчита общо намаление на броя ЗЗОЛ с 36,9 хил. лица или с 0,6% и продължаваща тенденция на застаряване на ЗЗОЛ – делът на ЗЗОЛ на и над 65-годишна възраст нараства от 23,5% през 2015 г. на 23,9% през 2016 г. В тази връзка общият ръст на плащанията към изпълнителите на ПИМП спрямо 2015 г. се дължи основно на ръста на разходите за диспансерно наблюдение – с 1 969,7 хил. лв.

## Дейност

### Програма „Детско здравеопазване“, изпълнявана от ОПЛ

Средният брой отчетени профилактични прегледи за страната през 2016 г. на лица от 0 до 1 г. е 10,0 прегледа на 1 ЗЗОЛ, като се запазва нивото от 2015 г. Най-голям брой прегледи на 1 ЗЗОЛ се отчитат в РЗОК-Смолян (11,06), РЗОК-

София-област (10,99), РЗОК-Пловдив (10,88) и РЗОК-Ямбол (10,76). В останалите Най-малък брой профилактични прегледи на 1 ЗЗОЛ от 0 до 1-годишна възраст се отчитат в РЗОК-Кюстендил (8,01), РЗОК-Габрово (7,03) и РЗОК-Видин (6,20). В годишен аспект, може да се направи изводът, че в много области, програмата все още не се изпълнява в пълен обем, т.е. 14 прегледа годишно. Причината за това е, че в тези области програма „Детско здравеопазване“ се изпълнява предимно от лекари-специалисти по педиатрия.

По програма „Детско здравеопазване“ при ЗЗОЛ от 1 до 2 години, средният брой на отчетените профилактични прегледи се запазва през 2016 г., спрямо предходната година и е 3,04 прегледа на едно ЗЗОЛ.

При предвидени по програмата четири прегледа годишно за тази възрастова група, с най-ниска обращаемост са областите с най-малко отчетени прегледи средно на едно ЗЗОЛ от 1 до 2 години – РЗОК-Видин (2,07) и РЗОК-Габрово (2,01).

През 2016 г. се отчитат средно за страната 1,5 профилактични прегледи на ЗЗОЛ от 2 до 7 г. (при предвидени два профилактични), като се запазва тенденцията от 2015 г.

През 2016 г., както и през предходната година средният брой на отчетените профилактични прегледи на лицата от 7 до 18 г. е 0,83 прегледа на едно ЗЗОЛ, при изискуем по програмата един преглед годишно. Броят на извършените профилактични прегледи в тази възрастова група отбелязва по-значителен ръст в края на трето тримесечие, преди началото на всяка учебна година.

### Профилактика на ЗЗОЛ над 18 години, осъществявана от ОПЛ

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2016 г. при лицата над 18 г. е 0,3 прегледа на едно ЗЗОЛ, като се запазва тенденцията от

2015 г., при предвиден един преглед годишно. За отчетния период на 2016 г. средно за страната 37% от ЗЗОЛ над 18 г. са се обърнали към ОПЛ за извършване на годишен профилактичен преглед.

В 13 РЗОК броят на отчетените профилактични прегледи на 1 ЗЗОЛ над 18 г. е над средната стойност на показателя за страната - най-голяма е обращаемостта в РЗОК-Велико Търново (0,51), РЗОК-Пловдив (0,49) и РЗОК-Търговище (0,47). Най-ниски са стойностите в РЗОК Стара Загора (0,28), РЗОК Габрово (0,29) и РЗОК Силистра (0,18). Може да се направи изводът, че при предвиден един преглед годишно, повече от половината ЗЗОЛ над 18 г. не се обръщат към ОПЛ за извършване на профилактичен преглед

#### **Програма „Майчино здравеопазване“ за ЗЗОЛ с нормална бременност, изпълнявана от ОПЛ**

При профилактика на бременни жени с нормална бременност през 2016 г. от ОПЛ са извършени 5 379 прегледа на 2 521 ЗЗОЛ по програма „Майчино здравеопазване“, при извършени 6 432 прегледа на 2 914 ЗЗОЛ през 2015 г.

От представените данни се налага изводът, че като цяло профилактиката на бременни жени с нормална бременност се осъществява основно от лекари-специалисти по акушерство и гинекология в СИМП и това корелира с данните за изпълнение на програма „Майчино здравеопазване“ от лекар-специалист.

#### **Диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ, осъществявано от ОПЛ**

Най-голям брой диспансеризирани ЗЗОЛ при ОПЛ през 2016 г. има при следните заболявания: „Болести на органите на кръвообращението“ - 1 501 341 диспансеризирани, „Болести на ендокринната система, разстройства на

храненето и на обмяната на веществата“ - 369 842 диспансеризирани. По РЗОК, най-голям брой диспансеризирани ЗЗОЛ за тези класове болести са регистрирани в регионите с най-голям брой население - София-град, Пловдив и Варна.

През 2016 г., както и през 2015 г., ОПЛ отчитат средно 2,68 прегледа по диспансерно наблюдение на едно диспансеризирано ЗЗОЛ. В 15 РЗОК средният брой на отчетените диспансерни прегледи на 1 ЗЗОЛ е над средната стойност на показателя за страната, като най-голям брой прегледи на едно диспансеризирано ЗЗОЛ отчитат в РЗОК - Видин (2,99), РЗОК - София-област (2,95) и РЗОК - Велико Търново (2,81), при предвидени средно четири прегледа за календарна година. В останалите 13 РЗОК броят на отчетените диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗЗОЛ при ОПЛ е под средния показател за страната, като най-малък е този брой в РЗОК-София-град (2,49), РЗОК-Кюстендил (2,46) и РЗОК-Сливен (2,42). Броят прегледи по диспансерно наблюдение, извършени от ОПЛ на едно ЗЗОЛ по РЗОК не се отклонява съществено от средната стойност на показателя за страната и е в съответствие с договорените в НРД и с Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

#### **Инцидентни посещения при ОПЛ**

Средната стойност за страната през 2016 г. е 30,42 инцидентни посещения на 10 000 ЗЗОЛ, при 32,66 през 2015 г.

Най-голям брой инцидентни посещения на 10 000 ЗЗОЛ отчитат ОПЛ в областите Монтана, Бургас и Благоевград.

## Дейност по изпълнение на политиката

### По Мярка 2.4.1. Подобряване на достъпа до първична медицинска помощ:

За гарантиране на достъпа на населението до базови медицински услуги в първичната медицинска помощ в приетата през 2016 г. Национална здравна карта бе определен необходимият брой лекари в първичната медицинска помощ.

За целта беше приложен подход, насочен към универсална осигуреност на населението с общопрактикуващи лекари и лекари по дентална медицина при оптимална численост на обслужваното от 1 лекар на 1500 души население.

Приложените параметри за средна осигуреност за страната от 1 лекар на 1500 души население показваха необходимост от най-малко 4856 общопрактикуващи лекари, което надвишава настоящия брой на работещите по договор с НЗОК общопрактикуващи лекари (4415).

В Националната здравна карта за пръв път бяха планирани потребностите на населението от специалисти по здравни грижи в извънболничната помощ. С най-голям дял в планираната осигуреност са медицинските сестри, като при тях е заложен параметър за осигуреност от 150 на 100 000 души население при настояща осигуреност средно между 50 и 70 на 100 000 в различните области на страната. Необходимият брой медицински сестри в извънболничната помощ е 10805. Над половината от тях са необходими за покриване на потребностите на населението в първичната медицинска помощ.

Ефективното прилагане на механизмите на Националната здравна карта за планиране на ресурсите в първичната медицинска помощ, в т.ч. за осигуряване на адекватни стимули за медицинските специалисти за професионално развитие в системата за първична медицинска помощ (с приоритет в регионите,

където е уставен най-голям недостиг) е ключово условие за успешното реализиране на мярката.

С цел подобряване на достъпа на населението до първична медицинска помощ в извънработното време на ОПЛ, празничните и почивните дни, през 2016 г. бяха създадени условия (Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса) за сключване на договори между ОПЛ и центровете за спешна медицинска помощ за гарантиране на 24-часов достъп на пациентите, в случай на неотложна необходимост.

### По мярка 2.4.2. Подобряване на качеството на първичната медицинска помощ:

С приетата през 2016 г. Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса се създадоха условия за разширяване на обема на дейностите от обхвата на извънболничната медицинска помощ. Регламентираният пакет дейности в първичната извънболнична медицинска помощ включи здравно-информационни, промотивни, профилактични, диагностични и лечебни дейности, насочени към комплексно осигуряване на необходимите медицински грижи и услуги за опазване и подобряване на здравето на здравноосигурените лица и техните семейства. Поставен бе акцент върху здравето възпитание за запознаване с рисковите фактори за социално значимите заболявания и вредата от нездравословните навици, и утвърждаване на положителни здравни навици и жизнени умения, в това число здравословно хранене, двигателна активност, режим на труд и почивка и други. В пакета бяха включени и здравно-промотивни дейности в областта на семейното здраве и детско здраве и групите с идентифициран медико-социален риск, профилактични прегле-

ди на деца, бременни и специализирани профилактични прегледи на лица от рискови групи, както и дейности по национални здравни програми.

По отношение на социално значими и приоритетни за страната заболявания за лицата над 18 г. от рискови групи, бе въведено извършване на оценка на рисковите фактори и вредни навици, водещи до увреждане на здравето и насочване по преценка на общопрактикуващия лекар за профилактичен преглед веднъж годишно при лекар специалист. В пакета са включени и дейности по диспансеризация на лица с определени хронични заболявания, както и дейности, свързани с превенцията и контрола на инфекциозните заболявания, в т.ч. планиране и извършване на имунизации и реимунизации.

С цел актуализиране на критериите за определяне на рискови за развитие на определени социално-значими заболявания групи лица, както и на заболяванията, подлежащи на диспансеризация и дейностите по профилактика и диспансеризация, заплащани от бюджета на НЗОК, бе приета Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

С нормативния акт бяха прецизирани и детайлно регламентирани механизмите за осигуряване на гарантиран достъп до необходимия обем профилактични и диспансерни прегледи с оглед ранно откриване на рисковите фактори за развитие на заболяване, ранно диагностициране на заболяване, своевременно насочване за лечение и последващо диспансерно наблюдение с цел предотвратяване на трайни здравословни проблеми и преждевременна смъртност. По отношение на профилактичните прегледи на децата до 18 г. бяха прецизирани изискванията за периодичността на профилактичните прегледи, позволяващи оптимално планиране на дейностите по профилактика, включващи профилактични прегледи, назначаване на

изследвания, консултации и извършване на имунизации.

В рамките на профилактичния преглед на лица над 18 г. се въведе Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване, включваща данни от личната и фамилна анамнеза на пациента и резултатите от назначените изследвания. Въз основа на тези данни се определя рискът за развитие на социално-значими заболявания - сърдечно-съдови заболявания; захарен диабет тип 2; злокачествено новообразуване на шийката на матката; на млечната жлеза; на ректосигмоидалната област и на простатата, в резултат на наличието на определени рискови фактори и се формират групи пациенти с риск от развитие на заболяване.

С наредбата се регламентира и формирането на две нови групи лица, които застрашени от развитие на заболяване поради наличието на основен рисков фактор: лица с рисков фактор затлъстяване и лица с рисков фактор тютюнопушене.

Въведените чрез наредбата механизми за разширяване на обхвата на профилактичните дейности по отношение на социално-значимите заболявания и рисковите фактори, които ги причиняват, имат за цел не само превенция и ранно откриване на заболяванията, но активно и включване на пациентите в грижата за своето здраве чрез контрол върху рисковите фактори в резултат на начина на живот - нездравословно хранене, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и други психоактивни вещества, липса на двигателна активност и др.

Разширяването на обхвата на дейностите в пакета за първична медицинска помощ бяха финансово осигурени чрез увеличението на средствата за извънболнична помощ в бюджета на НЗОК за 2016 и 2017 г. (Виж мярка 2.4.3.)

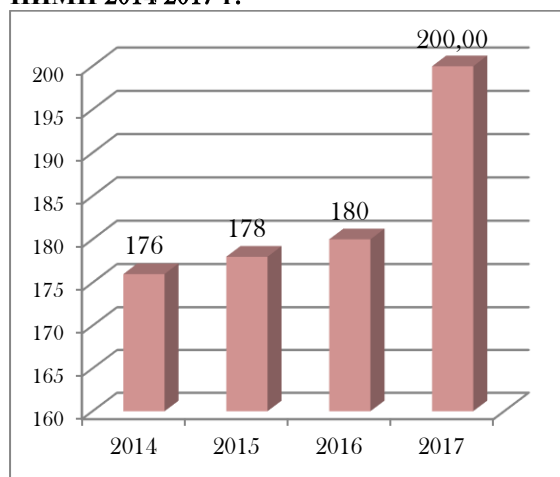
**По мярка 2.4.3. Увеличаване на относителния дял на средствата за първична медицинска помощ и подобряване на системата за заплащане на ОПЛ:**

През 2016 г. бе осъществен активен диалог с Български лекарски съюз и в частност с представители на общопрактикуващите лекари, като в хода на редица срещи и дискусии бяха постигнати общи решения на оперативни проблеми и сходство в позициите за бъдещото развитие на системата за извънболнична помощ, в т.ч. първична извънболнична помощ.

Тази политика има видим резултат в изготвения през 2016 г. Закон за бюджета на НЗОК за 2017 г., който ясно показва приоритетите на държавната здравна политика за развитие на системата за извънболнична помощ, с акцент върху дейностите по промоция и профилактика на заболяванията.

Планираните за 2017 г. средства за първичната извънболнична медицинска помощ са увеличени с 11% спрямо закона за бюджета на НЗОК за 2016 г.

**Фиг.68** Планирани средства по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за ПИМП 2014-2017 г.



Източник: НС

Със средствата бе осигурено увеличението на заплащането за капитация, профилактични дейности при възрастни и по диспансерно наблюдение на лица над 18 години с хронични заболявания,

подлежащи на диспансеризация. По този начин се осигури финансово прилагането на нормативни промени, свързани с разширяване на обема и обхвата на дейностите, осъществявани от изпълнителите на първична медицинска помощ (Виж мярка 2.4.2 и 2.4.4.)

**По мярка 2.4.4. Повишаване на капацитета на първичната медицинска помощ с акцент върху промоцията и превенцията на хроничните незаразни болести и психично здраве:**

Провежданата политика за развитие на здравно-промотивните и профилактичните дейности с ключовата роля на системата за извънболнична помощ намери отражение в подзаконовата нормативна уредба. Основните актове – наредбата за профилактичните прегледи и диспансеризацията и наредбата за пакета здравни дейности, заплащани от бюджета на НЗОК, бяха изцяло преработени през 2016 г. с акцент върху промоцията и превенцията на социално-значимите заболявания. (Виж мярка 2.4.2. и 2.4.3.)

**По мярка 2.4.5. Разработване и провеждане на програми за координация на грижата – включително и мениджмънт на случаите/управление на грижата и управление на заболяванията:**

С промените в нормативната уредба (Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса и Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията) бяха разширени възможностите на ОПЛ за управление и координиране на грижите за своите пациенти. Разширени бяха правомощията на лекарите в ПИМП да планират самостоятелно и по своя преценка потребностите от консултативни и медико-диагностични дейности в рамките на ясно регламентирани правила за обема на профилактичните и диспансерни дейности и ре-

зултатите от тях. В колаборация в НЦОПЛРБ бяха разработени качествени индикатори и система за оценка на риска от заболяване.

Цялостната реализация на мярката изисква в следващите периоди тези дейности да бъдат последователно разширявани и финансово обезпечени.

**По мярка 2.4.6. Развитие на интегрирани здравносоциални услуги в общността, в т.ч. патронажни грижи, подкрепящи първичната медицинска помощ в грижата за пациентите:**

През 2016 г. Министерство на здравеопазването положи усилия за създаване на необходимите условия за развитие на нови интегрирани здравно-социални услуги, основани на най-добрите практики в страната и света.

В активна колаборация в МТСП, Уницеф и БЧК бяха планирани нови здравно-социални услуги както за деца, така и за възрастни пациенти, с акцент върху патронажните грижи и грижите за лица с физически, психически и ментални увреждания. *(Виж Приоритет 1).*

С цел изясняване на възможностите за взаимодействие със системата на първичната медицинска помощ, тази концепция бе обсъдена в рамките на Съвета „Партньорство за здраве“.

Последващото изпълнение на мярката и развитието на този нов вид услуги и тяхното интегриране в системата на здравеопазване е от ключово значение, тъй като не само ще подкрепи капацитета на първичната медицинска помощ, но и ще създаде условия за реформиране и реструктуриране на болничния сектор, особено на малките общински лечебни заведения, които могат да бъдат ангажирани и да предоставят качествени дългосрочни грижи, особено за възрастните хора в съответната общност. *(Виж мярка 2.5.6)*

**По мярка 2.4.7. Развитие на високоспециализирана медицинска помощ, в подкрепа на първичната медицинска помощ:**

Изпълнението на мярката в контекста на политиката на Националната здравна стратегия 2020, бе насочено в 2 основни направления, свързани както с гарантиране на устойчивостта на съществуващата система за специализирана извънболнична помощ, така и с разширяване на възможностите за ефективно използване на високотехнологичния болничен капацитет за предоставяне на специализирани диагностични и лечебни амбулаторни услуги, които не изискват болничен престой.

Във връзка с това през 2016 г. в приетата Национална здравна карта бяха определени необходимия брой лекари-специалисти в извънболничната помощ по специалности на областно, регионално и национално ниво.

Потребностите от лекари в специализирана извънболнична медицинска помощ бяха определени на база средни за страната показатели за осигуреност, покриващи обръщаемостта на населението към съответния вид медицински услуги. За определени тяснопрофилирани специалности в областите, в които е налице по-високо ниво на търсене на високоспециализирана медицинска помощ като София, Пловдив, Варна и др. бе определен по-висок коригиращ коефициент за покриване на нуждите на населението на регионално и национално ниво.

Общият брой на необходимите лекари-специалисти в извънболничната помощ, определен в НЗК е над 11 000. Анализът на данните от областните здравни карти показва, че този брой значително надвишава броя на работещите само в СИМП лекари-специалисти, тъй като над 50 % от лекарите, осъществяващи специализирана извънболнична помощ, работят и в лечебни заведения за болнична помощ.

Определените чрез НЗК потребности от лекари специалисти гарантират равнопоставен достъп на населението до този вид медицинска помощ и са основа за планиране на ресурсите, необходими за

нейното обезпечаване, в т.ч. чрез ползване на капацитета на болничните специалисти.

Освен това през 2016 г. МЗ продължи да поддържа политиката за разширяване на обхвата и обема на услугите, предоставяни в специализираната медицинска помощ.

С Решение № РД-НС- 04-24-1 на Надзорния съвет на НЗОК от 29 март 2016 г. бяха увеличени броя на направленията за специализирани медицински дейности – консултативни прегледи при специалисти и медико-диагностични дейности. Планирания от НЗОК обем дейности за осъществяване на първични и вторични специализирани прегледи при остри заболявания в извънболничната помощ бе увеличен значително (с над 450 000 първични и над 180 000 вторични прегледа). Данните за изпълнението на консултативните прегледи през годината показват, че с предвидените обеми през 2016 г. се наблюдава значително подобрене на достъпа на населението до лекари-специалисти. Аналогични са резултатите за изпълнението на обемите за медико-диагностични дейности през 2016 г.

През 2016 г. бе планирано и увеличение на средствата за специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) в бюджета на НЗОК за 2017 г. с почти 5% спрямо ЗБНЗОК за 2016 г. С планираните средства се осигурява запазване на увеличените през 2016 г. обеми за консултативни прегледи и изследвания, като се предвижда и осигуряване извършването на профилактични акушеро-гинекологични прегледи за жени на 30 годишна възраст с цел профилактика на злокачествено новообразованя на шийката на матката.

Във връзка със заложените в нормативната уредба нови ангажименти на системата за извънболничната медицинска помощ бяха планирани средства за медико-диагностичната дейност в размер на 77,5 млн. лв., което представлява

увеличение с над 7 млн. лв. спрямо ЗБНЗОК за 2016 г.

Важна стъпка за реализацията на мярката бе осъщественото чрез Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса извеждане на голям брой болнични дейности като амбулаторни процедури, които могат да бъдат осъществявани както в болнични заведения, така и в лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ с необходимите технологични възможности.

Друга законодателна стъпка, в подкрепа на мярката бе направено изменение в ЗЛЗ, с което се даде възможност на лечебните заведения за болнична помощ по чл.5 от ЗЛЗ (ведомствени болници) да осъществяват специализирана извънболнична помощ чрез своите диагностично-консултативни структури – кабинети, лаборатории и др. Тези промени дават възможност за ефективно използване на болничния капацитет и осигуряване на достъп на населението до специализирани медицински услуги, в т.ч. високо-технологични диагностични дейности, които трудно могат да бъдат осигурени в лечебните заведения за извънболнична помощ.

В унисон с това и цел развитието на възможностите за комплексно и интегрирано обслужване на пациенти с определени социално значими и редки заболявания отново чрез промени в ЗЛЗ бе създадена възможност към болниците да бъдат създавани на функционален принцип специализирани центрове за комплексни медицински грижи, основните функции на които да са свързани с прилагане и координиране на мултидисциплинарен подход при извършването на профилактика, диагностика, лечение, проследяване и рехабилитация на пациенти с конкретни заболявания. *(Виж мярка 2.5.4)*



## ПОЛИТИКА 2.5. ОПТИМИЗИРАНА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

### Преглед на политиката

Политиката си поставя за цел преодоляване на следните:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Неравномерно разпределена и фрагментирана болнична мрежа;
- ✓ Обвързване на финансирането на болниците с количеството, а не с качеството и резултата от болничните дейности;
- ✓ Ангажиране на болничен ресурс за дейности, които могат да се осъществяват в амбулаторни условия или в услуги за дългосрочни грижи.

Национална здравна стратегия 2020

В стратегията се посочва, че в болничния сектор на България през последните години се наблюдава бърз растеж, който създава значителни предизвикателства към устойчивостта на системата и ограничава средствата за покриването на потенциално по-ефективни разходи в други области – промоция на здраве и профилактика на болестите, развитие на първичната медицинска помощ и др.

Отчита се, че осигуреността с болнични легла в България е относително висока, но е съизмерима с други европейски страни с добре развита здравна система, т.е. основна причина за неефикасността на болничната система не е високият общ брой на болничните легла, а тяхната неефективна структура с превес на леглата за активно лечение и ниска осигуреност с легла за дългосрочна грижа, както и големия брой болници – (4,4 болници на 100 000 жители при 2,7 болници на 100 000 жители за ЕС).

Според стратегията за оптимизиране на болничния сектор е необходим широк обхват от интервенции, насочени към оптимизиране на мрежата от болниците за активно лечение и намаляване на броя на леглата в тях при запазване и

увеличаване на възможностите им за интензифицирано и високотехнологично лечение на остри заболявания при нарастване на подкрепящата роля на системата за извънболнична помощ, структурите за рехабилитация, продължително лечение и др.

Преструктурирането на болничния сектор изисква активна политика за преодоляване на нарастващите дисбаланси в достъпа на населението до болнична помощ и свръхконцентрацията на болнични мощности в определени центрове чрез механизмите на Националната здравна карта и въвеждане на ефективна регулация на процеса на разкриване на нови болници и болнични структури, както и стимули за окрупняване на болничните субекти чрез различни форми на обединения. Изключително високият брой лечебни заведения, много от които са специализирани и/или с малък капацитет, очертава значителен потенциал за консолидиране в сектора на основата на ефикасност и качество.

Основна цел на консолидацията в сектора е осигуряване на условия за осигуряване на пациентите на едно място и под един покрив на възможно най-голям обхват медицински услуги. Освен възможностите за комплексно обслужване на пациентите, тази консолидация ще осигури максимално ефективно използване на болничния капацитет.

Консолидирането на болничните услуги трябва да се осъществява паралелно с изпълнението на междусекторна стратегия за продължителни медицински грижи. Много малки и неефективни болници за активно лечение биха могли да бъдат преустроени в центрове за дългосрочни грижи, които да осигуряват цяла гама от социални и медицински грижи, в т.ч. на мобилни медицински грижи, на амбулаторни услуги, физиотерапия, услуги за дневни грижи и в известна степен грижи за отход и палиативни грижи (предоставяни както място, така и в домашна среда).

## Структура на системата

Системата за болнична помощ включва лечебни заведения за болнична помощ по чл.9 от ЗЛЗ и други лечебни заведения по чл.10 от ЗЛЗ – комплексни онкологични центрове, центрове за психично здраве, центрове за кожно-венерически болести, както и ведомствени лечебни заведения по чл.5 от ЗЛЗ със стационарна дейност.

Лечебните заведения имат различна форма на собственост – държавни, общински и частни и са равнопоставени по отношение на дейностите, които могат да осъществяват.

През 2016 г. общият брой на лечебните заведения за болнична помощ остава без съществени промени – 321 при 322 за 2015 г. Публичните лечебни заведения за болнична помощ (държавни и общински) са 210, а останалите, наречени условно частни – 111. През 2016 г. публичните болници намаляват с 2, а частните болници се увеличават с 3.

Освен тях стационарна дейност осъществяват и 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 5 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар.

В структурата на държавните и общински лечебни заведения за болнична помощ през 2016 г. доминират многопрофилните болници – 112 (при 114 през 2015 г.), следвани от специализираните болници – 65 (при 67 през 2015 г.). Специфичен дял в структурата на болничните заведения заемат 12 държавни психиатрични болници.

Данните на СЗО ([www.data.euro.who.int](http://www.data.euro.who.int)) от декември 2015 г. сочат, че в страните от ЕС болниците са 2.7 на 100 000 жители, а броят на „острите“ легла в е 424 на 100 000 жители. В България болниците са 4.5 на 100 000 жители, а броят на острите легла към същият период е 522 на 100 000 жители

През 2016 г. лечебните заведения за болнична помощ разполагат всичко с 49

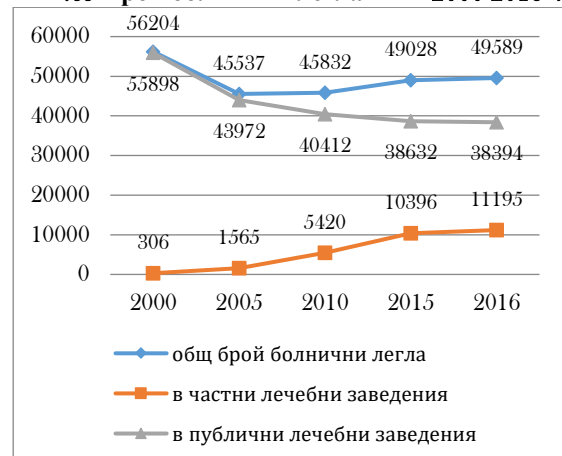
589 болнични легла при 49 028 за 2015 г., като увеличението е за сметка на увеличението на леглата в частния болничен сектор.

При държавните и общински болници се наблюдава минимално увеличение на леглата в многопрофилните болници – 25 353 легла при 25 283 легла за 2015 г. В останалите видове държавни и общински болници леглата намаляват – 7 121 в специализирани болници (7 361 легла през 2015 г.) и 2 225 в психиатричните болници (2 383 през 2015 г.). Броят на леглата в болниците за продължително лечение и рехабилитация намалява незначително в сравнение с 2015 г. – от 4 039 на 4021 легла.

През 2016 г. продължава тенденцията на нарастване на броя на леглата в частния болничен сектор – от 10 396 легла през 2015 г. (в 108 лечебни заведения) до 11 195 легла през 2016 г. (в 111 лечебни заведения).

Това е устойчива тенденция, при която за периода 2000-2016 г. относителния дял на леглата в частните болници нараства от 0,00005% до 22,6 % от общият брой болнични легла. За същият период броят на леглата в публичните болници намалява с 31% (17 504 легла) (фиг.69)

Фиг.69 Брой болнични легла в РБ 2000-2016г.



Източник: НЦОЗА

Броят на разкритите легла в другите лечебни заведения (КОЦ, ЦПЗ, ЦКВЗ)

през 2016 г. намалява до 2 227, при 2 905 за 2015 г.

В резултат на настъпилите промени осигуреността на населението с болнични легла през 2016 г. нараства на 73.0 на 10 000 души при стойности на показателя 72,6 на 10 000 души през 2015 г. (Приложения - таблица 3).

Над половината от общия болничен леглови фонд (57.91%) е концентриран в 7 области - София-столица (20.51%), Пловдив (12.85%), Стара Загора (5.60%), Бургас (5.37%), Варна (5.17%), Пазарджик (4.53%), Плевен (3.88%).

В структурата на болничните легла към 31.12.2016 г. по видове (в съответствие с използваната в Евростат статистическа групировка) най-голям относителен дял - 81.7% имат леглата за активно и интензивно лечение, което формира осигуреност на населението 55.3 на 10 000 души на базата на 39 295 легла.

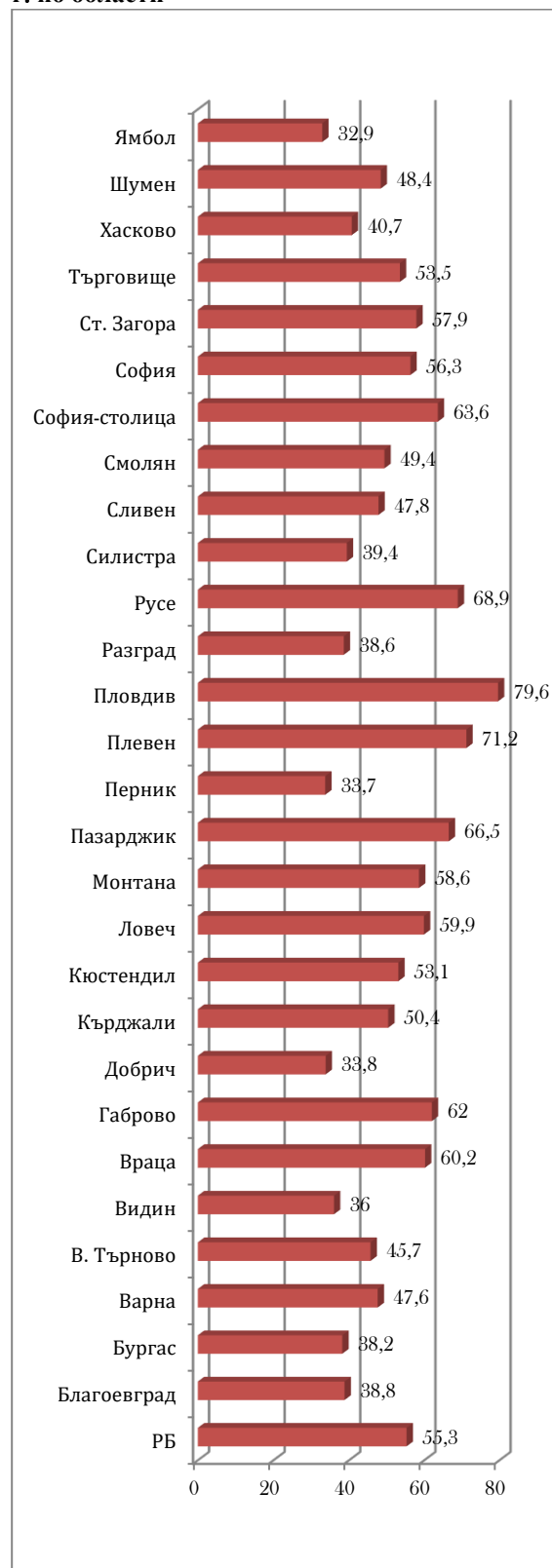
Леглата за дългосрочна грижа са 2 461 (5.1%) при ниска осигуреност на населението - 3.5 на 10 000 души. Леглата за рехабилитация са 6 365 (13.2%) при осигуреност 9.0 на 10 000 души.

По области се наблюдават значителни различия на показателите за осигуреност с болнични легла и структура на легловия фонд. С най-висока осигуреност с болнични легла на 10 000 души през 2016 г. са област Смолян - 93.0, област Пловдив - 92.1, област Стара Загора - 83.8, област Пазарджик - 83.6. Най-ниска е осигуреността с болнични легла на населението в област Ямбол - 35.6 на 10 000 души, област Перник - 38.5, област Добрич - 40.9, област Видин - 41.1

Особено значими за неравнопоставеността на населението в различните области и региони на страната по отношение на достъпността и своевременността на болничната помощ са различията в осигуреността с легла за активно и интензивно лечение, които варират от 30 на 10 000 души в област Видин до

79,6 на 100 000 в област Пловдив. (фиг.70)

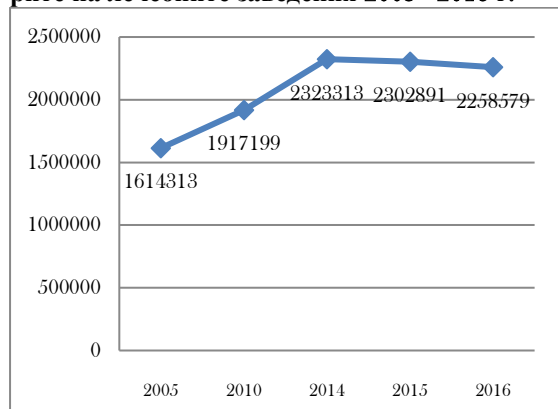
**Фиг.70 Осигуреност с легла за активно и интензивно лечение на 10 000 души през 2016 г. по области**



## Дейност

Статистическите данни за броят на хоспитализираните случаи (в т.ч. рехоспитализации) в стационарите на лечебните заведения непрекъснато нараства до 2014 г. През 2005 г. те са били 1 614 313 (20 857.0‰), като броят им достига 2 323 313 през 2014 г. След 2014 г. се наблюдава намаляване на броя на хоспитализираните случаи, като за 2016 г. той е 2 258 579 (31 686.8‰) или намаление с над 2%. (Фиг.71)

**Фиг.71 Хоспитализирани случаи в стационарите на лечебните заведения 2005 - 2016 г.**



Източник: НЦОЗА

Най-голям е броят на хоспитализираните случаи на 100 000 население сред лицата над 65-г. (54 847.2), следва групата на лицата от 18 до 64 г. (25 915.8) и най-нисък е при децата от 0 до 17 г. – 2 пъти по-нисък от този над 65 г.

По данни на НЦОЗА броят на хоспитализираните случаи в лечебните заведения за болнична помощ, комплексни онкологични центрове (КОЦ), центрове за психично здраве (ЦПЗ) и центрове за кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ) през 2016 г. е 2 163 363 или 95,8% от всички хоспитализирани случаи.

Останалите хоспитализации (4,2%) са осъществени в стационарите на ведомствени болници и др. лечебни заведения. Хоспитализираните случаи по клинични пътеки през 2016 г. е 2 053 719 (при 2 062 296 през 2015г.). Почти половина-

та от тези случаи - 984 424 (48 %) са извършени в лечебни заведения в 3 области – София (529 936), Пловдив (332 868 и Варна (121 620).

Освен тях са изпълнени 50 546 клинични процедури преди, по-време или след болничното лечение по клинични пътеки.

Тук следва да се има предвид факта, че през 2016 г., в резултат на приемането на Наредба № от 25.03.2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, голяма част от болничните дейности бяха извени като амбулаторни процедури без болничен престой.

През 2016 г. броят на реализираните амбулаторни процедури по данни на НЗОК е 378 876. (от които 161 534 диализни процедури).

Това дава основание да се направи извода, че в предходните години голям брой случаи, отчитани като хоспитализации, са били свързани с осъществяване на дейности, които могат да се извършват амбулаторно.

Всъщност анализът на хоспитализациите през 2013 г. сочи, че най-малко 20 % от болничните процедури, провеждани в България, биха могли да се провеждат в извънболнични условия (Световната банка, 2013 г.). Независимо от това, секторът на болничната помощ продължава да нараства след 2013 г.

Съществуват различни обяснения за големия брой потенциално предотвратими хоспитализации, включително фактът, че достъпът до извънболнична помощ в някои региони е ограничен; финансови стимули насърчават болниците да приемат повече пациенти; ограниченията за някои направления за диагностициране в извънболничната помощ; както и това, че пациентите предпочитат болничната помощ пред условията на извънболнична помощ.

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Броят на проведените леглодни в болниците през 2016 г. намалява незначително - от 10 974 259 през 2015 г. на 10 826 078 през 2016 г.

Средният престой на 1 болен намалява от 5.2 на 5.1 дни, като за легла за активно и интензивно лечение е 4.0 дни, в т.ч само на интензивни легла - 2.7 дни, легла за дългосрочни грижи - 13.7 и за рехабилитация - 7.4 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен се запазва значително по-нисък - 3.9 дни.

През 2016г. използваемостта на болничните легла продължава тенденцията на намаляване и достига до 241 дни (66%), като най-ниска е в частните болници - 220 дни (60%). Най-висока е използваемостта на леглата в специализираните болници за активно лечение - 255 дни (70%).

Данните показват, че през 2016 г. над една трета (34%) от легловия фонд е останал неизползван, т.е. фактически използваните на 100% болнични легла са около 40 000, от които 32 000 легла за активно лечение.

### Финансиране

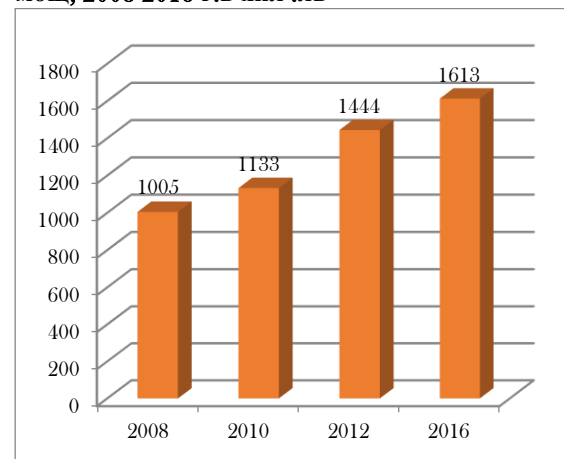
Финансирането на болничната помощ се осъществява от НЗОК, МЗ (за дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване), застрахователни дружества, преки плащания от пациенти и др.

България изразходва по-голямата част от ограничените си ресурси за лекарствени продукти и болнична помощ. Освен това секторът на болничната помощ е сравнително голям като дял от общите разходи за здравеопазване (34 % спрямо 29 % в ЕС), докато делът на разходите за извънболнична помощ (18 %) е най-малък в ЕС.

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

През 2016г. за закупената и заплатена от НЗОК медицинска помощ, здравноосигурителните плащания за финансиране на болнична медицинска помощ в размер 1 613 555,6 хил. лв. или 50,1% от всички здравноосигурителни плащания. С тези средства е изплатена дейността по клинични пътеки, високоспециализирани медицински дейности, клинични процедури и процедури за периода м. декември 2015 г. - м. ноември 2016 г. Разходите са се увеличили с 89 673,2 хил. лв. или с 5,9% спрямо изплатените 1 523 882,4 хил. лв. за аналогичен период през предходната 2015 г. През 2016 г. на изпълнителите на БМП са заплатени общо 3 092,1 хил. дейности, което е със 152,8 хил. дейности или с 5,2% повече от заплатените през 2015 г.

Фиг. 72 Разходи на НЗОК за болнична помощ, 2008-2016 г. в хил. лв



Освен за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги са разходвани 289 734,5 хил. лв. (в т.ч. 4 604,8 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 9,0% от всички здравноосигурителни плащания.

За финансиране на медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ (МИ) - в размер 80 225,6 хил. лв. (в т.ч. 3 115,1 хил. лв. трансфер за ведомствени болници) или 2,5% от всички здравноосигурителни плащания.

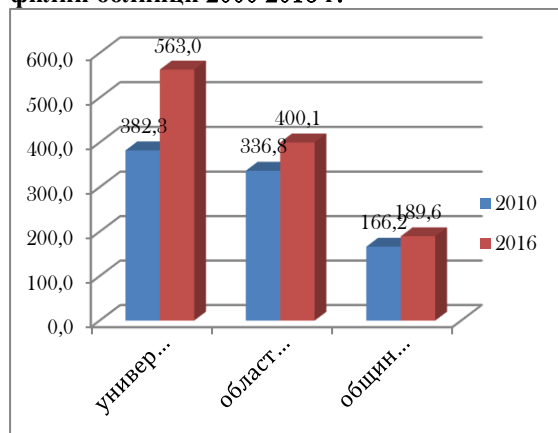
През 2016 г. МЗ е предоставило на лечебните заведения за болнична помощ (публични и частни) субсидии в размер на 84,68 млн. лв., с които са заплатени медицински дейности, финансирани от държавния бюджет, в т.ч. за оказване на спешна медицинска помощ в спешните отделения, високотехнологични методи на лечение (терапевтична афереза; ендоваскуларно лечение и др.), лечение на пациенти с психични заболявания, туберкулоза; инфекциозни заболявания; медицинска експертиза от ТЕЛК и др.

Субсидиите за болнична помощ представляват 18,5 % от общия обем отчетени разходи от Министерство на здравеопазването за 2016 г. МЗ финансира чрез държавния бюджет и държавните психиатрични болници, като за 2016 г. осигурените средства са 24 млн. лв.

### Приходи и разходи в публичните болници

Общият размер на приходите в публичните болници през 2016 г. е 1 700 248 549 лв. В сравнение с 2010 г. приходите в публичния болничен сектор са нараснали с 25 % (1 361 419 322 лв. за 2010г.). (фиг.73)

**Фиг.73 Приходи в публичните многопрофилни болници 2000-2016 г.**



Източник: НЦОЗА

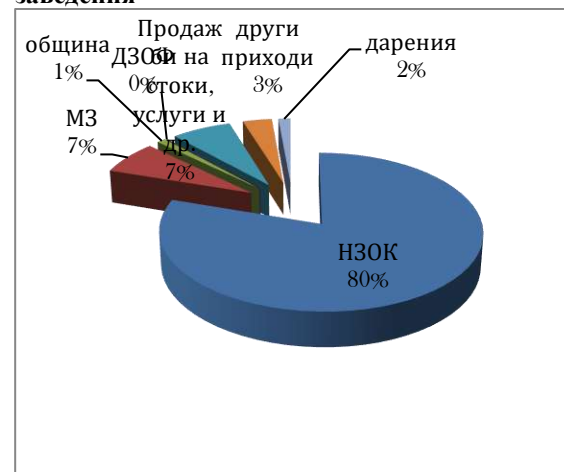
Нарастването на приходите не е равномерно, като при многопрофилните болници най-значимо е увеличението в

университетските болници с високи нива на компетентност, а най-ниско при общинските.

В структурата на приходите на публичните болници (държавни и общински) през 2016 г. приходите от НЗОК съставляват 80% от всички приходи. Приходите от МЗ са 7 %, а приходите от продажби на стоки и услуги (т.ч. преки плащания от пациентите) е 6,4%.

Приходите от общините са едва 1% и са по-малко от приходите от дарения (1,4%).

**Фиг.74 Структура на приходите по източници на финансиране в публичните лечебни заведения**



Източник: НЦОЗА

В общинските МБАЛ приходите от общините са най-големи - 3,4 % от всички приходи на лечебните заведения.

Разходите на публичните болнични заведения през 2016 г. по данни на НЦОЗА съгласно единна методика за разделно отчитане на разходите на лечебните заведения са 1 705 882 721 лв.

В структурата на разходите в публичните болнични заведения през 2016 г. най-висок е относителният дял на разходите за персонала, (47%), като е налице сериозна вариация в различните видове лечебни заведения - 43% в университетските, 55 % в областните и 63% в общинските болници. Висок е относителният дял на средствата за медикаменти - 32,43 %. (фиг.75)

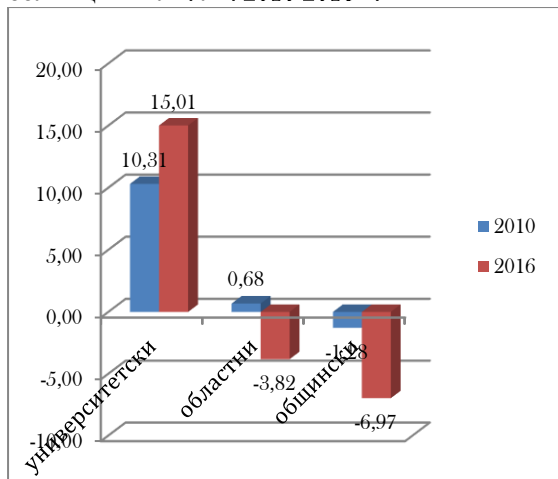
**Фиг. 75. Структура на разходите в публичните лечебни заведения за болнична помощ, 2016 г.**



Източник: НЦОЗА

Сравнителният анализ на приходите и разходите в най-големият болничен сектор – многопрофилните болници за активно лечение показва, че през 2010 г. е бил налице положителен баланс между приходи и разходи в групата на университетските и на областните болници, докато при общинските болници разходите са надвишавали реализираните приходи (-1,28 млн.) (фиг.76).

**Фиг.76 Динамика на разликата между приходи и разходи в публичните многопрофилни болници в млн. лв. 2010-2016 г.**



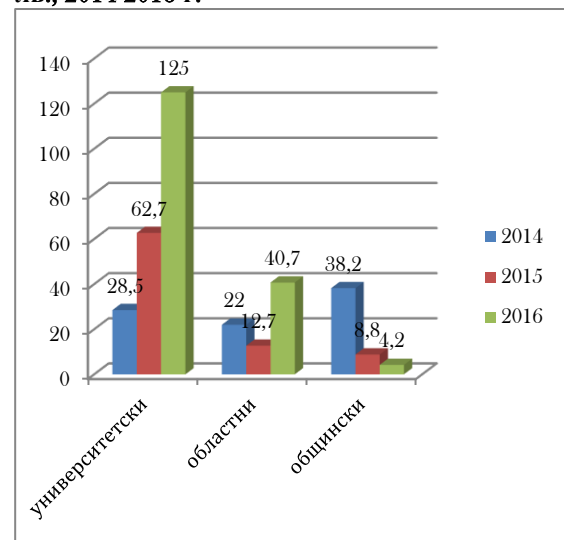
Източник: НЦОЗА

През 2016 г. положителния баланс между приходи и разходи при университетските болници се запазва (15 млн. лв.), но в групата на областните болници

разходите надвишават приходите с 3,82 млн. лв. В групата на общинските болници отрицателният баланс се задълбочава (до - 6,97 млн. лв.).

През 2016 г. са реализирани значителен по размер капиталови разходи, като най-значителен е ръстът на тези разходи в университетските многопрофилни болници, свързан основно с осигуряване на високотехнологична апаратура за диагностика и лечение.

**Фиг.77 Размер на капиталовите разходи в публичните многопрофилни болници в млн. лв., 2014-2016 г.**

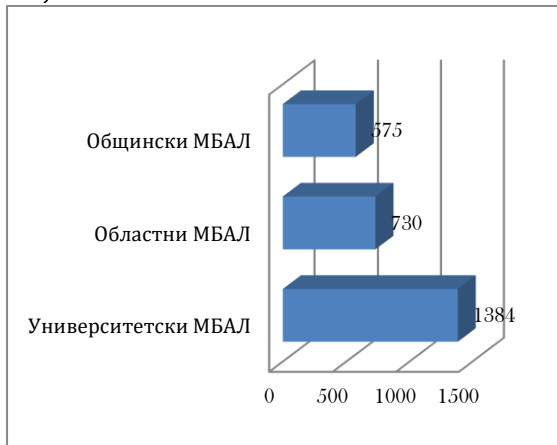


Източник: НЦОЗА

Анализът на икономическите показатели на публичните лечебни заведения през 2016 г. показва, че средният разход на 1 болнично легло, (независимо дали е заето или не е) варира значително в зависимост от вида на лечебното заведение - от 70 067 лв. в университетските болници до 25 969 лв. в общинските болници.

Аналогични са данните за показателя среден разход на 1 преминал болен в различните лечебни заведения. При многопрофилните болници за активно лечение той варира от 1384 лв. в университетските болници, 730 лв. в областните болници и 575 лв. в общинските болници (фиг.78).

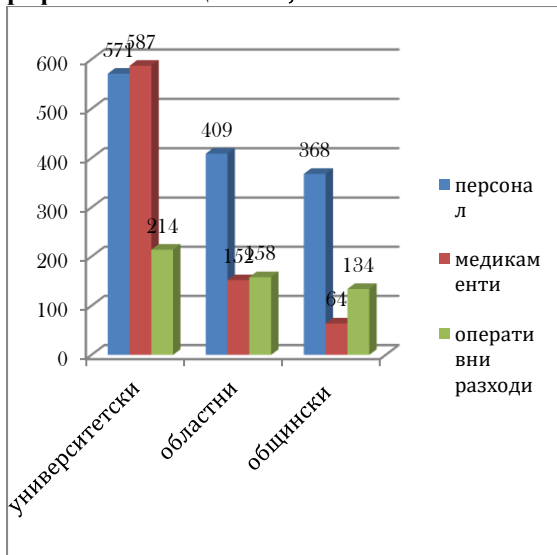
**Фиг.78 Среден разход на 1 преминал болен в лв., 2016 г.**



Източник: НЦОЗА

По-показателни са данните за структурата на разходите, формиращи стойността на средния разход на 1 преминал болен, от които се вижда, че основната причина за различията са разходите за медикаменти. (фиг.79)

**Фиг.79 Разходи по видове в средния разход на 1 преминал болен в публичните многопрофилни болници в лв., 2016 г.**



Източник: НЦОЗА

Докато в университетските болници средният разход за медикаменти за 1 преминал болен е 587 лв. (43,3% от всички разходи), то в общинските болници средният разход за медикаменти за 1 преминал болен е едва 64 лв. (11,1%) или 9 пъти по-малък. При среден престой от 4,9 дни в общинските

болници, това формира среден разход за медикаменти за 1 болен на ден в размер на 13 лв. Средният разход за медикаменти дневно в университетските болници (при среден престой от 5,2 дни) е 124 лв.

Средният разход за персонал за 1 преминал болен в 3-те категории публични многопрофилни болници не показва толкова значими различия – 571 лв. (110 лв. на ден) в университетските болници, 409 лв. (84 лв. на ден) в областните болници и 368 лв. (75 на ден) в общинските болници.

Аналогични са съотношенията по отношение на оперативните разходи за 1 преминал болен.

Сравнителният анализ на данните за приходите и разходите и икономическите показатели на публичните болнични заведения показва, че общинските болници значително изостават в икономическо отношение, налице е намаление на разходите за технологично обновяване и за медикаменти, имащи пряко отношение върху обема и качеството на медицинската помощ, като за сметка на това нараства дела на разходите за персонал и административни разходи. Областните болници все още показват относително стабилно финансово състояние като обща група, но вече се наблюдават негативни тенденции, като в отделни лечебни заведения тези тенденции са особено изразени.

### Приходи и разходи в частните лечебни заведения

Липсва систематична информация за общият размер и структурата на приходите и разходите на частните лечебни заведения за болнична помощ, въпреки че основен източник на приходи и при тях се явява Националната здравноосигурителна каса.



## Дейност по изпълнение на политиката

### По мярка 2.5.1. Въвеждане на задължителна Национална здравна карта, отчитаща потребностите на населението от медицинска помощ по видове – съобразно възрастова структура, заболяемост, болестност, смъртност, детска смъртност и др.:

С предложения от МЗ и приет от Народното събрание на РБ ЗИД на ЗЛЗ в (сила на 22.09.2015 г.) бе създаден нормативен механизъм за въвеждане на Национална здравна карта със задължителен характер, чрез която да се определят на териториален принцип потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ на областно, регионално и национално ниво. Този подход имаше за цел да оптимизира механизмите за планиране на медицинските дейности, в т.ч. на болничната помощ на съобразно нуждите на националната система на здравеопазване.

На 22.10.2015 г. бе утвърдена Методиката за разработване на областните здравни карти и съставите на областните комисии, които да разработят и представят областните здравни карти за 28 области на територията на страната. В областните здравни карти бе систематизирана информация за здравнодемографските характеристики на населението и състоянието на здравната мрежа в съответната област.

През периода ноември 2015 г. - март 2016 г. бе извършен задълбочен анализ на наличната информация в областните здравни карти и бе разработена методология за разработването на Националната здравна карта, в която бяха използвани показатели за осигуреност на населението с медицински специалисти и болнични ресурси, в т.ч. болнични легла по видове и медицински дейности, както и високотехнологични методи за диагностика и лечение и достъп до сис-

темата за спешна медицинска помощ. Цялата налична информация бе предоставена на Националната комисия по изготвяне на Националната здравна карта, в която участват представители на съсловните и пациентски организации, общини, НЗОК и др. Комисията одобри първоначален проект на Национална здравна карта, който бе представен за широко обществено обсъждане. Организиран бяха срещи на областно ниво с всички заинтересовани страни, на които въпросите, свързани с изготвянето и прилагането на НЗК бяха дискутирани. На база на проведеното обществено обсъждане бе изработен окончателния проект на Националната здравна карта.

На 24 март 2016 г. Правителството прие първата Национална здравна карта на Република България със задължителен характер.

С цел гарантиране на равномерен и съответстващ на потребностите на населението достъп до всички нива на системата за болнична помощ в НЗК бе определен необходимият брой болничните легла по медицински дейности и нива на компетентност на съответните структури. При определяне на потребностите от болнични легла за всяка област бяха отчетени спецификата на здравно-демографска структура, използваемостта на наличните легла и преминали пациенти, в т.ч. и от други области на страната и др.

Общият брой на определените в НЗК болнични легла е 52 099. Най-голям дял от тях са планираните легла за активно лечение (35 855 легла), формиращ относително висока осигуреност от 4,9 на 1000 души, при средно за ЕС 4,2 на 1000 души.

България има една от най-големите бройки легла за активно лечение в ЕС с 6,0 легла на 1 000 души население (2015 г.) в сравнение със средно 4,2 за ЕС.

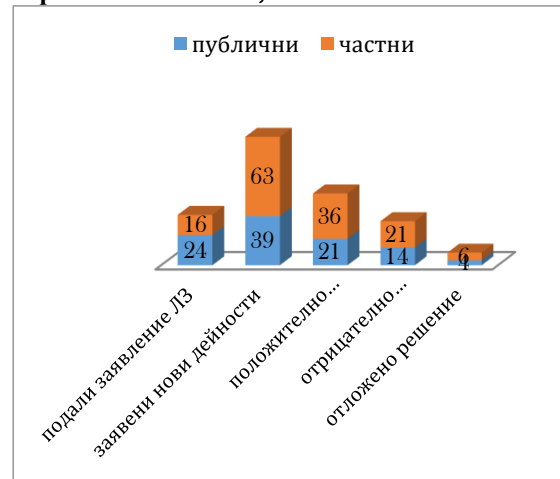
State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

Броят на т.н. „други“ легла, включващи легла за дългосрочна грижа, физиотерапия и рехабилитация и психиатрични легла, определен като потребност в Националната здравна карта е 16 244, в т.ч. 6230 легла за дългосрочни грижи (продължително лечение, палиативни грижи и др.). По отношение на леглата за дългосрочна грижа, физиотерапия и рехабилитация и психиатричните легла, определената потребност в НЗК надвишава значително наличните легла, с което се създават предпоставки за развитие на тези дейности, в т.ч. и чрез реструктуриране на активни болнични легла, за покриване на нарастващите потребности от дългосрочни грижи в резултат на застаряване на населението.

НЗК съдържа и сравнителен анализ на определените потребности от болнични легла и наличния капацитет на болничната мрежа по области и региони на страната, който показва значителни отклонения, особено по отношение на определени видове медицински дейности. Общо за страната се установява известен недостиг на педиатрични легла, легла за дългосрочни грижи, оптимална осигуреност с интензивни и акушеро-гинекологични легла и излишък на терапевтични и хирургични легла.

В Националната здравна карта бяха определени и видовете болнични дейности, които се планират на регионално и национално ниво, в т.ч. високотехнологични методи на диагностика и лечение. След приемане на НЗК, Националната комисия по нейното разработване изпълняваше своите функции по чл.37 от Закона за лечебните заведения, като за 2016 г. заявление за становище относно наличие на потребност съгласно НЗК и възможност за сключване на договор с НЗОК са подали 40 лечебни заведения за болнична помощ, заявили инвестиционно намерение за разкриване на 102 нови медицински дейности. (фиг. 70)

Фиг.70 Дейност на Националната комисия по изработване на НЗК, 2016 г.



Източник: МЗ

От тях комисията се произнесла с положително становище, на база установена потребност, съгласно НЗК, за 57 нови дейности, от които 36 в публични лечебни заведения и 21 в частни – например разкриване на дейност по ендovasкулярно лечение и кардиохирургия в МБАЛ „Сърце и мозък“ Плевен, инвазивна диагностика и/или ендovasкулярно лечение в УМБАЛ-Русе АД и др. Всички разрешени дейности са в региони, където има установена потребност от съответната болнична дейност за гарантиране на достъпа на населението до своевременна помощ.

Комисията е дала 35 отрицателни становища по искания за осъществяване на болнични дейности в области, където такива дейности са налични и капацитетът на съществуващата лечебна мрежа отговаря на потребностите на населението.

По този начин НЗК още през първата година показва своята ефективност като механизъм за преодоляване на дисбалансите и свърхкапацитетът на болничните ресурси по обосноваване на потребностите на населението начин.

За осигуряване на ефективен мониторинг на броя и използваемостта на болничните легла по видове и нива на компетентност през 2016 г. бяха направени промени в Наредба № 49 от 2010 г. за

основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи. Чрез тях ясно са дефинирани и класифицирани отделните видове легла в клиниките и отделенията, в зависимост от вида на осъществяваните медицински дейности, което осигурява унифицираност и съпоставимост на данните за наличния болничен капацитет. Регламентирано бе, че краткосрочните медицински дейности без непрекъснат 24-часов престой, осъществявани като амбулаторни процедури и „дневен стационар“ се отчитат на „места за краткосрочен престой“, които не се включват в броя на болничните легла.

С оглед осигуряване на достъпа и задоволяване на потребностите на населението до болнична помощ, е регламентирано задължение за лечебните заведения за болнична помощ да поддържат постоянен брой легла през цялата година, като могат да променят броя на разкритите легла веднъж годишно в периода от 1 до 31 януари, с изключение на случаите, когато в тях се разкриват нови медицински дейности.

Чрез промените бе създаден механизъм за наблюдение на броя и използваемостта на разкритите и използвани легла и места за престой в болниците, като част от механизма за наблюдение за задоволяване на потребностите от болнична медицинска помощ, определени с НЗК. Бяха въведени категориите „разкрити“, „осигурени“, „фактически заети“ и „свободни“ легла/места за краткотраен престой.

Регионалните здравни инспекции бяха задължени ежегодно на извършват анализ извършват на използваемостта на болничните легла по видове и медицински дейности в лечебните заведения в областта и го представят на министъра на здравеопазването. Обобщените доклади на РЗИ се предоставят на Нацио-

налната комисия по изготвяне на Националната здравна карта за преценка на необходимостта от частична актуализация на Националната здравна карта.

Изготвените от РЗИ доклади за използваемостта на болничния капацитет през 2016г. показват ниска използваемост на леглата, особено за отделни лечебни заведения и видове легла и обосновават необходимостта от по-активно прилагане на механизмите на Националната здравна карта, заложи в Закона за лечебните заведения.

**По мярка 2.5.2. Развитие на модела за оценка на качеството в лечебните заведения чрез въвеждане на задължителна акредитация на лечебните заведения за болнична помощ, които желаят да ползват публични средства:**

Поради отхвърляне от НС на законодателните предложения на МЗ за въвеждане на изискване за наличие на положителна акредитационна оценка на лечебните заведения, ползващи публични средства от НЗОК, изпълнението на мярката изостава.

Въпреки това през 2016 г. по-голяма част от болничните заведения (публични и частни) имат акредитационна оценка, предвид обвързаността ѝ с правото болниците да бъдат база за обучение за студенти и специализанти.

Независимо от характера на акредитационната процедура (задължителен или не), по отношение на достъпа до публични ресурси, са необходими последващи действия за подобряване на качеството на акредитацията, която през годините се наложи като специфичен механизъм за контрол и оценка на структурните и организационни предпоставки за осигуряване на качество на медицинската помощ и за установяване на възможности за бъдещи подобрения. *(Виж мярка 2.8.1)*

**По мярка 2.5.3. Създаване на механизми за осъществяване на конкурентен подбор на базата на обективни и прозрачни критерии при избора на изпълнители на медицински услуги, финансирани с публични средства:**

Във връзка с промените в ЗЛЗ от 2015 г., с които бе създадено основание за селективен подбор от страна на НЗОК на изпълнители на болнична помощ в областите, в които има излишък на болнични легла съгласно Националната здравна карта, с Постановление № 45 на Министерския съвет от 2016 г. бе приета Наредба за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори.

Съгласно наредбата НЗОК прави подбор на лечебните заведения, с които да сключи договор за дадена дейност въз основа на оценяване и класиране по пакет от критерии, включващи както общи критерии за лечебното заведение, така и специфични за конкретната медицинска дейност. За всеки отделен критерий бяха определени индикатори, по които да се извършва обективна оценка на базата на брой точки съгласно определени стойности на измерване на изпълнението на всеки индикатор. Критериите са ориентирани към оценка на болничния капацитет и възможностите за качествена, своевременна и непрекъсната медицинска помощ, в т.ч. при спешни състояния. Част от критериите и индикаторите са ориентирани към оценяване на възможностите за комплексно лечение „под един покрив“ на пациентите. Наредбата дава възможност група лечебни заведения да бъдат оценявани като обединение, с което се създават стимули за създаване на болнични обединения.

То този начин чрез изпълнението на мярка 2.5.1 и 2.5.3 на НЗС бе въведен механизъм за планиране и осигуряване на медицинските дейности, заплащани с

публичен ресурс на териториален принцип, съобразно потребностите на населението и нуждите на националната система на здравеопазване.

„През 2015 г. бяха въведени националната и регионалните здравни карти като инструмент за определяне на потребностите на населението от извънболнична (или амбулаторна) и болнична помощ. Година по-късно Министерски съвет определи правилата и критериите, по които регионалните подразделения на НЗОК могат селективно да сключват договори с болниците. Тази формална стъпка беше изключително важна, тъй като даде на картите практически смисъл. През май 2017 г. Върховният административен съд отмени тези критерии въз основа на административни и по-скоро технически причини. Това решение, съчетано с несигурността около политиките на новоизбраното правителство (март 2017 г.), увеличава риска от значително забавяне в изпълнението.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

**По мярка 2.5.4. Стимулиране на създаването на болнични обединения с цел осигуряване на комплексно обслужване на пациентите и ефективно използване на болничните ресурси;**

Реализацията на мярка 2.5.4. е пряко свързана с въвеждането на Националната здравна карта и прилагане на въведения механизъм за селективен подбор при сключване на договор от страна на НЗОК. (Виж мерки 2.5.1. и 2.5.3.)

Освен тях отношение към реализацията на мярката през 2016 г. имат промените в редица подзаконови нормативни актове:

През 2016 г. с новата Наредба № 2 за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса се регламентира пакет „комплексно лечение“, състоящ се от отделни клинични пътеки и процедури, свързани с цялостното лечение на определени групи за-

болявания. За този пакет НЗОК следва да сключва договор само при осигурени възможности за осъществяване на всички дейности по пакета. Изпълнителите на пакет „комплексно лечение“ следва да осигурят самостоятелно или чрез договори или обединения с други лечебни заведения всяка една отделна част от цялостния процес на лечение.

През 2016 г. в пакета бе включено лечението на всички злокачествени заболявания (в т.ч. онкохематологични), кожно-венерическите болести, тежкопротичащи възпалителни ставни заболявания и редки болести.

С наредбата бяха въведени и нови клинични пътеки за продължаващо лечение и рехабилитация след активно лечение на прекарани остри или изострени хронични заболявания.

Аналогичен подход бе приложен по отношение на дейностите, свързани с лечение на психичните заболявания, заплащани от МЗ.

По този начин бяха създадени предпоставки за стимулиране на болниците да развиват капацитет или да търсят партньорства за затваряне на целият цикъл на диагностика и лечение на заболяванията в техният предмет на дейност.

В подкрепа на това бяха направени промени ЗЛЗ и в Наредба № 49 от 2010 за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи г., в която бяха регламентирани условията и реда за предоставяне на дейности по комплексни медицински грижи за определени заболявания (в т.ч. психични, кожно-венерически и онкологични заболявания и за деца с увреждания и хронични заболявания) в болници за активно лечение.

В изпълнение на мярката бяха предприети и конкретни стъпки за консолидиране на болнични структури, държавна собственост:

✓ Създадено бе гражданско дружество „УБ-9“ между следните 9 лечебни заведения: „СБАЛ по белодробни болести „Св. София“ ЕАД, „УСБАЛ на инфекциозни и паразитни болести „Проф. И. Киров“ ЕАД, „УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕАД, „СБАЛ на детски болести „Проф. И. Митев“ ЕАД, „СБАЛ по лицево-челюстна хирургия“ ЕООД, „УМБАЛ „Александровска“ ЕАД, „УМБАЛ „Св. Екатерина“ ЕАД, „УСБАЛ по ендокринология „Акад. И. Пенчев“ ЕАД и „СБАЛ по акушерство и гинекология „Майчин дом“ ЕАД, които се намират на територията на бившата Медицинска академия, с цел оптимизиране на административно-стопанските дейности на деветте лечебни заведения.

✓ „Специализирана болница за активно лечение на детски онкохематологични заболявания“ ЕООД бе преобразувана чрез вливане в УМБАЛ «Царица Йоанна - ИСУЛ» ЕАД. Обединението е продиктувано от факта, че двете лечебни заведения осъществяват сходен предмет на дейност в областта на лечението на онкологични заболявания и се намират в една и съща сграда. По този начин се освобождават финансови ресурси от административната издръжка на двете структури и този ресурс се пренасочват за лечение на пациентите и възнаграждения на квалифицирания персонал.

По сходни причини бяха предприети действия и по вливане на „БУЛ ПРО“ ЕАД в „СБАЛ по ортопедия „Б. Бойчев“ ЕАД.

Последващите действия за реализация на мярката са свързани с анализ на ефектите от предприетите действия и разширяване на стимулите, механизмите и управленските решения за консолидиране на болничния сектор, без това да наруши достъпа на населението на необходимата медицинска помощ.

**По мярка 2.5.5. Стимулиране на процеса на преобразуване на леглата за активно лечение в легла за продължително лечение, както и развитие на едnodневната хирургия, дневните стационари, амбулаторната дейност и др.:**

Реализацията на мярка 2.5.5. е пряко свързана с изпълнението на мярка 2.5.1. по изготвяне на Националната здравна карта, както и с реализацията на мярка 2.5.3. за прилагане на селективен подбор при сключване на договор от страна на НЗОК.

Основно значение за реализацията на мярката има приетата Наредба № 2 за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Въведените с наредбата регламенти бяха насочени основно към разширяване на обема на дейностите от обхвата на извънболничната медицинска помощ и извеждане на болнични дейности, които могат да бъдат осъществявани в амбулаторни условия, както и към разширяване на обхвата на дейностите по продължително лечение *(Виж мярка 2.1.14.)*

Това даде възможност повече болнични дейности да бъдат трансформирани в дейности по „едnodневна хирургия“, „дневен стационар“ или амбулаторна дейност, без продължителен болничен престой.

Така бяха създадени финансови стимули за болниците да освобождават леглови фонд и да трансформират легла за активно лечение в места за краткотраен престой или легла за продължително лечение.

Допълнителен механизъм за подкрепа на този процес за общинските болници в отдалечени и труднодостъпни райони е въведеното чрез Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2016г. финансиране на дейности по продължително лечение за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

В унисон с политиките, насочени към оптимизиране на болничния сектор, през 2016 г. бяха направени промени в Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи. Регламентирано бе, че краткосрочните медицински дейности без непрекъснат 24-часов престой, осъществявани като амбулаторни процедури и „дневен стационар“ се отчитат на „места за краткосрочен престой“, които не се включват в броя на болничните легла.

С наредбата бе дадена и възможност през 2016 г. в областите, в които има установен недостиг на легла за дългосрочна грижа, лечебните заведения да могат да разкриват легла за продължително лечение и палиативни грижи в рамките на разкритите структури за активно лечение, т.е. да трансформират част от активните легла в легла за продължително лечение.

По този начин бяха осигурени комплексни условия за преструктуриране и адаптиране на болничния капацитет спрямо потребностите на населението.

**По мярка 2.5.6. Преструктуриране на ЛЗБП с ограничени или липсващи възможности за поддържане на ниво на компетентност и развитие:**

В изпълнение на мярката са създадени няколко механизма за преструктуриране на болници с ограничени или липсващи възможности за поддържане на ниво на компетентност и развитие, които следва да бъдат развивани в бъдеще.

Първият от тях е свързан с осигурената възможност за разкриване на структури и осъществяване на дейности по продължително лечение, заплащани от НЗОК. *(Виж мярка 2.5.5.)*

Вторият механизъм е свързан с адаптирането на здравната система към здравнодемографските промени и генерира-

ните от тях потребности на застаряващото население от дългосрочни грижи. През 2016 г. МЗ активно участва при разработването на проекта на План за действие за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа, съвместно с МТСП, НСОРБ и други организации от неправителствения сектор. Целта на разработвания проект бе да бъдат регламентирани и нови видове здравно-социални услуги, част от които да бъдат изпълнявани и от лечебни заведения. Това би създало условия за реструктуриране на болници с ограничен или липсващ капацитет за извършване на активно лечение, който да бъде използван за осъществяване на различни видове услуги по дългосрочни грижи.

В тази връзка с промени в Закона за здравето бе създаден нов раздел „Интегрирани здравно-социални услуги“, в който интегрираните здравно-социални услуги са определени като дейности, включващи предоставяне на здравни грижи и медицинско наблюдение и осъществяват социална работа, включително в домашна среда, в подкрепа на деца, бременни жени, хора с увреждания и хронични заболявания и възрастни хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности. Изрично е регламентирано, че тези услуги могат да се предоставят и от лечебни заведения.

Така е създаден нормативен механизъм за пренасочване на част от болничните заведения към предоставяне на социални и интегрирани здравно социални услуги за различни категории лица.

Третият механизъм, който може да бъде използван и управляван е разширяване на възможностите за субсидиране чрез държавния бюджет на дейности, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване в определени лечебни заведения *(Виж мярка 2.5.5.)*

**По мярка 2.5.7. Създаване на условия за развитие на високоспециализира-**

**ни болнични центрове при гарантиран равнопоставен достъп на населението и ефективно разходване на ресурсите:**

С цел осигуряване на ефективен механизъм за планиране на високотехнологичните методи за диагностика и лечение, с промени в ЗЛЗ, в съдържанието на областните здравни карти и Националната здравна карта, бе включена информация за наличните, съответно необходимите високотехнологични медицински дейности и свързаната с тях скъпоструваща апаратура. В приетата през март 2016 г. Национална здравна карта бяха определени високоспециализираните болнични дейности и свързаните с тях ресурси (болнични легла, структури, апаратура), които се планират на регионално ниво. Така в рамките на всеки регион за икономическо планиране бе планиран необходимия болничен капацитет, гарантиращ достъп на населението до структури с най-високо ниво на компетентност. По този начин се създадоха условия за гарантиране на равнопоставен достъп на населението до иновативни и високотехнологични медицински услуги, както и дългосрочно инвестиционно планиране за ефективно използване на ресурсите в системата.

През 2016 г. бяха реализирани редица дейности за технологично развитие на определени болнични заведения с регионално и национално значение, със средства от бюджета на МЗ и в рамките на изпълняваните проекти и програми *(Виж Раздел Влияние на международните и европейски политики за реализация на целите на Националната здравна стратегия)*

По този начин бе осигурена необходимата апаратура за високо-технологична диагностика и лечение на онкологични заболявания, ендоваскуларно лечение, акушеро-гинекологична и неонатална помощ и др.

Стартирани бяха дейностите по подготовка на проект за модернизация на спешната медицинска помощ, включващ изграждането и пълното оборудване на 34 модерни спешни отделения.

Съществено значение не само за реализацията на мярката, а и за цялостната реализация на НЗС и поставените национални здравни цели е стартиралата през 2016 г. дейност по изграждане на високотехнологични центрове за ендovasкулярно лечение на мозъчно-съдови заболявания (инсулти; артерио-венозни малформации и аневризми). С методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2016 г. бе осигурено финансиране на необходимите консумативи за ендovasкулярно лечение и бяха определени изискванията и критериите, на които трябва да отговарят тези високоспециализирани центрове.

Предвид огромната тежест на мозъчно-съдовата болест по отношение на показателите за смъртност и трайна неработоспособност в страната и значителното изоставане в тази област спрямо другите европейски страни, продължаването и развитието на тази дейност е от ключово значение за подобряване на здравни статус на населението.

**По мярка 2.5.8. Въвеждане на система за заплащане на болничната дейност, основана на резултати:**

През 2016 г. бяха предприети единични стъпки за създаване на нов концептуален модел на заплащане на болничните дейности, в т.ч. чрез ангажиране на съсловните организации в този процес. Събрана бе база данни за индивидуалните разходи за диагностика и лечение на пациентите по всички клинични пътеки. *(Виж мярка 2.1.9)*

Въпреки това значим напредък по реализация на мярката до края на 2009 г. не бе постигнат.

Липсва и финализиран процес по устойчивостяване на цената на труда на медицинските специалисти от страна на съсловните организации.

**По мярка 2.5.9. Подобряване на системата за контрол на болничните дейности на базата на обективни критерии и индикатори за оценка на качеството и удовлетвореността на пациентите:**

За подобряване на контрол на болничните дейности са предприети редица мерки, насочени към интегриране на отделните контролни дейности и институции в обща система и ангажиране в контролния процес на всички заинтересовани страни, в т.ч. и пациентите *(Виж мярка 2.1.12 и Политика 2.8)*

С цел гарантиране на качеството на медицинската помощ през 2016 г. бяха изменени действащи и бяха разработени нови медицински стандарти по водещи медицински специалности – Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 30 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Медицинска онкология“ (обн., ДВ, бр. 37 от 2016 г.), Наредба № 5 от 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Гръдна хирургия“ (обн., ДВ, бр. 90 от 2016 г.), Наредба № 6 от 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Ревматология“ (обн., ДВ, бр. 93 от 2016 г.), Наредба № 7 от 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Педиатрия“ (обн., ДВ, бр. 90 от 2016 г.), Наредба № 10 от 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести“ (обн., ДВ, бр. 94 от 2016 г.) и Наредба № 12 от 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Обща и клинична патология“ (обн., ДВ, бр. 99 от 2016 г.).

Системата от медицински стандарти е основен механизъм за обективна оценка и контрол на качеството на медицинските дейности, който следва да бъде поддържан и развиван.

Друга ключова стъпка, свързана с осигуряване на обективни критерии за оценка на качеството, достъпността и своевременността на медицинската помощ, бе направената през 2016 г. про-



мяна в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. С цел гарантиране на своевременния достъп на здравноосигурените лица до медицинската помощ в обхвата на пакета здравни дейности, заплащана от НЗОК, бяха прецизирани текстовете, регламентиращи пътя на пациента на съответните нива на системата за здравеопазване – първична и специализирана извънболнична и болнична помощ. Детайлно бе регламентиран приемът на пациентите в диагностично-консултативния блок и спешните отделения на болниците, в т.ч. прием за незабавно лечение, планов прием, насочване към друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ. Променен бе съществуващият регламент за формиране на листи на пациентите, чакащи за планов прием, като бе въведен максимален срок от 2 месеца, в рамките на който да бъде планиран приема на пациентите за болнични дейности, които не изискват незабавно лечение. С цел създаване на ефективни механизми за осъществяване на планов прием в условията на пълна прозрачност бе въведено изискване лечебните заведения да публикуват актуална информация за листата си за планов прием, включваща поредността на пациентите и определените дати за това, както и изискване НЗОК да поддържа и публикува на интернет-страницата си Национална листа за планов прием на лечебните заведения, с които има договор за болнична помощ. Заложено бе изрично изискване за спазване на поредността на вписване на пациентите в листата на чакащите.

С промените в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ бяха прецизирани допълнителните услуги, които лечебните заведения могат да предлагат срещу заплащане по желание на пациентите, но само в случай, че са осигурили необходимите общи грижи и поисканите услуги се раз-

личават от тях. Забранено бе изрично допълнително заплащане за престой за придружител на деца до 7-годишна възраст, както за придружител за деца до 18 г., които се нуждаят от осигуряване на допълнителни грижи и на лица с увреждания, които не могат да се обслужват самостоятелно.

#### **По мярка 2.5.10. Въвеждане на рейтингова система на болниците в България.**

Въвеждането на рейтингова система изисква разработване на методика от критерии и показатели за оценяване, на базата на достатъчен обем от достоверна и съпоставима информация, както за състоянието и развитието на дейностите в отделните лечебни заведения, така и на информация за качеството и безопасността на медицинското обслужване, събрана в хода на контролната дейност и проучването на удовлетвореността на пациентите.

Разработването на тази методика е включена в като предстояща за реализация дейност на Изпълнителна агенция „Медицински одит“<sup>12</sup>, предвид обстоятелството, че ИАМО извършва постоянен мониторинг и контрол върху дейността на лечебните заведения и има събрана за 6-годишния си период на съществуване значителна по обем информация в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване.

Следва да се обърне внимание, че реализацията на мярка е пряко свързана и зависима от реализацията на дейностите по мерки 2.5.3. и 2.5.9, чрез които да се осигурят обективни критерии за измерване на рейтинга на лечебните заведения.

<sup>12</sup> Стратегическа концепция на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ 2016-2020 г.

## ПОЛИТИКА 2.6. РАЗВИТИЕ НА ЕЛЕКТРОННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

### Преглед на политиката

Политиката има за цел преодоляване на следните:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Липса на интегрирана здравно-информационна система;
- ✓ Липса на достъп на пациентите до данните от техните здравни досиета;
- ✓ Липса на визия и условия за развитие на телемедицината и други комуникационно-информационни технологии в системата на здравеопазването.

Национална здравна стратегия 2020

В стратегията се посочва, че на фона на бързото развитие на електронното здравеопазване в другите европейски държави, България все още не е изградила адекватна здравно-информационна система, която да осигури необходимата информация за нуждите на управлението и потребителите на здравни услуги, в т.ч. за изпълнение на ангажиментите на страната във връзка с трансграничния обмен на здравни данни. Наличните информационни системи и бази от данни не са системно интегрирани и не дават реална представа за общото състояние на системата на здравеопазването, което затруднява процеса на планиране на здравната политика.

България изостава в процеса на развитие на електронното здравеопазване не само по отношение на информационната здравна система, но и по отношение на другите елементи на електронното здравеопазване, свързани с развитието на телемедицината, дистанционно наблюдение на пациенти и др.

Според стратегията интеграцията и свързаността в сферата на здравеопазването чрез създаване на Национална

здравно-информационна система е основен инструмент за осигуряване на ефективното функциониране на здравната система.

Изграждането ѝ следва да осъществи връзката между множество, разработени към момента системи, в различни организации в сферата на здравеопазването между които НЗОК, доброволни дружества, национални центрове и изпълнителни агенции, лечебни заведения и др. Целта на интеграцията е обвързване на процесите в здравеопазването в единна система с възможност за обмен и контрол на информацията в реално време, включваща електронен пациентски запис, електронна автентификация, регистри на основните участници в системата на здравеопазването и обвързаност между тях. Подобна интеграция е от изключителна важност и за подобряването на дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването.

Изграждането на Националната здравно-информационна система осигурява достъп до информация на пациента, подобрява взаимовръзките между отделните нива на системата, качеството на медицинските услуги и ефективността и прозрачността на разходите за тях. Според стратегията развитието на електронното здравеопазване в страната следва да обхване и дейностите, свързани с използване на възможностите на телекомуникации за връзка с цел диагностика, лечение, консултации и непрекъснато обучение - телемедицина. Тези възможности следва да се използват за подобряване на качеството на здравните услуги, особено в областта на наблюдението на хроничните болести, преодоляване на затрудненията с достъпа на пациентите и недостига на квалифициран медицински персонал. Не на последно място телемедицината дава редица възможности за повишаване на ефективността и намаляване на разходите за здравеопазване.

**Дейност по изпълнение на политиката**

**По Мярка 2.6.1. Въвеждане на национални здравно-информационни стандарти:**

През 2016 г. работна група, назначена със заповед на Министъра на здравеопазването, извърши анализ на международните здравно-информационни стандарти и изготви проект на наредба и списък със стандарти, които следва да се прилагат от лечебните заведения. След проведено обществено обсъждане бе приета Наредба № 11 от 4 ноември 2016 г. за утвърждаване на здравно-информационни стандарти, прилагани от лечебните заведения.

**По мярка 2.6.2. Изграждане на Национална здравно-информационна система и осигуряване на достъп на гражданите до системата чрез електронен идентификатор:**

През 2016 г. Министерство на здравеопазването стартира подготовката на проектно предложение „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“ за кандидатстване по Оперативна програма „Добро управление“. Проектът е в изпълнение на Национална здравна стратегия 2020, Стратегията за електронно управление в Република България за периода 2014-2020 г. и Пътната карта за изпълнение на Стратегията за електронно управление в Република България 2016-2020 г. Към момента проектът е одобрен и е сключен Административен договор № BG05SFOP001-1.002-0007-C01/21.03.2017 г. за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ по Оперативна програма „Добро управление“ между Министерство на здравеопазването и Оперативна програма „Добро управление“, като срока за изпълнение на дейностите по проекта е до 28.12.2018 г.

С цел подобряване на контрола върху здравноосигурителните събития и свър-

заните с тях разходи, до изграждане на Националната здравно-информационна система, през 2016 г. НЗОК изгради регистрационна система за здравноосигурителни събития при изпълнителите на медицинска помощ чрез биометрични идентификатори, която бе въведена в експлоатация във всички лечебни заведения за болнична помощ. Поради отмяна на нормативния акт, с който бе въведен биометричния идентификатор, системата не бе въведена в останалите лечебни заведения и аптеките и към момента не функционира.

**По мярка 2.6.3. Разширяване и надграждане на модулите на здравно-информационната система:**

В рамките на проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“ по Оперативна програма „Добро управление“ (Виж мярка 2.6.2.) ще бъде изградена Националната здравна информационна система. Изграждането на националната здравна информационна система ще положи основата на електронното здравеопазване, като ще се осъществи връзка между множество, разработени към момента системи, в различни организации в сферата на здравеопазването между които НЗОК, доброволни дружества, национални центрове и изпълнителни агенции, лечебни заведения и др. Чрез интеграцията процесите в здравеопазването ще се обвържат в единна система с възможност за обмен и контрол на информацията в реално време. Изпълнението на проекта ще даде възможност за подобряване на качеството и ефективността на процеса на здравеопазване, посредством използване на нови здравни технологии в областта на електронното и мобилното здравеопазване. Сред основните дейности на проекта са изготвяне на анализ и оценката на нормативната уредба в България и на ниво ЕС, изграждане на независима среда за съхранение и об-

мен на данни, електронен здравен запис, електронна рецепта, електронно направление, подсистема за събиране на информация от болниците, развитие и национално внедряване на единен пациентски идентификатор, разработка и доработка на регистри в сферата на здравеопазване, вътрешноадминистративни и публични електронни услуги, система за мониторинг и контрол и здравно-информационен портал.

**По мярка 2.6.4. Информираност и обучение чрез предоставяне на уеб базирани услуги в реално време:**

Министерство на здравеопазването е предприело действия за присъединяване към средата за междурегистров обмен (RegiX), чрез която се позволява намаляване на административната тежест върху гражданите и бизнеса чрез премахване на изискването за представяне на някои официални удостоверителни документи на хартиен носител. Министерство на здравеопазването е предприело действия за осигуряване на системи за електронен документооборот на второстепенните разпоредители с бюджетни кредити към Министъра на здравеопазването, като по този начин ще се позволи намаляване на административната тежест.

Министерство на здравеопазването е изготвило анализ на работните процеси по предоставяне на административни услуги по електронен път свързани с дейността на дирекция „Държавен здравен контрол“, като в резултат от анализа са определени услугите, които могат да се предоставят изцяло по електронен път, услугите за които могат частично да бъдат предоставяни по електронен път и услугите, които не могат да се предоставят по електронен път. Изготвен е анализ и на административните услуги предоставяни от ВРБ-та.

Чрез осигуряването на системи за електронен документооборот на ВРБ, Министерството ще изпълни задължението си през 2018 г. всички администрации

да обменят документи единствено по електронен път.

Важна стъпка в тази посока бе разработената електронна платформа за търговия с лекарствени продукти, както и въведените електронни административни услуги в Изпълнителна агенция по лекарствата и Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти.

**По мярка 2.6.5. Разработване и прилагане на концепция за развитие на телемедицината в Република България:**

В рамките на проекта за модернизация на системата за спешна медицинска помощ е предвидено да бъде осигурена възможност за ползване от спешните екипи на ЦСМП на телемедицината за отдалечени консултации на спешни пациенти. Това ще повиши капацитета и качеството на спешната медицинска помощ на системата и ще позволи ефективното включване в нея на парамедицински екипи.

Цялостното изпълнение на мярката изисква да се направи анализ на средата и възможностите за развитието на телемедицината в цялата система на здравеопазване по отношение на осигуряването на дистанционни консултации, здравен мониторинг и медицински измервания.

Предвид дългосрочния характер на заложените мерки за изграждане на националната здравна информационна система и разработването и прилагането на концепция за развитие на телемедицината в Република България, е необходимо в следващия период да бъдат положени допълнителни усилия, както и да бъдат осигурени съответните ресурси - финансови и човешки за постигане на планираните резултати.

Особено внимание трябва да бъде обърнато на възможностите за приложение на телемедицината в процеса на обучение и продължителна квалификация на медицинските кадри.

## ПОЛИТИКА 2.7. РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИЯ КАПИТАЛ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

### Преглед на политиката

Политиката има за цел преодоляване на следните:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Засилен процес на миграция на медицинските специалисти;
- ✓ Устойчива тенденция на намаляване и застаряване на медицинските специалисти, особено в определени области;
- ✓ Липса на устойчива система за продължаващо обучение, обвързана с професионалното развитие.

Национална здравна стратегия 2020

Политиката се основава на схващането, че работещите в системата на здравеопазване са основният капитал, с който тя разполага. Той обхваща съвкупността от техните знания, умения, компетентности, способности, здравословно състояние и работоспособност, мотивация и поведение в труда, които имат определена стойност и са източник на сегашни и бъдещи доходи както за медицинските специалисти - носители на човешкия капитал, така и за системата, която при договорени условия използва този капитал.

В стратегията се подчертава, че здравеопазването е отрасъл с висока трудоемкост и един от най-големите икономически сектори в ЕС, като на него се падат около 17 млн. работни места (8 % от всички работни места). Застаряващото население и нарастващото търсене на здравни услуги са гаранция за това, че секторът на здравеопазването ще остане основен двигател на заетостта в бъдеще. Въпреки това в България той е изправен пред сериозни предизвикателства: застаряваща работна сила и твърде малко новонаети лица, които да заместят пенсионерите се; значително текучество

на специалисти в някои области поради тежки условия на труд и относително ниско заплащане; необходимост от нови умения за работа с нови технологии и за справяне с нарастването на хронични болести.

Държавата следва да инвестира и да подпомага инвестициите в развитието на човешкия капитал в системата на здравеопазването, защото по този начин се постига по-високо качество на медицинските услуги, увеличена конкурентоспособност, по-високи и устойчиви темпове на икономически растеж и по-висок жизнен стандарт на населението. В стратегията се посочва, че по осигуреност с медицински специалисти България все още заема позиции доста над средните за страните от ЕС. Въпреки това възрастовата структура на работещите предполага нарастващи дефицити в бъдеще.

Регионалното разпределение на медицинските специалисти е непропорционално и дисбалансирано, което води до затруднен достъп на населението в определени райони до здравни грижи, влошава качеството на медицинската помощ и влияе върху ефективността и резултатността на медицинския труд.

Свободното движение на хора в рамките на ЕС в областта на здравето допълнително засилва проблема, поради нарастващата миграция на здравни специалисти от България към другите европейски държави. Като основни причини за миграцията се определят по-доброто заплащане, по-добрите условия на труд, високият стандарт на живот, умората от несвършеното от здравната реформа, липсата на доверие във водената здравна политика и др.

Ако България не предприеме подходящи стъпки, за да подготвя и задържа достатъчен брой собствени здравни специалисти, недостигът ще продължи да се задълбочава и ще затрудни сериозно функционирането на системата.

## Настоящо състояние

### Осигуреност с човешки ресурси

По данни на НЦОЗА в лечебните и здравни заведения от системата на здравеопазване към 31.12.2016 г. на основен трудов договор работят 125 009 души.

Броят на практикуващите на основен трудов договор лекари е 29 539, което показва увеличение с 1.6% спрямо предходната 2015 г., когато техният брой е бил 29 073 лекари. В резултат на това осигуреността с лекари през 2016 г. се увеличава - на 41.6‰ на 10 000 души от 40.6‰ през 2015 г. и надвишава средните европейските показатели (ЕС - 34.96 на 10 000).

Лекарите по дентална медицина са 8 011, спрямо 7 512 за 2015 г.

Броят на специалистите по здравни грижи е 46 930. От тях 30 976 са медицински сестри, които намаляват спрямо 2015 г., когато техният брой е бил 31 397. (Приложение 1, табл. 16 и 17).

Увеличава се броят на работещия на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения друг персонал с немедицинско образование - от 39 754 през 2015 г. на 40 115 души през 2016 г. И през 2016 г. се установяват диспропорции в осигуреността с медицински специалисти по области и региони, пораждащи неравенства в достъпа до медицинска помощ.

Осигуреността с лекари по области варира, като е най-висока в областите, в чиито центрове има медицински университети и университетски болници - от 56.3 на 10 000 души в област Плевен, 50.3‰ в област София-столица, 49.6‰ в област Пловдив, 48.4‰ в област Варна, до 27.3‰ в област Перник, 27.0‰ в област Добрич и 26.3‰ в област Разград. От всички работещи в страната 29 539 лекари през 2016 г., 6 663 (22.6%) работят в лечебните заведения в София-столица. Над поло-

вината от работещите лекари в страната (55.5%) са концентрирани в 6 области - София-столица, Пловдив (11.3%), Варна (7.7%), Стара Загора (4.7%), Плевен (4.7%) и Бургас (4.5%).

Към 31.12.2016 г. най-голям е броят на общопрактикуващите лекари в първичната извънболнична помощ - 4 407 или 14.9% от всички практикуващи лекари в страната.

В структурата на лекарите-специалисти по специалности най-голям е дялът на практикуващите по специалностите анестезиология и интензивно лечение - 1 615 (5.5%) и хирургия - 1 469 (5.0%). След тях с относително еднакъв дял са лекарите-специалисти по педиатрия - 1 467 (5.0%), акушерство и гинекология - 1 453 (4.9%), кардиология - 1 358 (4.6%), нервни болести - 1 204 (4.1%), вътрешни болести - 1 053 (3.6%) и образна диагностика - 900 (3.0%).

Осигуреността с лекари по дентална медицина също нараства през 2016 г. на 11.3 на 10 000 души, при показател за ЕС - 6.8‰, като варирането на показателя е от 17.8 ‰ в Пловдив и 15.5‰ в София-столица до 6.6‰ за област Силистра и 6.3‰ за област Търговище.

Показателят за брой население на 1 лекар в България намалява до 240 души, а на 1 лекар по дентална медицина до 887 души.

През 2016 г. известно намаление се наблюдава и при осигуреността със специалисти по здравни грижи, която през 2015 г. е 66.3 и намалява до 66.1 на 10 000 души през 2016 г.

### Обучение и квалификация на медицинските специалисти

Обучението и квалификацията на кадрите, работещи в системата на здравеопазването е обект на сложна нормативна регламентация и се планира, организира и осъществява от голям брой субекти.

Подготовката на медицинските кадри се извършва в системата на висшето образование. През 2016 г. обучението на медицинските специалисти в Република България се провежда в 9 висши училища. Продължителността и съдържанието на обучението са синхронизирани с общностното право.

След придобиването на първоначална подготовка и образователно-квалификационна степен в системата на висшето образование, с която се удостоверява правото за упражняване на медицинска професия, професионалното развитие, обучението и квалификация на медицинските специалисти се извършват в хода на професионалната им дейност. То включва различни вътрешни системи за повишаване на квалификацията на персонала в лечебните заведения и външни форми за следдипломно обучение - за придобиване на специалност и продължаващо обучение. Дейностите в областта на обучението за придобиване на специалност се организират от Министерство на здравеопазването. Продължаващото обучение се осъществяват от съсловните организации на медицинските специалисти, висшите училища, ВМА, медицинските колежи, БЧК и сдружения на работещите в здравеопазването, Съюзът на научните медицински дружества в България, Съюзът на учените в България, както и на медицинските асоциации по специалности.

С изключение на дейностите, свързани с обучението за придобиване на специалност, останалите вътрешни и външни форми на обучение и квалификация на медицинските специалисти не са изчерпателно регламентирани и без въведени механизми за контрол.

В системата на здравеопазване липсва единна система за проучване на потребностите от последващо обучение и квалификация на медицинските кадри, планиране и организиране на обучения,

както и поддържане на база данни за проведените обучения.

В резултат на това продължаващото обучение на медицинските специалисти се осъществява несистематично и зависи основно от индивидуалната активност на работещите и от приоритетите и мотивацията на предлагащите обучителни услуги, които често са провокирани не от потребностите на системата, а от определени бизнес процеси и линии на финансиране, в т.ч. от фармацевтични компании, доставчици на медицинска апаратура и др.

Положителни стъпки в тази връзка са активните действия на съсловните организации на медицинските специалисти - БЛС и БАСЗГ за развитие на капацитет за планиране и управление на продължаващото обучение и регламентирането на неговият задължителен характер.

През последните години се наблюдава засилен интерес към обучение на немедицински специалисти, които могат да намерят място за трудова реализация в системата на здравеопазване - здравни асистенти, болногледачи, парамедици. Целият процес на планиране, обучение и квалификация на тези кадри се осъществява в сферата на професионалното образование и се определя единствено от бизнес-планове на съответните центрове за професионално обучение.

В системата на здравеопазването все още няма систематична визия и политика за пълноценното използване и развитие на този вид персонал, които биха могли да компенсират в определена степен засилващият се дефицит на медицински кадри. Известен напредък е налице по отношение на професията „парамедик“, но и там липсват активни мерки по планиране, контрол върху качеството на обучение и осигуряване на възможности за трудова реализация в системата за спешна медицинска помощ, в т.ч. и за тяхното продължаващо обучение.

Сериозен проблем се явява и липсата на ефективни вътрешни системи за обучение и квалификация на персонала в лечебните заведения. Много често наличните вътрешни системи функционират формално, липсва изграден капацитет за тяхното планиране и управление на ниво лечебно заведение, както и за оценка на резултатите.

### Миграция

На фона на тези проблеми България е изправена пред общите за всички държави-членки предизвикателства, пред които е изправена работната сила в здравния сектор на ЕС: застаряваща работна сила и недостиг на попълнения от млади хора в системата, които да заместят напускащите; недостатъчната привлекателност за младите поколения на повечето професии в сектора на здравеопазването; миграцията на здравни работници в ЕС и извън него; нееднаквата мобилност в рамките на ЕС – придвижването на здравни специалисти от по-бедните към по-богатите страни в ЕС. Това налага предприемането на подходящи стъпки за подготвяне и задържане на достатъчен брой собствени медицински специалисти.

МЗ издава удостоверения, необходими за работа в чужбина на медицински специалисти, придобили квалификацията си в Република България.

От статистиката за последните 10 години е видна явна тенденция за намаляване броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „лекар“ в чужбина. През 2016 г. са издадени само 258 удостоверения, необходими за упражняване на професията в чужбина на лекари – български граждани, завършили в България. Посоченият брой е по-малък от броя на издадените удостоверения на лекари – български граждани през предходните години – 364 за 2015 г.,

411 за 2014 г., 428 за 2013 г., 495 за 2012 г., 524 за 2011 г., 585 за 2010 г., 492 за 2009 г. и 655 за 2008 г.

За последните 10 години е налице тенденция за намаляване и на броя на издаваните от Министерството на здравеопазването удостоверения, необходими за упражняване на професията „медицинска сестра“ в чужбина. През 2016 г. са издадени само 181 удостоверения, необходими за упражняване на професията в чужбина на медицински сестри, завършили в България. За сравнение в периода 2011 - 2015 г. са издавани между 280 и 356 удостоверения, а в периода 2007 - 2010 г. – между 426 и 687 удостоверения.

Важно е да се има предвид обаче, че издаването на удостоверение не е еквивалентно на заминаване в друга държава. От броя на издадените удостоверения не може да се направи извод колко от медицинските специалисти действително са заминали и са започнали работа по специалността си извън страната. Издадените от МЗ удостоверения са по-скоро мярка за потенциалната емиграция, т. е. за намеренията/желанието за емиграция.

Общо през 2016 г. са издадени 892 удостоверения, необходими за работа в чужбина на лица (български граждани и чужденци), придобили професионална квалификация по медицинска професия в България.

За същия период МЗ като компетентен орган за признаването на професионална квалификация по регулираните медицински професии е издало 68 удостоверения за признаване на професионална квалификация и специалност в областта на здравеопазването на чужденци, желаещи да започнат работа в България.



## Дейност по реализация на политиката

### **По мярка 2.7.1. Развитие на механизми за определяне и планиране на потребностите от медицински и немедицински специалисти в здравеопазването по региони и по категории в зависимост от здравнодемографските характеристики на населението:**

Приемането през 2016 г на Националната здравна карта, в която бяха планирани потребностите от медицински специалисти (лекари, лекари по дентална медицина и специалисти по здравни грижи) в извънболничната помощ бе ключова стъпка за реализацията на мярката. *(Виж мярка 2.4.1, 2.4.7)*

Планирането на потребностите по области, региони и по категории медицински персонал бе осъществено на база на данните в Областните здравни карти за здравнодемографските характеристики на населението във всяка област и обръщаемостта на населението към медицинска помощ в извънболничната медицинска помощ.

Направения в Националната здравна карта Анализ на състоянието в областите, относно необходимите медицински специалисти в извънболнична помощ (Приложение 32 на НЗК) показва дисбалансите по отношение на потребности и налични ресурси и е обективна основа за планиране на нуждите от обучение и квалификация за осигуряване на този сектор от системата на здравеопазването.

За нуждите на планирането на потребностите от специалисти в сектора на спешната медицинска помощ в Националната здравна карта са определени потребностите от структури за спешна медицинска помощ – центрове, филиали, изнесени екипи и спешни отделения с нива на компетентност. През 2016 г. бе създаден и Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ, който

следва да проучва потребностите от кадри с определена квалификация в системата.

В сектора на болничната медицинска помощ основа за планиране на потребностите от медицински специалисти са регламентираните чрез Националната здравна карта потребности от болнични дейности по видове и нива на компетентност, както и техният капацитет, определен чрез определения необходим брой болнични легла.

По този начин чрез областните и националната здравна карта се създава устойчив механизъм за поддържане на актуална информация, анализ и адекватно планиране на потребностите от отделните видове медицински специалисти.

Приложението на НЗК в частта за болничната помощ обаче изисква наличието на система от медицински стандарти по всяка медицинска специалност, регламентиращи необходимия минимален брой лекари, специалисти по здравни грижи и други немедицински специалисти в болничните отделения по нива на компетентност, пряко обвързани с броя на разкритите болнични легла. Липсата на такива изисквания в медицинските стандарти на този етап прави невъзможно практическото реализиране на мярката в болничния сектор.

### **По мярка 2.7.2. Разработване и въвеждане на единна информационна система за мониториране на персонала в здравеопазването и следене на миграционните процеси като част от националната здравно-информационна система:**

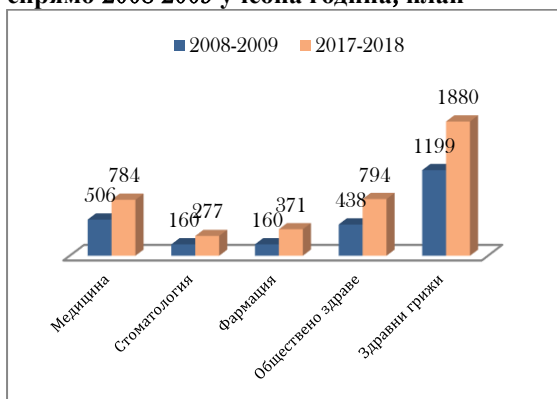
Въвеждането на единна информационна система за мониториране на персонала в здравеопазването следва да бъде изградена в рамките на проекта за изграждане на Националната здравно-информационна система. *(Виж Политика 2.6)*

**По мярка 2.7.3. Създаване на механизми за обвързване на приема за обучение на медицинските специалисти (лекари, специалисти по здравни грижи и др.) с установените потребности и дисбаланса в осигуреността с кадри в системата:**

Осигуреността с медицински специалисти в страната все още е на високо ниво, но задълбочаващите се процеси на застаряване на кадрите и миграция на медицински специалисти в най-активна възраст (близо 50% от лекарите и специалистите по здравни грижи, които напускат страната са на възраст между 46 и 60 г.) налагат своевременно планиране на бъдещите потребности на системата. В тази връзка през 2016 г. МЗ води целенасочена политика, в патрънорство с МОН за значително увеличение на броя на студентите в професионалните направления в сферата на здравеопазването.

Данни на МОН от изследване на утвърдения план-прием по професионални направления за последните 10 години показват, че медицинските специалности са сред професионалните направления с най-голямо увеличението на план-приема за учебната 2017-2018 година спрямо 2008-2009 учебна година. (фиг.81) Увеличението варира от 155% до 237% по отделните професионални направления.

**Фиг.81 Брой студенти по професионални направления през учебната 2017-2018 година спрямо 2008-2009 учебна година, план**



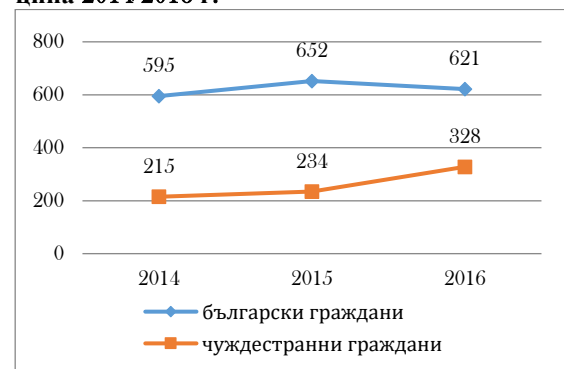
Източник: МОН

През последните две учебни години – 2016-2017 г. и 2017-2018 г., в групата на професионалните направления от сферата на здравеопазването се наблюдава и значително увеличение на приетите студенти спрямо общия план-прием, като най-висок е относителния дял в професионално направление „Здравни грижи“ – 4.12%.

В рамките на тази положителна тенденция обаче, през последните години се наблюдава дисбаланс в съотношението на утвърдените места за студенти по „медицина“, които превалират спрямо броя на студентите по специалност „медицинска сестра“. Прието е, че за оптималното функциониране на здравната система е необходимо съотношението медицински сестри:лекари да е поне 2:1. С цел избягване на отрицателните последици от неблагоприятното съотношение между медицинските специалисти, МЗ ежегодно предлага на Министерския съвет при утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти и докторанти във висшите училища и научните организации на Република България да се увеличи максимално броят на студентите по специалност „медицинска сестра“ в рамките на капацитета на висшите училища.

Предприетите действия за разширяване на приема на студенти по медицински направления доведоха до увеличение и на броя на завършващите медицински специалисти. (фиг.82)

**Фиг.82 Брой завършили студенти по медицина 2014-2016 г.**



Източник: МОН

**По мярка 2.7.4. Въвеждане на икономически стимули за повишаване на интереса към обучение и специализация на медицински специалисти в области, в които има сериозен дефицит на кадри:**

Една от най-важните мерки за задържане на младите лекари и други медицински специалисти в страната е възможността за професионално развитие. По тази причина приоритетна цел, по която Министерството на здравеопазването работи активно, е създаването на привлекателни условия за придобиване на специалност. През 2016 г. редът и условията за специализация се регламентират от Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (обн., ДВ, бр. 7 от 2015 г., с посл. доп., бр. 88 от 2016 г.), с която е осъществена концептуална промяна в реда и условията за специализация – значително се облекчава достъпът и се подобряват условията за специализация. Обучението по клинични специалности се осъществява въз основа на трудов договор, което гарантира в най-пълна степен правата и задълженията на специализанта, включително получаване на адекватно трудово възнаграждение.

С новата наредба се създадоха допълнителни стимули за завършването на обучението на специализантите по дефицитни специалности, като Анестезиология и интензивно лечение, Обща и клинична патология, Педиатрия, Спешна медицина, Инфекциозни болести и Неонатология. Създадоха се и достъпни условия за обучение за придобиване на специалност Обща медицина и на специалности за лекари по дентална медицина, съобразени със спецификата на организацията на първичната и денталната помощ в страната, както и достъпни условия за обучение на чужденци от държави извън ЕС. През 2016 г. специализантите по Наредба № 1 от 2015 г. са 1 338 – от тях 1 240

са започнали обучението си по Наредба № 1 от 2015 г., а 98 са прехвърлени от отменената Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. С това общият брой специализанти по Наредба № 1 от 2015 г. става 2 542, от които 2 097 започнали обучението си по Наредба № 1 от 2015 г. и 445 прехвърлени от отменената Наредба № 34 от 2006 г. Това показва, че новата Наредба № 1 от 2015 г. е една успешна стъпка към задържането на младите лекари и останалите медицински специалисти в страната.

Осъществени са и изменения и допълнения в Наредба № 1 от 2015 г., с които е създадена възможност на специализантите, работещи в центровете за спешна медицинска помощ, центровете за трансфузионна хематология, държавните психиатрични болници и другите лечебни заведения, които нямат положителна акредитационна оценка за обучение по съответната специалност, в случаите, когато в договора им по чл. 234 от Кодекса на труда не е уговорено получаване на възнаграждение за времето на обучението, да могат да се отпускат стипендии със средства от европейски проекти и програми.

За 2016 г. по реда на Наредба № 1 от 2015 г. министърът на здравеопазването е утвърдил 550 места за специализанти, за които държавата ще финансира таксата за обучение, а до държавен изпит за специалност са допуснати общо 940 кандидата (359 на майска и 582 на декемврийска сесия).

През 2016 г. стартира проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването”, по който Министерство на здравеопазването е конкретен бенефициент и който се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г., съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд. Проектът дава възможност на лица, започнали

обучението си за придобиване на специалност – лекари специализанти по медицина и лекари специализанти по дентална медицина, да продължат и завършат обучението си. Проектът допълва мерките за подкрепа на лица, започнали специализацията си, реализирани по Оперативна програма "Развитие на човешките ресурси" 2007-2013 г. чрез проект BG051PO001 – 6.2.18-0001 „Нови възможности за лекарите в България”.

Чрез реализирането на проекта се осигурява възможност на 520 млади български лекари да придобият желана от тях специалност, като им се осигури заплащането на такси за обучение, на стипендии, медицинска учебна литература и медицинско работно облекло. Планираната стойност на проекта е 5 496 628, 40 лв.

С промените в Закона за лечебните заведения бе регламентиран статута на специализиращите лекари, с което се създаде правна възможност за специализантите да участват равностойно в диагностично-лечения процес, в т.ч. по договор с НЗОК.

По Програма BG 07 „Инициативи за обществено здраве“, осъществявана чрез финансовата подкрепа на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм бе осигурена подкрепа чрез предоставяне на стипендии на над 135 ромски студенти по медицински специалности на обща стойност 825 360 лв.

**По мярка 2.7.5. Създаване на условия за разширяване на функциите на специалистите по здравни грижи, с което да се даде възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.:**

В изпълнение на мярката бе разработена нова Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Меди-

цинска сестра” и „Акушерка” за 6 образователно-квалификационна степен „бакалавър”. С наредбата бяха транспонирани изисквания на Директива 2013/55/ЕС за регламентиране компетентностите на медицинските сестри, които трябва да придобият по време на обучението си (до тогава бяха регламентирани само знанията и уменията) и бяха актуализират компетентностите на акушерките.

С наредбата бяха въведени и единни държавни изисквания (ЕДИ) за професията „лекарски асистент“.

**По мярка 2.7.6. Разширяване и преформулиране на компетенциите в професионалните направления и регламентиране на нови видове професии в системата на здравеопазване – лекарски асистенти, парамедици, болногледачи и др.:**

През 2014г. стартира обучение по нова професия – лекарски асистент, която през 2016г. става регулирана професия и бяха утвърдени Единни държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността. *(Виж мярка 2.7.5.)*

Основните дейности, които се предвижда да осъществява лекарският асистент са дейности по оказване на спешна и първична медицинска помощ. Съответно очакванията са обучените специалисти по тази професия да подпомогнат кадровото осигуряване на системата за спешна медицинска помощ и осъществяването на първична медицинска помощ в малките и отдалечени населени места като членове на екипите на общопрактикуващите лекари.

На 19.04.2016 г. е обнародвана Наредба № 1 от 7.04.2016 г. за придобиване на квалификация по професията "Парамедик". Съгласно наредбата парамедикът осъществява дейности по оказване на първа помощ, свързани с първоначална оценка и поддържане на основните жизнени функции и с осигуряване на специализиран транспорт до

лечебно заведение, с което подпомага дейността на работещите в системата на спешната помощ медицински специалисти.

МЗ подкрепя и професионалното обучение на болногледачи и здравни асистенти, които предоставят базови здравни грижи и подпомагат дейността на специалистите по здравни грижи в лечебни заведения, заведения за медико-социални грижи и др. Дейността им ще се отрази благоприятно върху медицинските сестри и акушерките като им даде възможност да се фокусират върху специфичните за професионалната им квалификация дейности.

**По мярка 2.7.7. Актуализиране на учебните планове и програми във висшите училища, насочени към разширяване на практическите умения на медицинските специалисти с приоритет към основните здравни проблеми и съвременните технологии на здравна дейност:**

През 2016г. са актуализирани и утвърдени 11 учебни програми за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, с цел придобиване на актуални знания, умения и компетентности. Учебните програми бяха разработени от националните консултанти по съответната специалност и/или председателите на изпитни комисия за държавен изпит за специалност бяха утвърдени от министъра на здравеопазването след съгласуване със съответната съсловна организация и висшите училища.

**По мярка 2.7.8. Усъвършенстване на процеса на специализация на специалистите в здравеопазването, включващо либерализиране на достъпа до специализация и повишаване на изискванията в хода на обучението и при придобиването на специалност;**

С приетата Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването бе осъществена концептуална промяна в реда и условията за специализация, която значително

облекчи достъпът и либерализира условията за специализация. Едновременно с това, сключването на трудов договор между специализанта и лечебно заведение дава възможност за повишаване на отговорностите на специализиращите и контрол върху процеса на специализацията. *(Виж мярка 2.7.4.)*

Допълващ ефект за изпълнението на мярка бе направената през 2016 г. промяна в ЗЛЗ, която даде възможност на специализиращите лекари да участват равностойно в лечебно-диагностичния процес, в т.ч. и при изпълнение на дейности, заплащани от НЗОК.

Актуализирането на учебните програми също бяха насочени към повишаване на изискванията за придобитите знания и умения в хода на обучението и при придобиването на специалност. *(Виж мярка 2.7.7.)*

**По мярка 2.7.9. Развитие на системата за продължаващо медицинско обучение и повишаване на контрола и отговорността на съсловните организации на медицинските специалисти при организирането и провеждането на обучението:**

С цел осигуряване на устойчива система за продължаващо обучение на медицинските специалисти като условие за повишаване на качеството на медицинската помощ, през 2016 г. МЗ съвместно със съсловните организации, подготви промени в Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина и Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, с които се регламентират правните основания за въвеждане на системи за задължително продължаващо обучение. Проектозаконът за изменение и допълнение на Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти бе приет от Министерски съвет и внесен в Народното събрание през м. октомври 2016 г. С

измененията в закона се регламентира професионалното развитие на специалистите по здравни грижи, така че то да гарантира поддържането, повишаването и разширяването на теоретичните знания и практическите умения, необходими за осигуряване на качествени здравни грижи. То ще се отразява в квалификационни нива, определени в квалификационна рамка, приета от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. Квалификационните нива ще удостоверяват придобити знания, умения и компетентности, усвоени в рамките на продължаващото медицинско обучение или придобита специалност в системата на здравеопазването за период от пет години.

С проектозакона бяха предложени изменения и в чл. 182 от Закона за здравето, с които продължаващото медицинско обучение става задължително за медицинските специалисти и контролът върху това обучение се възлага на съответните съсловни организации.

По този начин бе осигурен механизъм за активното ангажиране на съсловните организации в процеса за развитие на човешките ресурси в системата, като основна предпоставка за непрекъснато повишаване на качеството на медицинската помощ.

МЗ активно подкрепя усилията на съсловните организации на медицинските специалисти за развитие на системата за продължаващо обучение, в т.ч. обвързването му с правото за практикуване на професията и заплащането на труда.

В унисон с тази политика в сектора на спешната медицинска помощ бе осигурен механизъм за подкрепа на обучението и квалификацията на работещите чрез създаване на специален орган – Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ, финансиран със средства от държавния бюджет. *(Виж мярка 2.3.3.)*

**По мярка 2.7.10. Разработване на нов модел за заплащане на работещите в здравеопазването, обвързан с образователно-квалификационната степен, професионалната компетентност и постигнатите резултати:**

През 2016 г. МЗ подкрепи усилията на съсловните организации за разработване на нов модел за заплащане на работещите в здравеопазването, обвързан с образователно-квалификационната степен, професионалната компетентност и постигнатите резултати, като създаде условия за интегриране на въвеждането на модела в общият процес на устойчивостяване на медицинските дейности. *(Виж мярка 2.1.9)*

Като стъпка в тази посока през 2016 г. МЗ подкрепи процеса на тристранно сътрудничество в сектор здравеопазване, в резултат на което на 10.10.2016 г. беше подписан новия Колективен трудов договор в отрасъл "Здравеопазване", който определя по-високи начални месечни възнаграждения (заплати) на работещите в системата на здравеопазване по длъжности, както и известна диференциация на база придобита образователно-квалификационната степен, професионалната компетентност.

**По мярка 2.7.11. Въвеждане на съвременни системи за управление на дейностите по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в системата на здравеопазване:**

В допълнение на общите мерки по спазване на националното законодателство за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, МЗ и неговите органи осигуриха изпълнението на специфични мерки и дейности за защита на работещите в системата на здравеопазването, свързани с контрола върху медицинските източници на нейонизиращи лъчения, противоепидемичен контрол, борба с инфекциите, свързани с медицинското обслужване и др.

## ПОЛИТИКА 2.8. ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО И БЕЗОПАСНОСТТА НА МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ

### Преглед на политиката

Политиката си поставя за цел преодоляване на следните:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Неудовлетвореност от качеството и безопасността на медицинското обслужване;
- ✓ Липса на общоприета дефиниция и класификация на медицинските грешки и тяхното аналитично отчитане;
- ✓ Липса на връзка между качество и финансиране на дейността на лечебните заведения

Национална здравна стратегия 2020

В стратегията се посочва, че повишаването на качеството на здравните дейности е тясно свързано с развитието на националната система на здравеопазване, която трябва да се фокусира върху нуждите и очакванията на потребителите на здравни услуги и да въвлича в този процес участниците от всички нива. Според стратегията е необходимо въведената институционална акредитационна система да бъде развита и да се превърне в ефективен инструмент за контрол и оценка на качеството на медицинското обслужване.

Нарастването през последните години на случаите с причинена вреда на пациента по време на диагностичния процес или лечение, довели до неблагоприятен изход, императивно налага да се започне работа по създаването на регистър на медицинските грешки. Този процес изисква приемането на ясно и еднозначно определение на понятието за медицинска грешка и нейните разновидности. Необходимо е разработване на класификация на неблагоприятните събития, което е важна предпоставка за

тяхното отчитане. Тази информация трябва да служи за обучение на всички работещи в здравеопазната система - лекари, специалисти по здравни грижи и медицинска администрация, използвайки подходящи обучителни форми. С цел защита на пациента и медицинските лица е необходимо нормативно да се регламентира оправдания медицински риск, т.е. степента, до която този риск не следва да бъде санкциониран въпреки възникналата вреда в хода на лечебно-диагностичния процес.

Съсловните организации на лекари и лекари по дентална медицина, както и на фармацевти и специалисти по здравни грижи, следва да играят основна роля в процеса на осигуряване на качеството, особено при провеждането на изпреварващо обучение на членовете си и създаването на работни групи по въпроси на качеството в различните професионални сфери. Научните дружества и асоциации на специалистите в различни области на медицината следва да имат решаваща роля в разработването на препоръки, алгоритми за клинично поведение и тяхното периодично актуализиране. Образователните институции също трябва да играят важна роля в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване. Обучението в тази област следва да бъде интегрална част както от студентското, така и от следдипломното обучение. Осигуряването на качеството на здравната помощ изисква определяне и координиране на отговорностите и усилията на всички участници в управлението на процесите в здравеопазването - на национално ниво - Министерство на здравеопазването, Изпълнителна агенция „Медицински одит“, Национална здравноосигурителна каса, застрахователни фондове, а на областно и локално ниво - регионални здравноосигурителни каси, регионални здравни инспекции, общински и местни дирекции/отдели по здравеопазване.

## Настоящо състояние

### Субективна оценка на качеството и безопасността на медицинската помощ

Според Евробарометър – проучване на ЕК от 2014 г., 68 % от анкетираните българи оценяват цялостното качество на здравеопазването като „лошо“ (27 % за европейските страни). 72 % от участниците в анкетата считат, че качеството на здравеопазването е „по-лошо“ в сравнение с другите държави членки на ЕС (25 % за ЕС). Според 56 % от запитаните има вероятност пациенти да получат увреждане по време на болнично лечение (53 % средно за ЕС), а 62 % считат, че това може да се случи в извънболничната помощ (при 50 % средно за ЕС).

Това показва, че въпреки увеличеното финансиране и напредъка в технологичната осигуреност на българската здравна система, е налице ниска удовлетвореност на българските граждани от предоставяните им здравни услуги.

### Медицински одит на качеството и безопасността на медицинската помощ

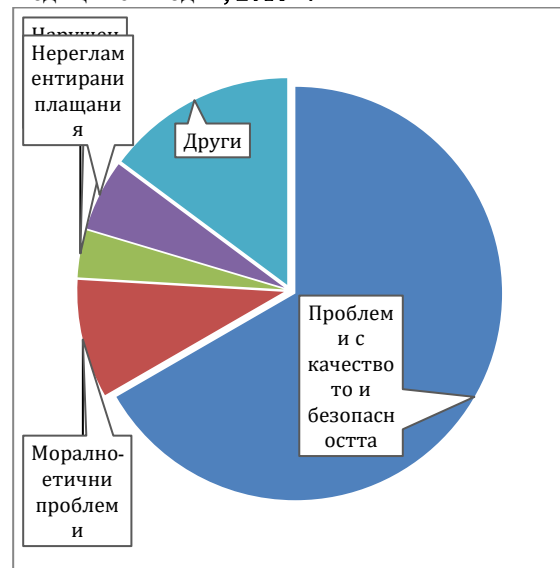
Въпреки, че удовлетвореността на пациентите е основен измерител и показател за качеството на медицинската помощ, е необходимо тя да бъде съпоставена с обективна оценка на качеството на тази помощ, разбирано като съвкупност от условията за нейното извършване и признаците и свойствата, които определят нейната „полезност“, т.е. нейните възможности да допринесе определена полза на потребителите като намалява или отстранява техните потребности произтичащи от промените в здравето им<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Определението за качество на медицинската помощ, което е прието от Американската Медицинска Асоциация (АМА).

Специализиран орган за оценка и контрол на качеството на медицинската помощ в България е създадената през 2010 г. Изпълнителна агенция „Медицински одит“

През 2016 г в ИАМО, са постъпили 664 жалби и сигнали (689 за 2015 г.) от физически и юридически лица. Жалбите от физически лица са 298 (44.9%), а тези от юридически лица – 366 (55.1%). Най-честите проблеми са свързани с: нарушено качество и безопасност – 62,4%; нарушени права на пациентите/затруднен достъп до медицинска помощ – 11,9%; морално-етични проблеми – 5,1%; нерегламентирани плащания – 3,5% и други – 17.1%. (фиг.83)

**Фиг.83 Основни проблеми, установени при медицински одит, 2016 г.**



Източник: ИАМО

Изпълнителна агенция „Медицински одит“ е извършила през 2016 г. общо 598 проверки на 316 лечебни заведения (517 проверки на 316 лечебни заведения през 2015 г.), от които 165 за болнична помощ и 145 за извънболнична помощ. Най-често констатирани нарушения (Приложение 1, фиг.6) през 2016 г. са свързани с:



✓ Не е оказана своевременна или достатъчна по обем медицинска помощ, което води до късно диагностициране и забавяне на лечението на пациентите. Това показва, че не се спазват утвърдени алгоритми на поведение в областта на добрата медицинска практика. Констатира се значително увеличение (с 11%) на броя нарушения в сравнение с 2015 г.

✓ Непълнота на медицинската и друга документация - липса на доказателство за извършените от медицинските специалисти дейности, което води до нарушаване на непрекъснатостта на лечебно-диагностичния процес в рамките на и между лечебните заведения.

✓ Липса на подписани информирани съгласия, като пациентите продължават да твърдят, че не са получили необходимата информация за предстояща процедура. Липсва директна комуникация между тях и лекуващия ги лекар, а по-скоро - само изискване на подписи на документи, предоставени им от други членове на персонала (медицинска сестра, регистратор, др.). Процесът на попълване и подписване на информирано съгласие е формален, без да се осъзнава отговорността и елементите на защита на този документ за самия лекар.

✓ Липса или неспазване на вътрешни правила за осъществяване на организацията на лечебно-диагностичния процес, което показва неприложен или неефективен контрол от страна на ръководството на лечебното заведение, част от което са и началници на клиники/отделения.

✓ Неизяснена е терминологията на медицинската грешка и нейните разновидности, което затруднява процеса на отчитане и предприемане на съответни действия за извършване на подобрения поради страх от наказание, изолация и др. за медицинския персонал.

✓ Недостатъчен контрол върху правоспособността и квалификацията

на медицинските специалисти, както и върху правилата за организация на лечебно-диагностичния процес, което води до допускане на пропуски от момента на приемане на пациент в дадено лечебно заведение.

Други нарушения са всички онези изводи, препоръки по отношение структура и управление, установени пропуски, които не могат да бъдат санкционирани от ИА "Медицински одит" поради изтекли преклузии, различни форми на прекратяване, чужди компетенции и т.н. Същите обаче са съществени и важни за нуждите на следствие, обвинение, принципал, ръководство на ЛЗ и т.н., в това число и на всички заинтересовани граждани и организации /пострадали лица, наследници, пациентски организации, застрахователи и т.н./. Същите тези констатации са годни, относими и приложими за нуждите на обвинението - в лицето на Прокуратурата на РБългария, на гражданския ищец - в лицето на засегнатото лице или неговите наследници и т.н. Поради коментираната важност, обем и ниво на сложност ИАМО създаде и понастоящем поддържа регистър и на коментираните „други“ нарушения.

✓ Отчита се съществено намаляване (с 10%) на нарушенията, свързани със спазването на изискванията на медицинските стандарти при сравняване на данните от 2015 и 2016 г. Също така има незначително намаляване (с 3%) на допуснати слабости в организацията и управлението на лечебния процес. Почти половината от случаите на установени пропуски по прилагането и спазването на утвърдените медицинските стандарти касае случаите на неправилно водена, непълна и/или липсваща медицинска документация. От горното следва и извода, че коментираната сфера се нуждае от нарочен регламент по реда на Закона за здравето - доколкото не всички медицински стандарти съдържат детайлен регламент по отноше-

ние на изискванията към медицинската документация.

✓ Най-допусканите нарушения са от приложното поле на Закона за здравето и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ – над 50% от общия брой нарушения, като 25% от установените пропуски и нарушения не предполагат произнасянето на ИАМО, но служат за нуждите на други институции, заинтересовани лица и организации. Водещ дял от контролните производства, респ. водещ ползвател са органите на Прокуратурата и Следствието на Р. България. С по-малък но съществен дял са установените пропуски и нарушения по реда на ЗЛЗ, Наредба № 49 за устройството дейността и вътрешния ред в ЛЗБМП, както и пропуските произтичащи с реда и начина на водене на медицинска документация.

С успех се ползват разпоредбите касаещи информираното съгласие на пациентите – чл. 87 – 88 и 89 от Закона за здравето. Все по-рядко се установяват случаи на извършване на медицински интервенции без обсъждане с пациента на желания резултат, алтернативите, рисковете и т.н. Първоначалната съпротива по прилагането му през 2010 г. е изцяло преодоляна. Наблюдават се тенденции по места да се разработват изключително прецизни и детайлни разяснения, свеждащи неизвестните до минимум. Тук положителна мярка би се явило разпространението на добрите практики – доколкото формите на информирано съгласие не са унифицирани. В тази насока от 2015 г. активно се работи с БЗС, който с активното участие на експерти на Агенцията, в крайна сметка утвърди единен образец за информирано съгласие.

При установените нарушения по чл. 86 от ЗЗ (Права на пациента) най-често се касае за нарушени икономическите права на пациента. Изключително мощния стимул на ЛЗ да реализират приходи чрез различни форми на доплащане

по реда на коментираната наредба често води до такива нарушения, поради явната несъразмерност между реализираните приходи и размера на последващите санкции, които в по-широк смисъл могат да се приравнят с липса на санкции – доколкото санкционните последиците не нарушават съществено реализирания от дружеството интерес.

Анализът на резултатите от контролната дейност на ИАМО през 2016 г., свързана с качеството и безопасността на медицинското обслужване, показват, че основните причини, довели до нежелани сериозни събития по време на диагностично-лечебния процес, се отнасят до слабости в организацията и мениджмънта, т.е. наблюдава се процес на допускане на системни грешки. Констатиран се редица фактори, които влияят върху безопасността на медицинското обслужване като:

- липса на система за отчитане на допуснатите медицински грешки поради незнание, страх от обвинение, уволнение, изолация и т.н.; невъзможност да се извлекат съответните поуки с цел превенция и извършване на подобрения в системата;
- липса на система на риск мениджмънт като процес на идентифициране, оценка, анализ и управление на всички потенциални рискове, които директно или индиректно влияят върху безопасността на пациентите при осъществяване на медицинските дейности;
- недостатъчна осигуреност с необходимия микс от медицински персонал;
- недостатъчно обучение в областта на безопасността на медицинското обслужване, вкл. отчитане на медицинските грешки;
- липса на система за задължително продължаващо медицинско обучение.

В резултат на направените анализи от проверките на ИАМО са изготвени и аналитични доклади с които са запознати институциите и обществеността.

### Дейност по изпълнение на политиката:

#### По мярка 2.8.1. Въвеждане на система за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване:

Със създаването през 2010 г. на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ в България се осигури капацитет за обективна оценка на качеството на оказваната медицинска помощ в страната. За периода от своето създаване ИАМО работи за изграждането на система за тотално управление на качеството в здравеопазването на национално ниво, която да обхваща всички звена, структури и здравни институции. Освен контролните си функции, агенцията подпомага процесите по подобряване на качеството и безопасността на медицинското обслужване на гражданите, като стимулира различните субекти в здравеопазването и изпълнителите на медицинска помощ към устойчиви подобрения в работата, в качеството и в повишаване на професионализма.

Агенцията стимулира процеси на непрекъснати промени в здравеопазването, чрез които да бъде гарантиран достъпът на българските граждани до качествена, безопасна, ефективна, навременна и в пълния ѝ обем медицинска помощ.

В ИАМО в резултат на извършената контролна дейност за 7-годишния период на съществуване е събрана значителна база данни в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване. Създадени са регистрите на подконтролните обекти, които непрекъснато се обновяват и разширяват. Наличната информация се използва за аналитична дейност. Наличната информация дава възможност за проследяване и анализиране на качеството на медицинските дейности в различните региони на страната.

През 2016 г. са изготвени са 4 тематични аналитични доклади за настоящото състояние на качеството в различни

медицински направление – хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология и онкология.

Съществуващата база данни е основа за усъвършенстване на нормативната уредба в областта на подобряването и контрола на качеството на медицинската помощ и въвеждане на система за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване. Важна стъпка в този процес е усъвършенстването на процедурата по акредитация на лечебните заведения, която по своето същество е система за оценка на качеството на предоставяните здравни услуги (Виж мярка 2.5.2.)

#### По мярка 2.8.2. Създаване на регистър за отчитане на медицинските грешки:

Разработването на концепция за отчитане на медицинските грешки на национално ниво е включено като предстояща за реализация до 2020 г. дейност на Изпълнителна агенция „Медицински одит“<sup>14</sup>.

Предвид сложността и особената обществена чувствителност към този проблем през 2016 г. в подготвителния етап ИАМО полага усилия за изграждане на капацитет и партньорства, в т.ч. число чрез участие в различни международни организации, както и в национални и международни форуми в областта на качеството.

Във връзка с това ИАМО участва в семинар на тема „Медицинска отговорност (Лекарската (медицинска) грешка и застраховка „Професионална отговорност) 2014-2016 г. Две години по късно“, организирана по инициатива на Международния съюз на адвокатите (UIA), Висшият адвокатски съвет и Софийския адвокатски съвет със съдействието на Юридическия факултет на Софийски университет „Св. Климент Ох-

<sup>14</sup> Стратегическа концепция на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ 2016-2020 г.

ридски“ и Център за обучение на адвокати „Кл.Цонев“.

**По мярка 2.8.3. Нормативно регламентиране на оправдан медицински риск:**

Изпълнението на мярката е пряко свързано с изпълнението на мярка 2.3.2.

**По мярка 2.8.4. Обучение в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване, комуникацията пациент – медицински специалисти и управлението на конфликти:**

Изпълнителна агенция „Медицински одит“ е подписала Меморандуми за сътрудничество със съсловните организации в страната за развитие на медицинската наука и практика, ориентирана към една обща цел – по-качествено здравеопазване и достъпна медицинска грижа за пациентите в страната. Темите, свързани с качеството и безопасността следва да бъдат елемент на продължаващото обучение в системата на здравеопазване.

Подписани са и меморандуми с ИАЛ, НЗОК, Столична община. Всички страни по силата на подписаните Меморандуми за сътрудничество, убедени в необходимостта от партньорство и взаимопомощ в условия на споделена грижа, добросъвестност и доверие, работят и за развитието на общественото здравеопазване.

ИАМО планира и развитие на капацитет за организиране и провеждане на специализирани обучения на медицинския и административен персонал на лечебните заведения по въпросите, свързани с качеството.

**По мярка 2.8.5. Колаборация със средствата за масова информация с цел предоставяне на информация за качеството и безопасността на медицинското обслужване за обществеността:**

Въпросите, свързани с качеството на медицинската помощ са особено чувствителни за всички заинтересовани страни. Обективното и прозрачно отразява-

не на проблемите и резултатите от дейностите по контрол и оценка на качеството са приоритет в дейността на ИАМО. Затвърди се стила и стилистиката на ИАМО по отношение на взаимовръзките с обществеността, институциите, медиите. Продължи политиката на откритост и публичност чрез редица публикации и участия в електронните медии, чрез отклик на стотици жалби и среща с десетки жалбоподатели. Всеки казус, който пряко кореспондира със собствената ни компетентност и правомощия, бе коментиран и отразен в различните медии, включително и публикуван на сайта на ИАМО.

Периодично се извършва Оценка на удовлетвореността на потребителите на услугите на ИАМО чрез анкета, публикувана на нейната интернет страница. ИАМО и нейни представители бяха сред организаторите на семинар за журналисти, съвместно с болница „Тракия“ в Ст. Загора. Смесът от събитието беше разнопосочен: отразени бяха в медиите редица проблеми и казуси, които Агенцията всекидневно решава, включително и работата, свързана със съда, прокуратурата и други институции. Агенцията разработи и проведе анкетно проучване за Нагласи на медицинските специалисти и пациентите за безопасността като елемент на качеството на медицинските дейности. Отговорите на въпросите и направените предложения са от особена важност като вариант на обратна връзка и информация, чрез който се постигат корекции в работата и оптимизиране на усилията в интерес на цялата здравна система.

Всички доклади и резултати от контролната дейност са обществено достъпни на страницата на агенцията.

Средствата за масова информация са активен партньор в този процес. През 2016 г. те отразиха редица случаи на жалби по повод неблагоприятния ход на медицинското обслужване, за които

им бе представена обективна информация и експертиза.

**По мярка 2.8.6. Партньорство и ясно дефиниране на отговорностите на всички участници (институции и организации на национално, регионално и локално ниво) в процеса на осигуряване на качеството и безопасността на медицинското обслужване, вкл. развиване на международното сътрудничество в тази област:**

През септември 2016 г. ИАМО участва в работата на 22-та конференция на EPSO (European Partnership for Supervisory Organizations in Health Services and Social Care) в Стокхолм, организирана от The Inspectorate of Health and Social Care, Sweden. Беше отделено специално внимание на ефективността на контрола върху доставчиците на медицинска помощ и критичното значение на комуникацията между тях и ИАМО.

Основният извод е необходимостта от насочване вниманието (усиления) на агенцията от санкционирането към превенцията. Този подход има доказан ефект във всички други страни-членки на EPSO, и беше предложен за България при обсъждането на т.нар. „обща рамка на ключовите индикатори“ за оценката на качеството и безопасността на пациентите.

В резултат на осъществените ползотворни контакти ИАМО подготви съвместен проект за транснационално сътрудничество с холандска организация, в рамките на който ще бъдат проучени най-добрите практики в европейските държави в областта на контрола на качеството и безопасността на пациентите.

Проектното предложение е да идентифицира и осъществи трансфер на две социални иновации – една в областта на планирането и провеждането на инспекции на организации, предоставящи медицински услуги, базирано на анализ на риска и друга в областта на ангажирането на пациентите в контрола на

качеството и безопасността на медицинските услуги.

Проектът е одобрен по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020.

**По мярка 2.8.7. Оптимизиране на контрола върху качеството и безопасността на медицинското обслужване по места.**

Контролът върху качеството на медицинското обслужване не следва да се разбира само като дейност на институционализираните контролни органи.

Действеният контрол изисква участие на всички участници в процеса на оказване на медицинска помощ, в т.ч. ръководния и административен персонал на лечебните заведения и медицинските специалисти, които имат пряката отговорност за лечението и грижите за пациентите и като такива са ключовата фигура по осигуряването и развитието на качеството на медицинската помощ. Затова ИАМО развива капацитет да анализира и систематизира данните от осъществените проверки и да предоставя на лечебните заведения препоръки за подобряване на дейността.

Подобен тип партньорство има дългосрочен ефект и създава предпоставки за развитие на ефективни системи за контрол на качеството в самите лечебни заведения.

Сътрудничеството с пациентите и техните близки, както и с пациентските организации е основен момент по осигуряването и развитието на качеството. Пациентите могат и трябва да участват при оценката на качеството на лечебните заведения винаги, когато това е възможно, като се използват различни канали за комуникация с пациентите и техните организации.

В тази връзка цялостната реализация мярката пряко зависи от изпълнението прилагането на законовата уредба, въвеждаща задължение на НЗОК да извършва проучване на удовлетвореността на пациентите. (Виж мярка 2.1.12)

## ПОЛИТИКА 2.9. ЕФЕКТИВНО СТРАТЕГИЧЕСКО И ОПЕРАТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

### Преглед на политиката

Политиката си поставя за цел преодоляване на следните:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Неудовлетвореност от качеството и безопасността на медицинското обслужване;
- ✓ Липса на общоприета дефиниция и класификация на медицинските грешки и тяхното аналитично отчитане;
- ✓ Липса на връзка между качество и финансиране на дейността на лечебните заведения

Национална здравна стратегия 2020

В стратегията се посочва, че анализът на резултатите от започналата през 1999 г. здравна реформа в България е открил като съществена бариера за постигане на поставените цели непреодоленият управленски дефицит на всички нива в системата. Промяната в структурата и финансовите механизми на системата не е била подкрепена от адекватни промени в управленския стил и организационната култура. Липсата на консенсус за дългосрочните стратегически цели и приоритети на здравеопазването и политическата неустойчивост не са позволили своевременното провеждане на необходимите промени и са задълбочили дисбалансите в системата. Досегашният акцент и фокус в управлението на здравната система е насочен изключително към оперативния мениджмънт (текущ, краткосрочен, ежедневен и фрагментиран), без ясна ориентация към средносрочни и дългосрочни цели и резултати.

Според стратегията настоящата ситуация и прогнозите за здравно-демографското и икономическо състоя-

ние на страната в следващите години определя потребността от ясна стратегическа ориентация в управлението на здравната система за реализация на формулираните цели, приоритети и политики.

На национално ниво стратегическото управление, осъществявано от Министерството на здравеопазването следва да се насочи към предвиждане на промените, стимулиране на иновациите и инвестиране в промоция на здравето и профилактика на заболяванията. Публичните политики трябва да бъдат достатъчно гъвкави, за да отговорят на сложността и да са подготвени за несигурността. Следва да се развива взаимодействието с всички министерства и други държавни структури и организации при разработването и изпълнението на стратегии и програми от национално и международно значение, имащи пряко или косвено отношение към здравето. Публичните институции на всички нива следва да обмислят създаването на капацитет в помощ на съгласуваността и междуведомствените мерки за решаване на проблемите на здравето, както и да създадат структури и процеси, които да позволят все по-активно участие на широк кръг от заинтересовани субекти.

Решаваща предпоставка и условие за изграждането на здравна система, ориентирана към качество и резултати, е осигуряването на компетентно оперативно управление в лечебните заведения. Управлението на лечебните структури следва да преразгледа разбирането за мениджмънта като управление на сбор от сгради, апаратура и технологии и едва на последно място на хора и да развие управленска философия, ориентирана към търсене на ключовите механизми за активизиране и стимулиране на основния фактор в системата – хората. Това ще осигури формиране на организационна култура и подкрепя на медицинските специалисти за реализация на здравнополитическите цели.

**Дейност по изпълнение на политиката:**

**По мярка 2.9.1. Повишаване на капацитета за междусекторно сътрудничество за реализация на стратегическите цели в полза на здравето:**

Националната здравна стратегия 2020 изрично посочва необходимостта от прилагане на подхода „здравето във всички политики“ и подчертава, че управлението, насочено към подобряване на здравето и благосъстоянието, не следва да е приоритет само за здравната система. Това следва да е двупосочен процес, който гарантира, че във всички сектори има яснота и решителност за действия за осигуряване на по-добро здраве, като в същото време се взима предвид и начинът, по който здравето влияе на всички тях.

През 2016 г. основна платформа за реализация на междусекторното сътрудничество бе Програмата на правителството за стабилно развитие на Република България 2014-2018 г.

В рамките на реализирането на ключови за развитието на системата на здравеопазване международни и европейски проекти бе реализирано активно сътрудничество с Министерски съвет, Министерството на труда и социалната политика, Министерството на регионалното развитие и благоустройството, Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията, Министерство на икономиката. (Виж...) Постоянно е сътрудничеството с МТСП по отношение на интеграцията на секторите на здравеопазването и социалните грижи в областта на интегрираните здравно-социални услуги, медицинската експертиза на работоспособността и степен на увреждане, социално подпомагане на лица с медицински проблеми и др.

Сътрудничеството с МОН е насочено към постоянно усъвършенстване на ка-

чеството на обучението на специалисти, необходими за системата на здравеопазването и адекватно планиране, в съответствие с потребностите на системата и капацитета на учебните заведения.

Взаимодействието с МВР бе в областта на подобряване на координацията и взаимодействието при оказване на спешна медицинска помощ и спасителни действия при бедствия, както и в областта на превенция на насилието срещу медицинските специалисти. Съвместно с МВР и органите на прокуратурата бяха предприети действия по установяване и предотвратяване на лоши практики и борба с корупцията.

Трайно е взаимодействието със Министерството на отбраната във връзка с планиране на медицинското осигуряване на населението във военно време, както и при осигуряване на санитарна авиация за медицинска евакуация.

Сътрудничеството с Министерството на туризма е насочено към подобряване на медицинското обслужване в курортните и туристически обекти, както и прецизиране и регламентиране на спа и уелнес услугите, които могат да окажат влияние върху здравето на човека.

В сферата на дейностите, свързани с опазване на общественото здраве, в т.ч. противоепидемичния контрол, са изградени трайни взаимоотношения с Министерството на околната среда и водите и Министерството на земеделието и храните по отношение на контрола върху рисковите фактори за здравето, свързани с качеството на въздуха, водите, храните и др.

**По мярка 2.9.2. Развитие на механизмите за реално гражданско участие, подкрепа и граждански контрол върху здравната политика и върху управлението на промените в здравната система:**

Осигуряването на ефективни механизми за участието на гражданското общество в процесите на вземане на решения в областта на общественото здраве и изг-

раждането на култура и механизми за сътрудничество между правещите политиката в областта на общественото здраве и тези, за които тя се прави, бе един от приоритетите в дейността на Министерството на здравеопазването през периода. То се ангажира със създаването и развитието на инициативата „Партньорство за здраве“ като постоянен, динамичен, развиващ се форум за взаимодействие между всички обществени групи, заинтересовани от процесите в системата на здравеопазването, който да гарантира публичност и прозрачност при вземането на решения. Още при стартирането на инициативата бе взето решение тя да бъде институционализирана, за да бъде гарантирана нейната устойчивост. С Постановление № 151 на МС от 15.06.2015 г. беше създаден Съвет „Партньорство за здраве“ - консултативен орган на Министерския съвет за координация и сътрудничество при разработване и провеждане на политики в областта на общественото здравеопазване и подобряване достъпа до своевременна, адекватна и ефективна медицинска помощ и здравни услуги за гражданите.

Основните цели на съвета са постигане на взаимодействие, широк обществен консенсус и сътрудничество при разработването, провеждането, мониторинга и оценката на здравните политики, както и при осъществяването на реформи в сферата на здравеопазването.

Към Партньорството през 2016 г. функционираха 3 работни групи - „Реформа в организацията на здравеопазването“, „Качество на здравната система“ и „Лекарствена политика и медицински изделия“.

За периода от своето създаване до края на 2016 г. Съветът е провел 6 заседания, а заседанията на работните групи са 23, като на тях са обсъдени всички разработени през периода проекти на законови и стратегически документи на МЗ и свързаните с тях цели, политики и очак-

вани резултати. Проведените дискусии и изразените мнения допринесоха за подобряване на управленските решения.

Развитието на инициативата в бъдеще ще осигури необходимите условия за трансформация на модела на управление на здравеопазването от централизиран модел до модел на сътрудничество, който провежда колективно управление чрез широк кръг държавни и обществени участници, включително граждани, неправителствени организации и медии.

### **По мярка 2.9.3. Повишаване управленската компетентност на ръководните кадри на всички нива в системата на здравеопазването:**

Управлението на процесите в системата на здравеопазването изисква специфичен комплекс от компетентности, който съществено се различава от другите социално-икономически сфери. Наличието само на медицински или само мениджърски компетентности крие управленски риск, който често е подценяван при избора на ръководни кадри.

МЗ е осигурило прозрачна процедура за оценка на професионалните компетентности на ръководителите на своите второстепенни разпоредители с бюджет чрез конкурс и периодична атестационна процедура. Конкурсен е изборът и на всички ръководители на лечебни заведения - 100% държавна собственост.

Въведените в ЗЛЗ изисквания към квалификацията на управителните органи на лечебните заведения, независимо от тяхната собственост са база за отговорен избор от страна на собствениците.

### **По мярка 2.9.4. Въвеждане на системи за мониторинг и оценка на въздействието на политиките, имащи отношение към здравето:**

Националната здравна стратегия 2020 има ясно разписана система за оценка и мониторинг на степента на изпълнение на заложените в нея политики, част от която се явява настоящият доклад.



Системата за мониторинг и оценка на Националната здравна стратегия 2020 е представена в раздел Мониторинг и оценка на стратегическия документ. Съгласно него тя е част от общата система за мониторинг и оценка на политиките за опазване на здравето и благосъстоянието, фокусирана върху изпълнението на Национална програма за развитие: България 2020, Националната програма за реформи, Национална здравна стратегия 2020 и други свързани със здравето и здравната система програмни документи и планове.

Обект на мониторинг и оценка са приоритетите и политиките за реализация на националните здравни цели, заложи в Националната здравна стратегия и разработения План за действие към нея.

Мониторингът на Националната здравна стратегия 2020 има за цел да осигури ефективни механизми за систематичното и непрекъснато събиране, анализ и използване на информация с цел управленски контрол, идентифициране и предприемане на корективни действия при реализацията на стратегическия документ

В Националната здравна стратегия 2020 е предвидено процесът на мониторинг на нейното изпълнение да се осъществява непрекъснато и се отчита ежегодно при изготвяне на годишния доклад за здравето на гражданите.

Оценката на изпълнението на Националната здравна стратегия 2020 има за цел да установи доколко постигнатите резултати от изпълнението на заложените политики съответстват на общест-

вените очаквания и потребности от развитието на системата на здравеопазване.

Съгласно Националната здравна стратегия 2020 междинната оценка за нейното изпълнение следва да се извърши едновременно с междинната оценка на резултатите от прилагането на Националната програма за развитие: България 2020 и изпълнението на предварителните условия в част Здравеопазване по Споразумението за партньорство с ЕК. В зависимост от резултатите от оценката се взема решение за актуализиране на Плана за действие за периода до 2020 г.

Окончателната оценка на резултатите от изпълнението на Националната здравна стратегия 2020 следва да бъде осъществена към момента на приключване на срока за реализация на Плана през декември 2020 г.

Поради краткият срок на действие на Националната здравна стратегия 2020 (приета от Народното събрание на 17.12.2015г.) в Доклада за състоянието на гражданите за 2015 г. не бе извършен мониторинг на изпълнението на НЗС 2020, въпреки че изпълнението на част от мерките, залегнали в проекта на стратегия стартираха още през 2015 г.

Настоящият доклад за състоянието на здравето за 2016 г. е първият, в който се отчита изпълнението на приоритетите и политиките на НЗС 2020 и степента на изпълнение на националните здравни цели.

### ПРИОРИТЕТ 3 УКРЕПВАНЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Приоритет 3 на НЗС 2020 включва политики и мерки за интегриран подход за гарантиране и съхранение на здравето на обществото и отразява разбирането, че грижата за общественото здравеопазване е ангажимент на държавата, институциите, обществото като цяло и на отделния индивид, а постигането на по-добри резултати изисква постоянни инвестиции и усилия за укрепване капацитета на общественото здравеопазване.

В стратегията се посочва, че за изпълнение на приоритета за укрепване на капацитета на общественото здравеопазване и постигане на целите за провеждане на ефективна държавна политика за опазване на здравето на населението следва активно да бъдат въвличени всички обществени сектори, а не само структурите на здравната система. Синхронизирането на дейността по опазване на общественото и индивидуалното здраве на различните йерархични нива – между министерствата и техните подчинени структури, между министерствата и други институции на национално, регионално и локално ниво на управление, гражданското общество и държавните институции е от изключително значение за провеждането на единна здравна политика и постигане на поставените цели.

В стратегията се посочва, че подобряване на общественото здраве е необходимо планирането, разработването и провеждането на политика по промоция на здраве, интегрирана профилактика на незаразните болести, надзор на заразните болести и ефективен държавен здравен контрол за ограничаване на заболяемостта от незаразни и заразни болести и предпазване от неблагоприятното въздействие на поведенческите рискови фактори и факторите на жизнената среда.

Във връзка с това в Приоритет 3 са включени 3 политики:

Политика 3.1. Промоция на здраве и профилактика на болестите

Политика 3.2. Надзор на заразните болести

Политика 3.3. Ефективен и качествен държавен здравен контрол

„Усилията за засилване на здравната промоция и превенцията все още предстои да дадат резултат

Значителна част от смъртните случаи биха могли да бъдат предотвратени чрез справяне с поведенческите рискови фактори и засилване на първичната профилактика. По-специално разпространението на тютюнопушенето и консумацията на алкохол в България продължава да бъде сред най-високите в Европа.

Въпреки това през 2014 г. смъртността, свързана с употребата на алкохол, е била незначително по-висока от средната за ЕС, както и смъртните случаи, дължащи се на пътнотранспортни произшествия.

Като положителен аспект, напоследък България е разширила усилията си за здравна промоция и профилактика. Забраната за тютюнопушене на обществени места е въведена през 2012 г. и Националната програма за превенция (2014-2020 г.) съсредоточава вниманието върху ранната диагностика на незаразни болести, и по-специално на сърдечно-съдовите заболявания. Това е подкрепено с увеличение през 2017 г. на бюджета, предназначен за ранна диагностика и скрининг. Доставчиците са стимулирани да участват в скрининг-прегледи и профилактика.“

State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017

## ПОЛИТИКА 3.1. ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

### Преглед на политиката

Политиката си поставя за цел преодоляване на следните:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Значителна част от населението е носител на сериозни поведенчески рискови фактори;
- ✓ Недостатъчно осъзната лична и обществена отговорност по отношение на индивидуалното здраве, здравето на семейството и на цялото общество.
- ✓ Липсва активна държавна политика в областта на промоцията и профилактиката.

Национална здравна стратегия 2020

Съществува неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на населението в България, съответно за предотвратяване на голяма част от заболяванията и преждевременната смъртност, който основно е в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите.

Промоцията въвежда активния подход към здравето и променя отношението на личността към него (личностен подход и социална отговорност), а профилактиката променя някои рискови за здравето фактори с цел недопускане на заболяване или предпазване от усложнения.

Ефективната профилактика обхваща едновременно няколко основни направления: подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични), приобщаване на населението към здравословния начин на живот; разработване и реализация на програми за профилактика и ранна диагностика на хроничните заболявания; прилагане на интердисциплинарни модели в дейностите по тяхната профилактика и др.

Концепцията за факторите на риска следва да бъде в основата на профилактичните дейности по програмите, при водещ популационен подход за интервенция. Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност) води до намаляване на смъртността и заболяемостта от тези болести, съответно и на тяхното бреме за обществото.

Основна платформа за реализация на политиката е Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести, приета от МС през 2013 г., чиято стратегическа цел е подобряване на здравето на населението и повишаване качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и последствията за здравето (инвалидизация) от основните хронични болести.

Особено важно е преодоляването на наличния значителен дефицит на знания, умения и мотивация за здравословен начин на живот сред уязвимите групи и лица в неравностойно положение, което е една от причините за формиране на негативни тенденции, касаещи здравния статус на населението.

В политиката за промоция на здравето и профилактика на болестите следва активно да бъдат въвлечени и други обществени сектори (образованието, социалната сфера и др., местните органи на власт, бизнесът, средствата за масова информация, неправителствените организации, населението). Само при такова взаимодействие би могло настоящите междусекторни политики, насочени към превенция и контрол на рисковите фактори, да дадат резултат. За да бъде успешна, политиката по промоцията на здравето и профилактиката на болестите следва да се прилага интегрирано от всички звена на здравната система.

**По Мярка 3.1.1. Прилагане на интердисциплинарен подход при изпълнение на политиките за промоция на здравето и профилактика на болестите на междуинституционално равнище при водеща и координираща роля на МЗ:**

През 2016 г. Министерство на здравеопазването координира изпълнението на дейността по следните програми:

**Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 – 18 г. (2015-2020г.), приета с Решение № 559 на МС от 31.07.2014 г. (Виж Приоритет 1)**

**Национален план за действие на инициативата „Десетилетие на ромското включване“ 2010 – 2015 г.**

През 2016 г. с осигурените през 2015 г. 21 мобилни кабинета за осигуряване на равенство в достъпа до качествени здравни услуги и превантивни програми са извършени общо 13 282 прегледа и изследвания в 11 области на страната (Благоевград, Бургас, Варна, Кюстендил, Монтана, Плевен, Пловдив, Сливен, Софийска област, Стара Загора и Хасково). Диагностицирани са 1728 лица с констатирани заболявания и 240 лица с отклонения от нормата на клинично-лабораторните изследвания. Всички лица, при които са констатирани заболявания са насочени към съответни специалисти за последващо лечение. (Приложение 1, табл.18)

Провеждането на прегледите е предшествано или съпътствано от разяснителни кампании за значението на профилактичните прегледи. Проведени са 119 обучения с над 1 280 лица; 9 дискусии със 113 лица; 1034 беседи и лекции, като са обхванати 4 435 лица; проведени са 94 разяснителни кампании, в които са обхванати над 3 650 лица; реализирани са 43 прожекции на филми и клипчета на здравна тематика; 21 презентации; раздадени са 12 889 здравно-информационни материали; проведени са 879 здравно-информационни съби-

тия; 63 индивидуални консултации; извършени са 2 анкетни проучвания, обхванати са 200 лица; 9 интерактивни занятия; реализирани са 20 радио и 12 ТВ предавания; 63 публикации в интернет и 40 в пресата.

Дейностите са реализирани с подкрепата и помощта на медицински специалисти, 195 здравни медиатори и неправителствени организации.

**Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ), приета с Решение № 538 от 12.09.2013 г. от Министерският съвет:**

През 2016 г. са реализирани планираните дейности:

- В изпълнение на т. 16 от Протокол-решение № РР-26/08.06.2015 г. на Ръководството на МЗ за осигуряване на устойчивост на проекта ВГ051Р0001-5.3.02-001-С0001 „Спри и се прегледай“ (реализиран с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013, съфинансирана от Европейския социален фонд), чрез дейности в рамките на Националната програма за превенция на ХНБ 2014-2020 г. е издадена възлагателна заповед РД-01-260/02.09.2016 г. до РЗИ за извършване на скринингови изследвания с цел ранно откриване на рак на млечна жлеза, рак на шийката на матката, рак на дебелото и правото черво.

Във всяка РЗИ е обособен по един регионален координатор на скрининга. В Националния център по обществено здраве и анализи се поддържа Национален скринингов регистър. Изискани са данни от ГД ГРАО, НЗОК и Националния раков регистър и е направена селекция на целевите групи. Изпратени са поименни покани до 6 000 души – по 2 000 покани за всяка от трите локализации. Извършени са прегледи и изследвания на 17,35 % от поканените за скрининг за рак на дебелото и правото черво, на 34,35 % за скрининг за рак на шийката на матката и на 21,6 % за скри-

нинг за рак на млечна жлеза от 86 лечебни заведения от цялата страна.

Министерството на здравеопазването и Националният център по общественото здраве и анализи, с подкрепата на СЗО, организираха и проведеха през месец ноември 2016г. работна среща по Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести. На срещата присъстваха регионалният координатор или отговорник за изпълнението на програмата. Представен и обсъден бе изготвен проект на „Методология и рамка за оценка на изпълнението на националната програма за превенция и контрол на ХНБ“. Проектът е изготвен от експерти на НЦОЗА и МЗ, в сътрудничество с експерти от Световната здравна организация. На срещата бяха обсъдени и дейностите, извършени през 2015г и 2016г., на национално и регионално ниво, в изпълнение на Работната програма на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020г.

**Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка (РМШ), приета от Министерски съвет с Протоколно Решение № 29 от 25.07.2012 г.:**

Стратегическата цел на програмата е чрез осигуряване на имунизационна защита на момичета от основните целеви групи (12 и 13 г.) да се постигне намаляване на заболяемостта и смъртността от РМШ в страната.

През 2016 г. по изпълнение на Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка от регионалните координатори са проведени са 273 родителски срещи с участието на 1 414 родители; раздадени са над 27 000 бр. информационни и обучителни материали (брошури и DVD); проведени са 675 срещи с медицински специалисти, здравни медиатори, ОПЛ; изготвени са над 7 000 броя писма и брошури.

В рамките на Програмата е постигнат имунизационен обхват от 14,3% за първи прием и 14,1 % за втори прием при целевата група на 12 годишните момичета и 5 % за първи прием при двудозовата схема при момичетата на 13 годишна възраст.

През м.01.2016 г. са проведени обучителни модули за директорите на дирекции „Надзор на заразните болести“, директорите на РЗИ, регионалните координатори по Програмата и здравни медиатори. За поредна година в Народното събрание на Република България е проведена годишна среща по повод откриване на Европейската седмица за борба с рака на маточната шийка.

**Национална програма за профилактика и контрол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората в Република България, 2014-2018 г., приета с Решение № 173/28.03.2014 г. на МС:**

Във връзка с недопускане разпространение на вируса Зика в страната през 2016 г. са изготвени указания до РЗИ за предприемане на превантивни мерки. Предоставени са и актуализирани препоръки на СЗО за провеждане на профилактични и протиепидемични мерки за недопускане местно разпространение на малария и др. тропически паразитози, химиопрофилактика и лечение на резистентна и усложнена малария. Във връзка с летния сезон и увеличаване трафик на хора и товари са разпоредени мерки за засилване на епидемиологичния надзор на случаите при хора развили инфекции на ЦНС след ухапване от комари и при симптоми на вирусен менингит/менингоенцефалит.

По отношение на Кримска-Конго хеморагична треска (ККХТ) са изследвани 1 145 кърлежи (резервоари и вектори на заболяването), серуми от животни (овце, кози и крави) и от 1 543 лица за наличие на антитела срещу вируса на ККХТ. При 6,3% от кърлежите (обл. Бургас и Кърджали), 18,8% от животни-

те (Бургас, Кърджали и Разград) и при 3,7% от хората (от 20 области в страната) е доказано наличието на инфекция.

С цел проучване разпространението на хантавирусните инфекции в България са уловени 110 гризачи от ендемични региони, като при 3 от тях е доказан хантавирус Добрава.

За определяне на серопревалентността на кърлежовия енцефалит са изследвани 1451 серумни проби от здрави лица от цялата страна за наличието на специфични антитела и е определено средно ниво от 0,6%. С най-високи нива са области Габрово (4,8%) и Русе (4%).

Продължава видовото определяне на свалените от хора кърлежи и тяхното изследване за носителство на *Borrelia burgdorferi*, причинител на Лаймската болест. През 2016 г. са изследвани общо 795 кърлежи, от които с генетични техники са установени 118 заразени (14,8% заразеност). Със съмнение за Лаймска болест серологично са изследвани 2 416 души.

През 2016 г. продължи сероепидемиологичното проучване на висцерална лайшманиоза на жители на общини Първомай (обл. Пловдив) и Петрич (обл. Благоевград), които в последните години се очертават като постоянно активни огнища на трансмисия на заболяването. Изследвани са 300 серума, от които един е с положителен резултат, но без клинична симптоматика.

През 2016 г. са регистрирани 28 случая на внесена малария (9 българи и 19 чужденци, от които 17 бежанци). За първи път след десетилетия в страната беше регистриран случай на следкръвопреливна тропическа малария при български гражданин.

Извършени са проучвания по разпространението на комари в 51 локации в 13 области, осъществени са 150 улова с 5 886 екземпляра от 14 вида.

В лабораториите на РЗИ е извършено серологично изследване на 907 лица за Лаймска болест, за Малария са изслед-

вани 44 лица и за Висцерална лайшманиоза 46 лица.

**Национален план на РБългария за готовност за грипна пандемия, безсрочен, приет с ПМС № 5 от 13.01.2006 г.:**

С цел извършване на лабораторна диагностика и видово определяне на циркулиращите грипни вируси през грипен сезон 2015/2016 (ноември - март) са закупени необходимите тестове и консумативи.

**Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария:**

В изпълнение на дейностите по програмата се регистрира: задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ в страната - под 1% през 2016 г.; задържане на ниското ниво на болестност от ХИВ сред младите хора на възраст 15-24 г. - под 1%.

През 2016 г. продължи предоставянето на нископрагови здравни и социални услуги на най-уязвими групи от населението в общо 14 здравно-социални центровете: 6 нископрагови центъра за инжекционно употребяващи наркотици 4 дневни центъра за предоставяне на услуги на проституиращи, като 3 от тях са интегрирани към 5-те здравно-образователни центъра за предоставяне на превантивни услуги сред мъже, правещи секс с мъже, 3 кабинета за психосоциална подкрепа за хората, живеещи с ХИВ/СПИН, продължи поддържането на мрежа от 14 кабинета за безплатно и анонимно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС); 17 мобилни медицински кабинета към РЗИ и неправителствени организации за достигане чрез работа на терен, на представителите на уязвимите групи. Със средства от Глобалния фонд се подкрепя функционирането на 4 нископрагови метадонови програми за инжекционно употребяващ наркотици в Пловдив, Пазарджик, Варна и София с общ капацитет 400 места.

През 2016 г. общо 74 601 лица от групите в най-висок риск, са получили консултиране и изследване за ХИВ и са узнали своя резултат в КАБКИС, мобилни медицински кабинети и здравносоциални центрове. Броят на лицата от общото население, изследвани в здравни и лечебни заведения, през 2016 г. е 328224.

Броят пациенти на съвременна антиретровирусна терапия АРТ към 31.12.2016 г. е 951 от общо 1158 лица с ХИВ, регистрирани за проследяване в 5-те сектора за лечение на пациенти с ХИВ. Създаден е двумесечен резерв от антиретровирусни лекарства за лечение на живеещи с ХИВ и СПИН.

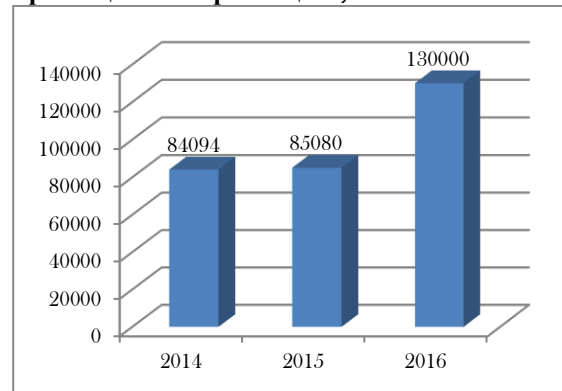
Проведени са четири Национални кампании, реализирани във всеки един от 28-те областни административни центрове на България. По време на лятната АНТИСПИН кампания са консултирани и изследвани за ХИВ 4 169 души от ММК, КАБКИС, НПО и лабораториите на РЗИ.

**Национална програма за изпълнение на плана за действие на националната стратегия за борба с наркотиците (2014-2018г.)**

През 2016 г. по програмата е осигурено финансиране от 160 000 лева. Средствата са изразходвани за превантивни дейности, осигуряване на 24 безплатни места за настаняване в програми за психосоциална рехабилитация и резиденциални програми (“терапевтична общност”) и социологични проучвания в областта на наркотиците.

През 2016 г. са осъществени общо 187 превантивни кампании, насочени към утвърждаване на здравословен начин на живот и превенция на употреба на психоактивни вещества сред младите хора. Кампаниите са реализирани от екипите на ОБСНВ и ПИЦ в 20 града в страната. Обхванати са 130 000 лица (за сравнение: през 2015 г. обхванатите лица са 85 080, а през 2014 г. – 84 094). (фиг.84)

**Фиг.84 Брой обхванати лица в кампании за превенция на наркотиците, 2014-2016 г.**



Източник: МЗ

През 2016 г. са проведени работни срещи с Министерството на младежта и спорта за изготвяне на План за действие за изпълнение на Националната стратегия за борба срещу употребата на допинг в спорта за периода 2016-2017г.

**По Мярка 3.1.2. Прилагане на интегрирани модули за интервенция за намаляване факторите на риска (поведенчески, на жизнената среда) при различните възрастови и професионални групи и др. чрез използване на различни стратегии за координиране на дейностите на специалистите:**

През отчетния период Министерство на здравеопазването с партньорството на Министерство на образованието и науката, Министерството на младежта и спорта, Министерство на културата и Представителството на Европейската комисия в България финализира Национален ученически конкурс „Посланици на здравето” за учебната 2016/2017 г., продължение на предходния „Проекта на нашия клас – за живот без тютюн“. Поредното издание на конкурса се проведе в подкрепа на здравословния начин на живот на младите хора и превенцията на поведенческите рискови фактори за здравето. Участниците представиха проекти по две обявени теми: „На МАХ бъди БЕЗ тютюнопушене и алкохол ТИ!” и „На МАХ бъди СЪС спорт и здравословно хранене ТИ!”.

В конкурса се включиха 110 проекта, като в категорията от 1-ви до 4-ти клас - 38 проекта, от 5-ти до 8-ми клас - 45 проекта и от 9-ти до 12-ти клас - 27 проекта, реализирани от над 5 500 ученика под ръководството на свои преподаватели

През октомври 2016 г. Министерство на здравеопазването обяви поредно издание на Националния ученически конкурс „Посланици на здравето” за учебната 2016/2017 г.

През 2016 г. Министерство на здравеопазването проведе национална кампания против тютюнопушенето по темата, определена от СЗО, за Световния ден без тютюн - 31 май: „Стандартизираните опаковки нека бъдем готови за тях”.

В рамките на кампанията са проведени редица прояви в столицата и в страната срещу тютюневата зависимост и за мотивация на активните пушачи за отказване от нея. Популяризирани са Кабинетите за безплатно консултиране и отказване от тютюнопушене. През месец май 28-те регионални здравни инспекции реализираха следните превантивни дейности по ограничаване на тютюнопушенето: 53 телевизионни предавания, 90 радиопредавания, 220 излъчвания на аудио и видеоклипове, 49 публикации в пресата, 24 пресконференции, 150 лекции и беседи, 164 семинара, дискусии, видеопокази, и др.

Изпратено бе указание до РЗИ за провеждане на дейности за Международен ден без тютюнопушене по определена от МЗ тема „Здравословно ний умеем в нашия град да живеем”.

През целия месец ноември РЗИ реализираха в страната следните здравно образователните мероприятия: проведени са 61 ТВ предавания и 85 радиопредавания; излъчени са 10 аудио и 7 видеоклипове, 41 видеопокази и видеолектории; публикувани са 35 материала в местни и централни ежедневници; организирани са 21 пресконференции с журналисти; изнесени са 178 лекции;

проведени са 19 семинари и 45 дискусии.

През 2016 г. кабинетите за консултиране и отказване от тютюнопушенето в РЗИ в страната са консултирали 1 950 лица. В резултат от консултациите 310 лица са заявили, че са отказали тютюнопушенето.

Независимо от благоприятните промени в политиката за тютюна през последните две десетилетия, резултатите неоспоримо доказват, че тютюнопушенето сред младите хора остава все така сериозен и приоритетен проблем на общественото здраве в България. Те очертават острата необходимост от разработване и прилагане на качествено нови подходи и програми за превенция още в най-ранна училищна възраст, целящи предотвратяване на „началната“ употреба на цигари или максимално отлагане на пропушването и осигуряване на подкрепа за желаещите да се откажат.

Интервенциите за ограничаване на тютюнопушенето в тази възраст трябва да се осъществяват съгласувано с други признати за ефективни методи за контрол на тютюна (цени на тютюневите изделия, регулаторни подходи, спазване на забраните за тютюнопушене, задължително здравно образование).

Необходимо е въвеждането на ефективни интервенции на семейно ниво, целящи да подготвят родителите за поддържане на дома, свободен от тютюнев дим, отрано да заложат очаквания за пропушване и да изграждат умения за устояване срещу влиянието и натиска на връстниците.

Необходима е съвместна работа с Министерството на образованието за широко включване, във всички класове на основното и средно училище, на ефективно образование по проблемите на тютюнопушенето, основано на предварителна и системна оценка на потребностите, нови, партиципативни учителни методи и подход „връстници за връстници“, едновременно с изграждане



на подкрепяща среда и постоянна обратна връзка за ефективността на програмата.

Наложително е разработването и прилагането на комбинирана стратегия за стриктно прилагане на забраната за продажба на тютюневи изделия на непълнолетни чрез повишаване на осведомеността за нормативната уредба и основанията за нея, лобиране за това обществеността и съответните агенции да подкрепят принципите ѝ и да започнат да преследват нарушителите на закона.

**Мярка 3.1.3. Изграждане на диалог и партньорство за съвместни дейности за здраве с всички заинтересовани страни, активно включване на професионални и неправителствени организации, сдружения, медии и др.**

В изпълнение на хоризонтални политики за опазване здравето на гражданите през 2016 г. са проведени:

- три работни срещи с МЗХГ за обсъждане на Наредба за условията и реда за прилагане на схеми за предоставяне на плодове, зеленчуци, мляко и млечни продукти в учебните заведения - схема „Училищен плод“ и схема „Училищно мляко“ в изпълнение на Регламент (ЕС) № 2016/795 на Съвета от 11 април 2016 г. и Регламент (ЕС) № 2016/791 на Европейския парламент и Съвета от 11 май 2016 г.

През месец ноември бе организирана и проведена Национална конференция с браншовите организации на производителите на храни с участие на представител на СЗО и международно участие на тема „Промоция реформулирането на храните с цел намаляване съдържанието на сол, мазнини, наситени мастни киселини, транс-мастни киселини, добавена захар и повишаване наличността им на пазара“. На срещата присъстващите браншови организации представиха постиженията си в тази област и изразиха готовност да продължат да разра-

ботват нови рецептури за по-здравословни храни.

**По мярка 3.1.4. Укрепване на институционалния и кадрови капацитет на структурите по промоция на здраве и превенция на болестите на национално и регионално ниво и надграждане на утвърдената национална политика:**

През 2016 г. не са финализирани действия по изпълнение на мярката.

**По мярка 3.1.5. Създаване на база данни за детерминантите на здравето, като основа при разработване на национални и регионални програми за промоция и превенция**

В периода март-май 2016 г. Министерство на здравеопазването и Националният център по обществено здраве и анализи с екипи на 28-те Регионални здравни инспекции организира и проведе третото национално проучване за оценка разпространението на свръхтегло и затлъстяване и факторите на семейна и училищна среда при деца в първи клас, в рамките на „Европейска инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при децата“. В националната репрезентативната извадка се включиха 3500 деца в първи клас на възраст 7 години. На принципа на случайния подбор бяха определени 185 училищата в страната, в които се проведе изследването. Извършени бяха антропометрични измервания на децата (ръст, тегло, обиколка на талия и ханш) и анкетно проучване.

През периода октомври-ноември 2016г. Министерството на здравеопазването, съвместно с Националният център по обществено здраве и анализи и РЗИ организира и проведе проучване с цел оценка приема на натрий чрез определяне екскрецията на натрий в урина на представителна извадка от 408 лица на възраст 15-75 години. Проучването включва лабораторен анализ на натрий в случайна порция урина, взета от всяко изследвано лице, в комбинация с проучване на приема на сол чрез анкетен

метод за оценка на консумацията на храни. (Виж Част.1 Доклад за състоянието на здравето на гражданите)

**По мярка 3.1.6. Повишаване на знанията и методичния капацитет на РЗИ в областта на здравословния начин на живот, с възможности за консултиране на населението за повишаване на информираността, уменията и мотивацията на населението в тази насока:**

През 2016 г. 28-те РЗИ са реализирани кампании, насочени към четирите рискови за здравето фактори – ограничаване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, здравословно хранене и физическа активност. В страната са проведени общо 150 кампании с 18 500 участника. В кампаниите дейностите се провеждат с интерактивни средства – „Алко очила“, пушещ макет и спирометричен апарат за измерване на въглеродния окис (СО2) в белия дроб, с цел демонстриращи реална представа за рисковото поведение след злоупотреба с алкохол и влиянието на тютюневия дим върху белите дробове.

**По мярка 3.1.7. Преориентиране на структурите на националната система за здравеопазване (РЗОК, амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ, МЦ, ДКЦ, болници и др.) към промоция на здраве и профилактични дейности;**

През 2016 г. чрез ключови промени в подзаконовата нормативна уредба, регламентираща пакета здравни дейности, които НЗОК заплаща и дейностите по профилактика и диспансеризация (Наредба № 2 от 2016 г. за основния пакет здравни дейности, заплащани от бюджета на НЗОК и Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията) бяха създадени условия за разширяване на дейностите за промоция на здраве и профилактични дейности, осъществявани от структурите в лечебната мрежа. (Виж мерки 2.4.2, 2.4.3. и 2.4.4)

**3.1.8. Разширяване на спектъра на предлаганите в болниците медицински услуги с такива по промоция на здравето и профилактика на болестите. Разработване на критерии за оценка на дейностите:**

С реализираните нормативни промени в (Закон за лечебните заведения и Наредба № 49 за основните изисквания, на които трябва да отговаря устройството и дейността на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи) за даване на възможност на болниците да създават функционални структури (центрове) за комплексни грижи за пациенти с определени заболявания или медико-социални проблеми, бяха създадени условия за включване на болничните заведения в промотивните и профилактични дейности. Такива центрове за комплексни грижи за пациенти с редки болести бяха разкрити и като част от Европейската референтна мрежа за редки болести.

**3.1.9. Мулти-секторно сътрудничество и включване на храненето в усилията за осъществяване на икономически ефективни действия за насърчаване на здравословното хранене**

През месец ноември 2016 г. бе организирана и проведена Национална конференция с браншовите организации на производителите на храни с участие на представител на СЗО и международно участие на тема „Промоция реформулирането на храните с цел намаляване съдържанието на сол, мазнини, наситени мастни киселини, транс-мастни киселини, добавена захар и повишаване наличността им на пазара“. На срещата присъстващите браншови организации представиха постиженията си в тази област и изразиха готовност да продължат да разработват нови рецептури за по-здравословни храни.

Задълбочаването на партньорството в тази връзка е от изключително значение за успеха на дейностите по превенция на хроничните незаразни болести.

## ПОЛИТИКА 3.2. НАДЗОР НА ЗАРАЗНИТЕ БОЛЕСТИ

### Преглед на политиката

Политиката си поставя за цел справяне със следните

- Ключови предизвикателства:
- ✓ Риск от възникване и бързо разпространение на нови заразни болести;
  - ✓ Риск от разпространение на заразни болести, които са „изкоренени“ поради намаляване на имунизационния обхват на населението;
  - ✓ Липса на ефективна система за надзор на вътреболничните инфекции и антибиотичната резистентност.

Национална здравна стратегия 2020

В стратегията се посочва, че в съвременния глобализиран свят на високи технологии, свободно движение на хора, стоки и услуги, заплахите от бързо разпространяване на заразни болести стават все по-големи. Възникват реални рискове от разпространение на нови инфекциозни заболявания, както и на такива, които поради климатичните промени, рязко променят своя ареал и епидемичен потенциал. Употребата на биологични агенти за причиняване на вреда (биотероризъм) се превръща в глобална заплаха. В тези условия от особено значение е ефективното функциониране на системата за надзор на заразните болести и опазване на страната от внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен потенциал за разпространение.

Заразните болести нямат граници и при настоящата мобилност на хората запазване здравето на населението в страната, вкл. на уязвимите групи, е възможно само при висок имунизационен обхват. Последователната и целенасочена държавна политика за осъществяването на високоефективен надзор на заразните болести, особено в условията на финансов дефицит, потвърждават нуждата от

поддържане и усъвършенстване на основана на доказателства, разходно ефективна национална имунизационна политика и поддържането на висок имунизационен обхват при всички ваксинаопредотвратими заразни болести, което ще спести финансови ресурси не само в сферата на здравната система (терапия, хоспитализации), но и в социалната (временна и трайна неработоспособност).

Специални действия трябва да се предприемат за превенция на ваксинаопредотвратими заболявания сред уязвими и маргинализирани групи от населението, които поради етнически, културни, социални или др. особености не ползват предоставените им от държавата здравноосигурителни права,

Приоритетна задача на общественото здравеопазване на национално и европейско равнище е и ограничаването на вътреболничните инфекции (ВБИ) и антимицробната резистентност (АМР). Надзорът на ВБИ и АМР е критерий за оценка на качеството на медицинските услуги и безопасността на пациентите, защото ВБИ са сред първите десет водещи причини за повишена смъртност при пациентите, в голямата си част са предотвратими и имат сериозно икономическо въздействие върху националната здравна система. АМР е свързана с повишена заболеваемост и смъртност и с увеличена себестойност на здравните грижи. Появата на множествена резистентност води до трайно ограничаване на възможностите за лечение и профилактика на бактериалните инфекции. Много от тези нежеланите събития могат да бъдат предотвратени, както в болничните заведения, тъй като се дължат на системни фактори. Това налага прилагане на цялостна политика, която да включва всички дейности по профилактиката и контрола на вътреболничните инфекции, интегрирани с мерките, насочени към разумното използване на антимицробни агенти.

**Дейности по изпълнение на политиката:**

**По Мярка 3.2.1 Укрепване на институционалния и кадрови капацитет на структурите по надзор на заразните болести на национално и регионално ниво и надграждане на утвърдената национална политика:**

През 2016 г., в резултат на дейността на системата за надзор на заразните болести, не бяха установявани сериозни и непосредствени опасности, свързани с риска за здравето на населението, което е постигнато благодарение на своевременното прилагане на профилактични и незабавни противоепидемични мерки.

Противоепидемичните дейности през 2016 г. бяха фокусирани върху:

- имунизационния обхват със задължителни и целеви имунизации и предприемане на мерки за неговото повишаване;
- организиране и провеждане на незабавни профилактични и противоепидемични мерки при възникване на епидемична ситуация;
- недопускане внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск, както и от възникване и разпространение на взривове и епидемии от други заразни болести, в това число и провеждане на граничен здравен контрол;
- осигуряване на материали и консултативи за извършване на своевременна и прецизна диагностика на заразните болести;
- своевременно съобщаване, регистриране и проучване на възникнали случаи заразни заболявания;
- изпълнение на профилактични програми и проекти, насочени към посрещане на грипна пандемия и минимизиране загубите от нея, сертифициране на България като свободна от морбили и вродена рубеола, профилактика и контрол на вътреболничните инфекции; първична профилактика на рак на маточната шийка, профилактика и конт-

рол на векторно-предавани трансмисивни инфекции при хората, организиране на защитата на населението от инциденти с химически, биологични, радиоактивни материали от случаен, естествен и умишлен характер.

Осъществяването на дейностите бе затруднено поради наличната през последните години тенденция на отлив на желаещи да работят в сферата на общественото здравеопазване на национално и регионално ниво специалисти (лекари, биолози, здравни инспектори и лаборанти). За пример, през 2016 г. в Регионалните здравни инспекции, само в дирекции „Надзор на заразните болести“ липсват 74 лекари, 28 здравни инспектори, 27 лаборанта и 9 биолога или около 17 % от персонала.

Липсата на квалифицирани служители значително затруднява изграждането на административен капацитет, отговорен за провеждането на националната политика по откриване и незабавен отговор при появата на заразни болести, предотвратяване разпространението им и възникването на епидемични взривове и епидемии.

Необходими са допълнителни мерки за създаване на стимули за професионално развитие на медицинските специалисти в системата чрез осигуряване на възможности за обучение и специализация и увеличаване на трудовите възнаграждения на работещите, които изостават в сравнение с останалите структури в здравеопазването.

За повишаване на капацитета на системата за надзор на заразните болести през 2016 г. по проблеми, свързани с провеждането на епидемиологичен и лабораторен надзор на заразни болести, през 2016 г. са проведени общо 29 тематични курса и 30 индивидуални обучения.

Общият брой на обучените специалисти в здравния сектор е 245 лица. Тематичните курсове са проведени в рамките на 577 дни, с общ хорариум от 3 462 часа.

**По мярка 3.2.2. Последователна и целенасочена държавна политика за осъществяване на високоефективен надзор на заразните болести и разходоефективна национална имунизационна политика, успоредно с повишаване знанията на медицинските специалисти и информираността на обществото по въпросите на профилактиката на заразните болести:**

Поддържането на ефективен епидемиологичен надзор на заразните болести е насочен към запазване и подобряване на достигнатите показатели на заболяемост, смъртност и леталитет от заразни болести.

През годината са отчетени 61 283 случая на заразни заболявания, заболяемост 856,67%000 спрямо 54 471 сл. и заболяемост 756,31%000 през 2015 г. По-високият брой заболели се дължи предимно на увеличаване на заболяемостта от варицела и остри гастроентерити и ентероколити, които формират основно и заболяемостта от остри заразни заболявания в България. По отношение на смъртността от заразни заболявания, през 2016 г. са регистрирани 82 смъртни случая, смъртност 1,15 %000, като основната причина за това са невроинфекциите (бактериални и вирусни менингити и менингоенцефалити), причинили около 56,10 % от всички починали.

Като цяло се отчита тенденция на задържане на достигнатите през последните години показатели на заболяемост, смъртност и леталитет, които за периода 2000-2016 г. варират между 648,92 - 978,74 %000 (заболяемост); 0,87-1,70 %000 (смъртност); 0,11-0,26 % (леталитет).

През 2016 г. са извършени 150 358 проверки на лечебни, детски и учебни заведения по профилактика и надзор на заразните и паразитните болести (141 308 за 2015 г.). С цел информиране на населението за актуалната епидемиологична

обстановка в страната са изготвени 2 784 седмични справки и бюлетини по проблемите на заразните болести, които своевременно са публикувани на официалните интернет страници на МЗ, РЗИ и НЦЗПБ. Проведени са 42 576 епидемиологични проучвания на регистрирани заразни огнища спрямо 34 580 проучвания, извършени през 2015 г., своевременно са предприети всички специфични противоепидемични мерки и не е допуснато разпространение на епидемии.

През 2016 г. са разработени 173 информационни материали (брошури, дигитални, плакати, публикации и информация за медии и интернет страници) по различни въпроси, свързани с превенцията на острите заразни заболявания (грип, вирусни хепатити, малария, тропически и местни паразитози, въшливост, трихинелоза, зоонози в страната, антракс, бруцелоза, туларемия, ехинококоза, векторно-предавани инфекции, Зика – вирусна инфекция и материали във връзка с Европейската имунизационна седмица.

Проведени са 1 054 срещи, семинари, лекции и дискусии с различни целеви групи (родители, ромска общност, пенсионери, медицински специалисти в здравни кабинети в детски градини и училища, лекари) по въпроси, свързани с провеждането на противоепидемични и профилактични мерки в организирани колективи и в семейна среда. Обхванати са общо 52 748 лица с проведените мероприятия.

Извършени са общо 1 089 552 броя микробиологични, вирусологични, паразитологични и серологични анализа на биологични материали (1 033 981 за 2015 г.), като при 12 242 от тях са извършени и референтни лабораторни изследвания.

България участва пълноценно в системите за ранно предупреждение и отговор на ЕС и в специализираните електронни информационни системи за ре-

гистриране и надзор на заразните болести.

През 2016 г. продължи участието на страната в системата на ЕС за ранно предупреждение и отговор - Early Warning and Response System - EWRS. Ежеседмично се извършваше проверка на регистрираните в системата събития от значение за общественото здравеопазване и оценка на риска от тяхната поява и разпространение в страната. През 2016 г. не е имало събития, представляващи заплаха за общественото здраве на българските граждани.

Регулярно бяха предоставяни данни в Централизираната информационна система на СЗО за заразни заболявания - CISID за случаи на остра вяла парализа и морбили, регистрирани в страната.

Текущо се събираха, валидираха и въвеждаха в Европейската система за надзор на заразните болести (TESSy) данни за регистрираните на територията на страната заразни болести в съответствие с Решение №2219/98/ЕС.

**По мярка 3.2.3. Поддържане на висок имунизационен обхват в тясно взаимодействие с всички ведомства, неправителствения сектор, местната власт с акцент върху обхващането на деца в риск и трудните достъпните групи от населението:**

През 2016 г. МЗ положи максимални усилия за осигуряване на изпълнение на Националния имунизационен календар и недопускане възникването на взривове от ваксинопредотвратими заболявания.

В изпълнение на чл. 82, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето за обхващане със задължителни и целеви имунизации и реимунизации на подлежащите български граждани през 2016 г. Министерство на здравеопазването е закупило ваксини на обща стойност 43 587 649,19 лв., с което е обезпечено изпълнението на Националния имунизационен календар. Всички договорени количества са доставени в срок, поради което в стра-

ната не е регистриран недостиг от даден вид ваксина.

В резултат на недостига на многокомпонентни ваксини на световния пазар през 2014 - 2015 г., довело до невъзможност да се осигурят своевременно ваксини през посочените години за задължителни имунизации и реимунизации при децата до 6 г. се отчете спад в имунизационния обхват в страната. Процесът засегна както покритието с многокомпонентни ваксини, така и имунизиранието с осигурените ваксини, поради отлагането им от страна на медицинските специалисти, тъй като по утвърдената имунизационна схема ваксините се прилагат едновременно.

През 2016 г. се наблюдава тенденция на увеличаване броя на имунизирани лица (*Приложение 1 Табл.19*). Обхватът със основните имунизации достига средно 92 %, което е под определения от СЗО критерий от 95 % за имунизационен обхват.

Имунизационният обхват на новородените с BCG ваксина (96,2%) през 2016 г. се запазва на постоянно високо ниво над 95%.

Имунизациите срещу дифтерия, тетанус и коклюш на децата до 1-годишна възраст са извършвани с четири-, пет- и шесткомпонентни ваксини, съдържащи дифтериен и тетаничен токсиди и ацелуларна коклюшна ваксина. От обобщените за годината данни 64 336 деца са подлежали на имунизация с трети прием от посочените ваксини, а 59 271 от тях са имунизирани. Имунизационният обхват с трети прием ДТКа е 92,1% (90,7% през 2015 г.).

Обхватът с три дози ваксина срещу полиомиелит е 92,1%. Обхватът с първична имунизация срещу полиомиелит е по-висок в сравнение с предходните две години, но е незадоволителен, в сравнение с нивата, постигнати през предходните години. Получените резултати налагат да се реагира своевременно, защото изпълнението на имунизационната

програма срещу полиомиелит представя един от основните елементи на Националния план за запазване на страната свободна от полиомиелит, а в условията на прилагане на инактивирана ваксина, която осигурява само индивидуална защита, единствено постоянно поддържаният висок имунизационен обхват може да гарантира успеха на Националния план.

Имунизациите срещу хепатит Б през 2016 г. са извършени с две ваксини:

Моноваксина срещу хепатит Б (за 1-ви прием в родилния дом при всички новородени, и при част от подлежащите на имунизация срещу хепатит Б деца за 2-ри и 3-ти прием по утвърдената схема за прилагане на моноваксината) и

Комбинирана ваксина ДТКаХепБПиХИБ, с приеми според имунизационния календар на страната като първият прием от тази ваксина се прилага от 2 - месечна възраст.

През първите 24 часа след раждането имунизациите срещу хепатит Б (1-ви прием) са извършвани с моновалентна хепатит Б ваксина, независимо от това с какъв тип ваксина се продължава имунизационната схема.

Със завършена имунизационна схема през 2016 г. са средно 91,1% от подлежащите на имунизация срещу хепатит Б деца като третият прием е изпълнен или с моноваксина срещу хепатит Б, или с шесткомпонентна ваксина.

Имунизационното покритие - 92,1% за първи прием (МПР1) и 88,3% за втори прием (МПР2) ваксина морбилипаротит-рубеола (МПР) през 2016 г. е под изискванията за поне 95% покритие, достигането на което би гарантирало прекъсване разпространението на дивите вируси на морбили и рубеола в обществото. Анализът на данните за извършените имунизации с триваксина в страната за шестгодишен период показва незадоволително ниво на имунизационен обхват с МПР1 и МПР2 за целия период, с изключение на 2013 г., в която

относителният дял на обхванатите с МПР1 подлежащи е 95,1% (таблица 6). Тези резултати показват, че към момента в страната съществува реален риск от епидемично разпространение на морбили и рубеола, особено сред специфични групи от населението - роми, мигранти, което затруднява достигането на целта за елиминация на тези две заболявания. През 2016 г. имунизационният обхват с три дози пневмококова конюгирана ваксина се задържа на същото ниво както през 2015 г. съответно 90,3% и 90,4% (Приложение 1 табл. 19). В същото време се увеличава броят на болелите от пневмококов менингит и менингоенцефалит, включително и в имунизационна възраст (Приложение 1, табл. 3).

Задължителната имунизация срещу Хемофилус инфлуенце тип б (ХИБ) през 2016 г. се извършва с пет- и шесткомпонентна ваксини (ДТКаПиХИБ и ДТКаХепБПиХИБ). Имунизационният обхват с три дози ХИБ ваксина се запазва нисък - през 2016 г. са обхванати 58 824 от 63 872 подлежащи деца (92,1%).

Имунизациите със задължителни ваксини през 2016 г. са изпълнени с имунизационен обхват под 95%, с изключение на първичната имунизация срещу туберкулоза. Не са решени проблемите, свързани с имунизациите на хора от специфични групи в риск, при които има недостиг на знания и мотивация за профилактиране чрез имунизации - ромски общности, мигранти, антиваксинални общности.

През годината в страната са регистрирани следните случаи на ваксинопредотвратими заболявания: 98 случая на коклюш; 35 случая на пневмококов менингит, 19 случая на епидемичен паротит; 4 случая на тетанус; 3 случая на бактериален менингит, причинен от Хемофилус инфлуенце тип Б, 2 случая на рубеола и 1 случай на морбили.

Регистрирани са два епидемични взрива от коклюш в области Стара Загора (33 заболели, от които 21 са с данни за

имунизации, 4 са с незавършена имунизация и 8 са неимунизирани или в извън имунизационна възраст) и в София град (4 случая при деца с данни за пълен имунизационен статус за възрастта).

**По мярка 3.2.4. Усъвършенстване на системата за опазване на страната от внос на инфекции с висок епидемичен потенциал в съответствие с Международните здравни правила и за провеждане на ефективен граничен здравен контрол чрез материално и кадрово обезпечаване на дейностите на местно и национално ниво:**

Във връзка с хуманитарната криза в Сирия и увеличения миграционен натиск в Република България през 2016 г. бяха осъществени необходимите профилактични и противоепидемични мерки, което осигури недопускане на епидемични взривове сред чужденците в местата за настаняване, запазване на здравния статус на населението в районите, в които се настаняват чужденци, недопускане разпространение на територията на страната на взривове на заразни болести с произход местата за настаняване на чужденци.

За изпълнение на политиката по опазване на страната от внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен риск и респективно опазване на общественото здраве, при постъпване в центровете за настаняване на бежанци РЗИ-извършваха микробиологични и паразитологични изследвания за носителство на чревни патогенни микроорганизми, за внасяни паразитози и за малария, в т.ч.:

- 396 проверки върху контрол върху битовите условия, санитарно-хигиенното състояние и спазването на здравните изисквания в бежанските центрове от отворен тип, включително здравни кабинети и перални, разкрити в тях и транспортните средства със специално предназначение; здравния статус на лицата, работещи в обектите за производство с храни (хранителен

блок/кухня); качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели;

- 41 024 броя микробиологични, паразитологични и вирусологични изследвания на настанени в центрове лица;

- 265 задължителни имунизации на деца бежанци до 15 годишна възраст. Регистрирани бяха общо 57 случая на заразни заболявания сред настанените бежанци, болшинството от които са чревни инфекции - 27 случая или 47,37% и Варицела - 21 случая или 36,8%.

Поради големия риск от внос и разпространение на тежки ваксинопредотвратими инфекции както сред бежанците, така и сред българското население с нисък имунизационен обхват, всички лица до 15 навършени години с открито производство за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище, които нямат документи за извършени профилактични имунизации, се имунизират срещу дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, хемофилус инфлуенце тип Б, морбили, паротит и рубеола. Целта е обхващането с основните ваксини да се извърши максимално бързо след влизането в страната и да продължи до осъществяването на избор на общопрактикуващ лекар.

Провеждаше се засилен държавен здравен контрол на обектите с обществено предназначение в населените места в пограничните райони на областите Хасково, Ямбол, Бургас и Сливен и върху санитарно-хигиенното състояние в центровете за настаняване на бежанци.

В изпълнение на програмата на Световна здравна организация за запазване на Европа като континент, свободен от полиомиелит и поради увеличения риск от внос на полиомиелит, Националният център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ) проведе трикратно изследване за носителство на див полиомиелитен вирус на деца до 5 годишна възраст, настанени в центровете.



### ПОЛИТИКА 3.3. ЕФЕКТИВЕН И КАЧЕСТВЕН ДЪРЖАВЕН ЗДРАВЕН КОНТРОЛ

#### Преглед на политиката

Политиката си поставя за цел преодоляване на следните:

Ключови предизвикателства:

- ✓ Значими рискове за здравето, свързани с факторите на околната среда;
- ✓ Намаляващ капацитет за осъществяване на дейностите по държавен здравен контрол;
- ✓ Липса на утвърдена система за координация и междусекторно сътрудничество по отношение на рисковете за здравето, свързани с факторите на околната среда.

Национална здравна стратегия 2020

В стратегията се посочва, че държавния здравен контрол на рисковите фактори, които могат да доведат до влошаване както на индивидуалното така и на общественото здраве като цяло, е основна част от политиката на държавата за защита живота и здравето на гражданите. Подчертава се, че изпълнението на дейностите по осигуряване на безопасна жизнена среда и мониторинг на факторите на жизнената и околната среда е основна предпоставка за предприемане на информирани, навременни и адекватни мерки за отстраняване на възникналите рискове за здравето.

Адекватното и навременно установяване на всяко отклонение от здравните норми и идентифициране на рисковете, които могат да възникнат за здравето на човека, последвано от предприемането на мерки за тяхното отстраняване, изисква непрекъснато усъвършенстване на системите за мониторинг на факторите на жизнената среда, съвременни и високотехнологично оборудване и квалифициран човешки ресурс.

В стратегията се обръща внимание, че през последните години липсата на ква-

лифицирани кадри, на съвременни информационни технологии и лабораторно оборудване, а също и адекватно финансиране води до значителни затруднения във функционирането на органите на държавния здравен контрол и може да рефлектира върху качеството на контрола и респективно на поетите ангажменти от страна на България по националното и европейско законодателство и международни договори и споразумения. Тези проблеми определят необходимостта от политически и обществен консенсус за значението на държавния здравен контрол, който да отговаря на потребностите на населението за подобряване на здравето, безопасността и благосъстоянието до средните нива на ЕС. Затова политиката се фокусира върху осигуряването на необходимите условия и ресурси за повишаването на ефективността и качеството на държавния здравен контрол и достигането на високо ниво на съответствие с националните и европейските изисквания на обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда, с цел предотвратяване възникването на рискове за човешкото здраве.

Стратегията посочва и необходимостта от усъвършенстване на средствата за предоставяне на здравна информация на обществеността, както за рисковете за индивидуалното здраве, така и за въведените ограничения относно ползването на води, продукти и стоки със значение за здравето на човека, като по този начин се създаде възможност за информиран избор и формиране на здравословен начин на живот.

В стратегията се подчертава, че междусекторното сътрудничество за предотвратяване на рисковете, свързани с факторите на околната среда има ключова роля за постигане на целите за устойчиво подобряване на здравето на населението.

## Дейности по изпълнение на политиката

### По Мярка 3.3.1 Повишаване ефективността на държавния здравен контрол на обектите с обществено предназначение, продуктите и стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда в съответствие с националните и европейските изисквания:

През 2016 г. са извършвани разнородни дейности за осигуряване на безопасна жизнена среда и са предприемани навременни и адекватни мерки за отстраняване на възникналите рискове за здравето на хората и не са допуснати сериозни и непосредствени опасности за здравето на населението.

Изпълнени са в пълна степен заложените в годишния план за 2016 г. оперативни цели за провеждане на официалния контрол на обекти с обществено предназначение, продукти и стоки със значение за здравето на човека, както следва:

- провеждане на ефективен здравен контрол върху продуктите и стоките със значение за здравето на човека с цел защита здравето на населението и интересите на потребителите;
- провеждане на контрол в обектите за обществено предназначение за спазване на нормативните изисквания посочени в европейското и националното законодателство;
- извършване на оценка на ефективността при прилагането на системите за управление безопасността на храните в обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води и обектите за търговия с тях, както и на системите за проследимост – провеждане на пълни и частични одити;
- осигуряване на ефективен здравен контрол при внос на продукти и стоки със значение за здравето на човека от трети страни за които има въведени

ограничения и забрани за пускането им на пазара;

- извършване на контрол за изпълнение на нормативните изисквания по отношение критериите за химична и микробиологична безопасност на продуктите и стоките и на критериите за техния състав и етикетиране;

- провеждане на мониторинг върху безопасността на продуктите и стоките и факторите на жизнената среда;

- поддържане на системите за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара (RAPEX), за бързо съобщаване за наличие на опасни храни и фуражи (RASFF) и Информационна и комуникационна система за надзор на пазара (ICSMS), и предприемане на незабавни мерки за ограничаване на вредата за човешкото здраве;

- недопускане разпространението на хранителни заболявания, включително проучване на възникналите взривове;

Проверени са всички обекти подлежащи на официален контрол. Проведени са проверки, свързани с получени нотификации по системите за бързо съобщаване за наличие на опасни стоки на пазара (RAPEX), за бързо съобщаване за наличие на опасни храни и фуражи (RASFF) и Информационна и комуникационна система за надзор на пазара (ICSMS), проверки за осъществяване на последващ контрол за изпълнение на предписаните мероприятия при установяване на несъответствия с нормативните изисквания.

Извършена е контролна дейност по чл. 56 и чл. 56а от Закона за здравето за ограничаване на тютюнопушенето в закрити обществени места и някои открити обществени места. За 2016 г. от 28-те РЗИ в страната са извършени общо 161 556 броя проверки (дневни и нощни) в 157 245 обекта, в работни и почивни дни. Издадени са 261 предписания. За неспазване разпоредбите на Закона са съставени са 819 акта за констатиращи нарушения и са издадени 617

наказателни постановления на обща стойност 564 700 лв. За сравнение за 2015 г. са извършени 184 283 проверки на 180 692 обекта.

Контрол на обекти с обществено предназначение. През 2016 г. общият брой на извършени проверки в обекти с обществено предназначение от органите на държавния здравен контрол в страната е 164 576 броя (за 2015 г. – 188 375) при планирани 150 000 броя проверки. Увеличеният брой проверки спрямо планираните се дължи на регистрираните през 2015 г. нови обекти с обществено предназначение. Извършени са 332 проверки на обекти за бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води, 14 939 проверки на обекти за търговия с бутилирани натурални минерални изворни и трапезни води при 8353 за 2015 г..

Данните показват, че е прилаган подходът за извършване на оценка на риска в началото на отчетния период, която е била последвана от правилно планиране на броя на проверките и впоследствие държавният здравен контрол е проведен с най-висока кратност в тези обекти, които са най-рискови и крият опасност за общественото здраве.

През 2016 г. общият брой на извършените проверки на продукти и стоки със значение за здравето на човека от органите на държавния здравен контрол в страната е 53 737 броя спрямо 28 614 броя през 2015 г., включително за наличие на опасни стоки на пазара. Издадени са 538 разрешения за пускане на пазара на биоциди, 31 здравни сертификата за износ на продукти и стоки със значение за здравето на човека и 31 сертификата и балнеологични оценки за минерална вода от конкретно водоземно съоръжение.

През 2016 г. общият брой на извършените лабораторни анализи от органите на държавния здравен контрол на питейни води е 229 141, на води за къпане – 2 227, на минерални води – 8 200, на

води в плувни басейни – 53 812, както и собствени измервания на атмосферен въздух 43 541, шум и вибрации – 8 908, електромагнитни полета 15 419 и осветеност, микроклимат, прах и др. – 27 002.

Извършени са 5 620 анализа на козметични продукти, 10 458 анализа на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води и 2 297 анализа на химични вещества и смеси.

През 2016 г. е създадена организация и стартира вторият етап на представителното Национално проучване за нивата на радон в сгради в изпълнение на Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г. приета с Решение № 537 от 12.09.2013 г. на Министерският съвет. През периода като са подменени поставените при първото проучване по 100 детектора в жилищни сгради на територията на всяка област в страната, съгласно разпределението, посочено в утвърдената Процедура за провеждане на представително национално проучване. Извън предварително планирания официален контрол своевременно са изготвяни указания и са предприемани мерки при възникналите в страната извънредни ситуации – наводнения, прекъснато питейно водоподаване, активиране на свлачища, провеждане на радиационен мониторинг на атмосферния въздух, епидемиологични проучвания на възникнали заразни огнища.

Във връзка с наблюденията през последните години увеличен миграционен натиск в Република България през 2016 г. продължава засиленият държавен здравен контрол на обектите с обществено предназначение в населените места в пограничните райони на областите Хасково, Ямбол, Бургас.

С цел подобряване на формите и начините за предоставяне на информация на обществеността за състоянието на факторите на жизнената среда (води, шум,

атмосферен въздух, йонизиращи и не-йонизиращи лъчения, вибрации), за въведени ограничения, причините поради които са възникнали отклонения, както и мерките които трябва да се предприемат, през 2016 г. на интернет страниците на всяка РЗИ своевременно е публикувана информация за резултатите от провеждания държавен здравен контрол и лабораторни анализи, както и препоръки към населението.

Резултатите от извършените проверки и изследвания са включени в анализа на данните за състоянието на жизнената среда и влиянието на факторите ѝ върху здравния статус на населението. *(Виж Част I. Доклад за състоянието на здравето на гражданите)*

**По мярка Мярка: 3.3.2. Осигуряване на устойчиво развитие и укрепване на капацитета на общественото здраве:**

През 2015 г. и 2016 г. в изпълнение на държавната политика и ангажиментите на България по международни споразумения и конвенции МЗ като отговорна институция за опазване на общественото здраве взе участие в подготовката, организирането и провеждането на Трети преглед на резултатите в областта на опазването на околната среда от Икономическата комисия за Европа на ООН и Последваща партньорска проверка на Международната агенция за атомна енергия (Integrated Regulatory Review Service Follow-up Mission).

**По Мярка 3.3.3. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси:**

През 2016 г. не бяха финализираните планираните дейности за усъвършенстване на механизмите за финансиране и въвеждане на финансови стимули за работа в системата на държавния здравен контрол чрез поетапно увеличение на възнагражденията на държавните здравни инспектори.

Не бе постигнат напредък и по отношение на кадровото обезпечаване на орга-

ните на държавния здравен контрол с лекари, с осигуряване на възможност за придобиване на специалност и инспектори по общественото здраве, които професионално и ефективно да провеждат политиките в областта на опазване на здравето на гражданите и държавния здравен контрол.

Това налага интензифициране на дейностите по реализацията на мярката, предвид задълбочаващият се кадрови дефицит в системата на фона на увеличаващите се изисквания към тяхната квалификация и компетентности.

**По мярка Мярка 3.3.4. Подобряване на инфраструктурата и материално-техническата осигуреност:**

През 2016 г. бяха създадени условия за повишаване капацитета на лабораторната дейност на РЗИ и НЦРРЗ, чрез закупуване на допълнително лабораторно оборудване и поддържане в техническа изправност на наличната апаратура. Министерство на здравеопазването е одобрено като бенефициент по Оперативна програма "Околна среда 2014-2020" (ОПОС) за закупуване на апаратура за контролен анализ на крана на потребителя на вода, предназначена за питейно-битово водоснабдяване.

Във връзка с ангажиментите на страната за внедряване на съвременни информационни системи за навременен обмен на данни за опасни продукти и стоки на пазара с Европейската комисия, както и въвеждане на данни за извършвания мониторинг, през 2016 г. МЗ осигури достъп до системите на ЕК за опасни продукти и стоки пуснати на пазара и проведе обучения на служителите от РЗИ за работа с уеб-базираните приложения за обмен на информация в реално време. В резултат на това насочения контрол за наличието на пазара на такива бе съсредоточен само към продукти, за които има данни, че са били разпространени и на българския пазар, което от своя страна подобри ефективността на извършваните насочени проверки.

## **ВЛИЯНИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ И МЕЖДУНАРОДНИТЕ ПОЛИТИКИ ЗА РЕАЛИЗАЦИЯ НА ЦЕЛИТЕ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020**

Европейският съюз, чрез своите представителни органи и институции, допълва националните политики на страните членки по отношение организацията на здравеопазването и гарантиране на достъпа до здравни услуги, като подпомага постигането на общи здравни цели за общността, спомага за реализиране на икономии от мащаба чрез обединяване на ресурси и работи по преодоляване на общи предизвикателства пред националните здравните системи. Здравната политика на ЕС е насочена към профилактика на болестите, равни възможности за добро здраве за всички граждани, подпомагане на развитието на динамични здравни системи и нови технологии. При залагане на стратегическите си цели и за решаване на възникнали здравни предизвикателства, ЕС работи с партньори като СЗО. Политиките на СЗО по отношение подобряване на здравните грижи чрез научни изследвания, помощ за развитие, по-широк достъп до лекарствени продукти и т.н. влияят пряко на европейските здравни политики и респ. на политиките в здравеопазването в България. Заключениета, приемани от Съвета на министрите на ЕС, заедно с дейностите, резолюциите и докладите на СЗО, се отразяват в стратегическите документи и програми в сектора.

През 2016 г. България е участвала в редица международни и европейски форуми по проблемите на здравето. Подписани са Двугодишно споразумение за сътрудничество между Министерство на здравеопазването и СЗО за 2016-2017 год. и Споразумение за сътрудничество за достъп до ефективно лекарствено лечение. Закрити са две процедури за нарушения: № 2016/0026 във връзка с неизпълнение на задължението на Бъл-

гария да нотифицира националните мерки, транспониращи Директива 2014/110/ЕС на Комисията от 17 декември 2014 г. за изменение на Директива 2004/33/ЕО по отношение на критериите за временно отхвърляне на донори на алогенна кръв (на 22.07.2016 г.) и № 2016/0024 във връзка с неизпълнение на задължението на България да нотифицира националните мерки, транспониращи Директива 2014/85/ЕС на Комисията от 1 юли 2014 година за изменение на Директива 2006/126/ЕО на Европейския парламент и на Съвета относно свидетелства за управление на превозни средства. (на 29.09.2016 г.).

През 2016 г. е проведена значителна дейност по транспониране на Директива 2013/59/Евратом за определяне на основни норми на безопасност за защита срещу опасностите, произтичащи от излагане на йонизиращо лъчение. Подготвени са проекти за изменение и допълнение на ЗЗ и подзаконовите нормативни актове, касаещи радиационната защита на населението, професионално експонирани лица и пациенти, подложени на диагностични и терапевтични радиологични процедури.

В рамките на периода, инициативите в здравеопазването са обвързани с Третата програма на ЕС „Здраве за растеж“ 2014 – 2020 и нейните основни цели – здравословен начин на живот, защита от трансгранични заплахи за здравето, изграждане на новаторски, устойчиви и ефективни здравни системи и достъпно и безопасно здравно обслужване. В тази посока и отчитайки тенденцията за засилваща се електронизация на здравеопазването, в края на 2016 г. стартира подготовката на проект „Доизграждане на Национална Здравна Информационна Система (НЗИС) етап 1 и етап 2“, финансиран по ОП „Добро управление“. Реализацията на проекта отговаря на заложените приоритети в здравната стратегия на ЕС „Заедно за здраве“ и Национална здравна стратегия 2020.

## Проекти по европейски фондове

С финансиране от европейски фондове през 2016 г. са финализирани 21 проекта, както следва:

Приключило е изпълнението на 17 проекта, част от Средносрочната рамкова инвестиционна програма (СРИП) на Министерството на здравеопазването, финансирана по Оперативна програма „Регионално развитие“ 2007 – 2013 г. „Подкрепа за реконструкция, обновяване и оборудване на държавните лечебни и здравни заведения в градските агломерации“. Общият обем на извършените разходи е 182 212 218,37 лв. По програмата са оборудвани със съвременна медицинска техника комплексните онкологични центрове в страната. С подобряване на диагностиката и лечението на онкологични заболявания се цели подобряване здравния статус на населението.

Приключило е изпълнението на 4 проекта по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007 – 2014 г., насочени към подобряване достъпа до качествено образование и учене през целия живот, засилване на социалното включване и инвестиция в човешкия капитал. Общата стойност на извършените разходи в изпълнение на 4-те проекта е 10 624 229,96 лв.

През годината е стартирало изпълнението на проект „Специализация в здравеопазването“, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020 г. с общ бюджет 5 496 628,40 лв. и със срок на изпълнение до 31.12.2019 г. Проектът цели да даде възможност на лекари специализанти по медицина и дентална медицина да продължат и завършат обучението си. Неговото изпълнение цели да осигури по-добри шансове за професионална реализация на младите лекари и преодоляване на проблема с недостига на медицински специалисти в сектора.

## Програми с външно финансиране

Изпълнение на Програма БГ07 „Инициативи за обществено здраве“, финансирана от Финансовия механизъм на ЕИП и Норвежкия финансов механизъм 2009-2014 г.:

Общата цел на Програма БГ07 „Инициативи за обществено здраве“ е да подобри общественото здраве и да намали здравните неравенства с фокус върху пет области:

- Репродуктивно здраве;
- Детско здравеопазване;
- Психично здраве;
- Подобряване на управлението в здравеопазването;
- Специфични здравни предизвикателства за ромите.

Общият бюджет е в размер на 15 782 353 евро, от които 7 765 000 евро от НФМ, 5 650 000 евро от ФМ на ЕИП и 2 367 353 евро национално съфинансиране. Договорените средства към 30.11.2016 г. са в размер 14,3 млн. евро (27 268 369 лв.) или 90,5 % от отпуснатите по програмата. За сравнение към началото на месец март 2015 г. договорените средства са в размер на 2 488 981 евро (4 868 024 лв.).

През 2016 г. е инициирана модификация на Програмата с цел релокация на средства между бюджетните линии за ефективно разходване на средствата по програмата чрез сключване на допълнителни споразумения за допълнителни дейности по проектите от резервния списък.

Програма БГ07 „Инициативи за обществено здраве“ се изпълнява чрез общо 29 проекта - 4 предварително дефинирани проекта и 25 проекта по четири процедури за набиране на проектни предложения. Сключените договори за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ за изпълнение на проектите са на стойност 10 442 070 лв. По програмата се изпълнява и Малка грантова схема за предоставяне на стипендии на

ромски студенти. Към 31.12.2016 г. изпълнението на 5 от проектите е приключило. Изпълнението на Малка грантова схема е на етап на отчитане.

В изпълнение на Малката грантова схема в рамките на Резултат 4 „Специфични предизвикателства за здравето на ромското население“ на програмата е предоставена финансова подкрепа на 100 студенти от ромски произход за академичната 2015/2016 г. – почти три пъти повече в сравнение с предходната (36 студенти за 2014/2015 г.). Проведен е лагер за стипендиантите, в рамките на който е реализирано обучение по застъпничество за развиване на умения и качества с цел инициране на промени в ромските общности. Изразходваните средства за подкрепа на студенти от ромски произход в изпълнение на схемата са в размер на 801 094 лв.

През 2016 г. се отчита напредък в реализацията на проекти, свързани с Мярка 1, Мярка 2, Мярка 5 и Мярка 6 от Програма БГ07 „Инициативи за обществено здраве“.

По Мярка 1 „Подобряване на системата за психично здраве на българските граждани“ са финансирани 10 проекта на обща стойност 3 911 660 лв. В резултат на изпълнението на проектите се въвеждат нови форми на обслужване на пациентите, подобряване качеството на болничния престой в психиатричните лечебни заведения, повишаване квалификацията на болнични и извънболничния персонал, обслужващ хората с психични разстройства, намаляване на дискриминацията и неравнопоставеността чрез повишаване на публичното самоосъзнаване.

През месец юни 2016 г. приключи изпълнението на проект „Нови възможности за качествени и модерни услуги за хората с психични разстройства в МБАЛ „Света Марина“ – Варна“, където са реализирани по-благоприятна среда за лечение и рехабилитация на хора с психични разстройства, оптимизирани и

модернизирани услуги, както и обучение на персонала, като са въведени по-адекватни и напредничави форми на диагностика, лечение и грижи за пациентите.

Останалите 9 проекта са по мярката през 2016 г. са в процес на изпълнение. Във връзка с Мярка 2 „Подобрен достъп до качествени услуги за сексуално и репродуктивно здраве на юноши на възраст от 10 до 19 г. с акцент върху уязвимите групи, най-вече роми и хора, живеещи в отдалечени райони“ се работи по 3 проекта на обща стойност 1 219 172 лв. Предоставяните по проектите здравни услуги и консултации се осъществяват в координация и с участието на семейството и други заинтересовани страни на местно ниво - общински структури, кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН, неправителствени организации, системата на здравните медиатори и др.

В средата на 2016 г. приключи изпълнението на проект „Създаване на център за семейно планиране и превенция на репродуктивното здраве в детско-юношеска възраст 10-19 г.“ с бенефициент УМБАЛ „Свети Георги“ – Пловдив. Чрез създадения по проекта център се постига подобряване на достъпа и качеството на грижите за пациентите. Изпълнените дейности по проекта допринасят за повишаване на достъпа до медицинска информация и за решаване на проблемите на сексуалното и репродуктивното здраве с акцент върху уязвимите групи и осъществяване на превенция върху сексуално предаваните инфекции.

По останалите 2 проекта работата ще продължи и през 2017 г.

По Мярка 5 „Подобряване на достъпа до и качеството на грижите за деца с психични, генетични и онкохематологични заболявания (с акцент върху деца, страдащи от церебрална парализа, сърдечно-съдови заболявания, аутизъм и

младежи, страдащи от хранителни разстройства) и соматични увреждания, причинени от инфекциозни заболявания (като полиомиелит, бактериален менингит, морбили, туберкулоза, ХИВ/СПИН и т.н.)“ се изпълняват 9 проекта на обща стойност 4 152 641 лв.

Проектите са ориентирани към създаване на специализирани центрове за предоставяне на адаптирани грижи спрямо специфичните нужди на децата. Цели се реализацията на инициативите да допринесе за по-качествено предоставяне на здравна грижа на децата и включването им в социалния живот. Същевременно се подпомага както обучението на медицинския персонал и други специалисти, полагащи грижи за децата, така и на членовете на семействата им за предоставяне на необходимите специализирани грижи.

През месец април 2016 г. приключи изпълнението на проект “Медико-психологически център за деца и юноши” с бенефициент Столична община, в резултат на който се разкрива социална услуга в общността „Център за социална рехабилитация и интеграция“ с капацитет 30 места.

В края на месец юни 2016 г. приключи проект „Създаване на Център за деца с хронични заболявания /аутизъм, церебрална парализа, онкохематологични и сърдечно-съдови заболявания, хранителни разстройства/ и обучение на членове от техните семейства за предоставяне на специализирани грижи“ с бенефициент УМБАЛ „Свети Георги“ – Пловдив. В резултат на проекта е създаден специализиран център, осигурена е съвременна медицинска техника и оборудване за рехабилитация и лечение на децата. Проведено е обучение за медицинския персонал и за родителите на децата.

Продължава изпълнението на още 7 проекта по мярката.

Мярка 6 „Предоставяне на здравни услуги по домовете на бременни жени и

деца до 3 г. за групи в риск с акцент върху ромите“ се реализира чрез 3 проекта на обща стойност 1 158 596 лв. Изпълнението на проектите има за цел подобряване на достъпа и качеството на здравните услуги и подобряване на майчиното и детско здраве, включително на представители от уязвими групи и ромското население. Проектите са в процес на изпълнение със срок на приключване преди 30 април 2017 г.

В рамките на периода продължава изпълнението на стартиралите в края на 2014 г. предварително дефинирани проекти 1, 2, 3 и 4. През отчетния период по проектите са извършени следните основни дейности:

Предварително дефиниран проект 1 „Подобряване на контрола и информационните системи за превенция на риска в здравеопазването“ с бенефициент НЦОЗА, на обща стойност 1 052 258 лв. По проекта е извършен преглед на съществуващите национални и чужди електронни здравни регистри за диабет и редки болести. Разработени са здравни регистри за диабет, редки болести и на източниците на електромагнитни полета, които са в процес на тестване. Публикувани са: 3 материала, свързани с различни дейности по проекта във в. „Дневник“, 4 научни публикации в международни научни списания и монографии и 1 научна публикация в списание „Социална медицина“.

Предварително дефиниран проект 2 „Подобряване надзора на ваксинапредотвратимите заболявания: Разработване на модел на уеб-базиран имунизационен регистър“ с бенефициент НЦЗПБ, на обща стойност 299 183 лв.

По проекта е събрана предварителна информация и е направен анализ на имунизационни системи и регистри в страни от и извън Европа и у нас. Разработен е софтуерен модел на уеб-базиран имунизационен регистър. Доставени са 11 преносими компютри и 1 сървър. Въведени са данни и се извършва пи-



лотно тестване на модела на имунизационния регистър. Изготвени са Наръчник на потребителите, Ръководство на администратора, Ръководство за поддържане и администриране. Проведено е обучение на потребителите за работа с модела на уеб-базиран регистър. Предстои продължаване на тестване на функционирането на модела, въз основа на което той да бъде окончателно одобрен, след което да се пристъпи към изготвяне на предложение за законодателни промени за създаване на национален имунизационен регистър.

Предварително дефиниран проект 3 „Подобрени услуги за психично здраве“ с бенефициент НЦОЗА, на обща стойност 1 955 830 лв.

Изградена е информационна система за суицидните действия в Република България, като уеб. Основните цели на Предварително дефиниран проект 3 „Подобрени услуги за психично здраве“ са подобряване на общественото здраве и намаляване на здравните неравенства, развитието на политики в областта на психичното здраве, базирани на доказателства. Специфичните цели на проекта са: повишаване познанията на личните лекари, психолозите и социалните работници за ранно откриване и лечение на чести психични разстройства; проучване на разпространението на честите психични разстройства в страната.

През 2016 г. са проведени двуетапни обучения на общопрактикуващи лекари, психолози и социални работници за ранно откриване на тревожност и депресия в първичната помощ. Създадени са методично Ръководство за ранно откриване на тревожност и депресия в първичната помощ, отпечатано в тираж 2500 бр., разпространено в целевите групи. Изграден е онлайн портал за обучение: <http://dl.ncpha.government.bg/>. Повече от 2200 души (ОПЛ, психолози и социални работници) са завършили успешно онлайн обучението, а общият

брой на триденните обучителни семинари е 41.

По проекта през 2016 г. е изградена информационна система за мониториране на суицидните опити в Република България. Създаден е онлайн портал за събиране на информация за самоубийствените действия от данни, постъпващи в РЗИ. Закупени са компютърни конфигурации и друга техника за РЗИ и НЦОЗА във връзка с дейността.

В рамките на проект „Подобрени услуги за психично здраве“ са обучени 56 експерти от всички РЗИ в страната, които да работят с децата в училищата по темите, свързани с тревожност, депресия, агресия и автоагресия и сексуално здраве. Изготвени са специални ръководства, допълнително профилирани за 8-ми, 9-ти, 10-ти и 11-ти клас.

Проведена е първата част от епидемиологично изследване на честите психични разстройства в България – пилотно тестване на въпросника СИДИ. Обучен е главен изследовател за работа с въпросника СИДИ в Мичиганския Университет, САЩ.

В края на 2016 г. стартира и основното проучване („на терен“) за разпространение на честите психични разстройства в страната. Предстои набиране на база данни за болестността от тревожност и депресия, която даде възможност за актуализиране на политиките в областта на психично-здравната превенция.

В рамките на проект „Подобрени услуги за психично здраве“ е проведена публична кампания за повишаване на информираността на хората по проблемите на психичното здраве и суицидното поведение. Изготвени, отпечатани и разпространени в цялата страна са брошура с полезна информация за депресията и тревожността, както и информационна диплома за детската възраст, посветена на агресията в училище и нейното преодоляване. На четири семинара с експерти от областта на психиатрията и публичните комуникации са

обучени медийни експерти, чиято работа е свързана с отразяване на психичните заболявания и самоубийствата. Излъчени са 6 телевизионни предавания във високорейтингови национални телевизии, 8 радиоинтервюта в национални радиа. Публикувани са 10 информации и интервюта в национален всекидневник и 12 материала в регионални вестници.

Предварително дефиниран проект 4 „Подобрено качество на пренаталната диагностика и неонаталните грижи“ с бенефициент Министерство на здравеопазването, на обща стойност 12 774 308 лв.

Проекта цели намаляване броя на децата с вродени заболявания и намаляване на детската смъртност в България – проблем, чиято важност е отразена и в стратегическите документи в сектора. По проекта е предвидена доставка на съвременна високоспециализирана оборудване за неонатологичните отделения в болниците на територията на цялата страна.

През 2016 г. е доставена медицинска апаратура за механична вентилация за новородени и недоносени деца, вкл. и недоносени деца с екстремно ниско тегло, апарати за осигуряване на постоянно положително налягане в дихателните пътища на новородени и недоносени деца, рентгенови преносими апарати и мобилни ултразвукови апарати. Предстои сключване на договори за доставка на инкубатори за интензивни грижи за новородени и недоносени деца, лампи за фототерапия, апарати за церебрално функционално мониториране и други. В края на месец декември 2016 г. е стартирала процедурата за провеждане на обучение в областта на феталната морфология, насочено към лекари - неонатолози от страната.

## Специализирани донорски програми

### Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“

Цел на програмата е да допринесе за намаляване на новите случаи на инфектиране с ХИВ/СПИН и подобряване качеството на живот на хората, живеещи с ХИВ/СПИН в България. За увеличаване обхвата на най-рисковите групи от населението (лица, инжекционно употребяващи наркотици, маргинализирани етнически общности, лица предлагащи сексуални услуги, мигранти и мобилно население, деца и млади хора в риск и др.) и превенция на ХИВ, през 2016 г. са изпълнени дейности по 9 заложи компонента чрез активна работа с 21 общини, 28 РЗИ, 34 НПО, 28 здравно-социални центрове, 14 кабинета за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ, 5 сектора за лечение на ХИВ/СПИН и 17 мобилни кабинета. Сключени са договори с 15 НПО, които предоставят интегрирани услуги на най-рисковите групи по отношение на ХИВ/СПИН.

### Програма „Подобряване на устойчивостта на Националната програма по туберкулоза“

Основните дейности по програмата са консултиране и изследване на случаите, съмнителни за туберкулоза сред високорисковите групи, оказване на подкрепа за започване и придържане към лечение, разкриване на здравни центрове за подпомагане работата по превенция и контрол на туберкулозата. В период на доклада са изпълнени дейности по 4 основни модула: грижа и лечение на пациенти с туберкулоза, лечение на мултирезистентна туберкулоза, коинфекция ХИВ/туберкулоза, информационна система и мониторинг и оценка. Работи се с 28 областни лечебни заведения (56 патронажни сестри), 28 областни координатори и 25 неправителствени организации.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализът на данните за изпълнението на Приоритетите на Националната здравна стратегия 2020 по политики и мерки дава основание да се направят следните изводи:

### 1. По Приоритет 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот

През 2016 г. са предприети действия по изпълнение на всички 7 политики.

Най-добро е изпълнението на мерките по *Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата* и *Политика 1.2. Здраве за децата и юношите*. Налице е синергизъм при изпълнението на мерките във всички направления – промоция на здраве и профилактика на болестите, в т.ч. на ваксинопредотвратимите болести, подобряване на условията за диагностика и лечение в акушеро-гинекологичните, неонатологични и педиатрични структури, осигурен е механизъм за развитие на интегрирани здравно-социални услуги, в т.ч. чрез деинституционализацията на децата с медико-социален риск, осигурени са допълнителни услуги извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Налице е синергизъм и с мерките по *Политика 1.7. Здраве за уязвимите групи* по отношение на бременните, майките и децата от тези групи. Мерките са подкрепени с инвестиции от НЗОК, МЗ и европейски и международни програми.

Оценката се потвърждава и от резултатите за изпълнението на националните здравни цели, където е налице значително подобрене на показателите по *НЦ 1 Сnižаване на смъртността при децата от 0-1 годишна възраст*, *НЦ 2 Сnižаване на смъртността при децата от 1-9 годишна възраст* и *НЦ 3 Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10-19 годишна възраст*.

При 2 от целите (НЦ 1 и 2) вече са достигнати определените целеви стойности до 2020 г., а при третата това вероятно ще бъде постигнато преди поставения срок. При запазване на настоящата динамика до 2025 г. показателите вероятно ще достигнат средноевропейските стойности.

Налице и значително намаление на показателя за майчина смъртност, който през 2016 г. вече е под средните европейски стойности.

Тези положителни резултати потвърждават правилността на прилаганите политики, но и създават отговорност за тяхното устойчиво продължаване в следващите години.

В тази връзка следва да се има предвид, че определените показатели за измерване на целите са динамични величини, които могат да се променят във времето. Въпреки тяхното подобряване през 2016 г. съществува риск от промяна в наблюдавани положителни тенденции в резултат на промени във факторите на външната среда, влияещи върху общите социално-икономически условия в страната и света и върху системата на здравеопазването в частност.

Изпълнението на другите 2 специфични политики – *Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст* и *Политика 1.4. Здраве за възрастните хора* е с по-малка интензивност. Изпълнението основната част от мерките по политиките се осъществява чрез общите мерки по Приоритет 2 и 3, свързани с подобряване на достъпа до медицинска помощ, разширяване на пакета на промотивните и профилактичните дейности, заплащани от НЗОК, развитието на интервенционалното лечение на мозъчно-съдовата болест, високотехнологична диагностика и лечение на болестите на сърдечно-съдовата система и онкологичните заболявания, дейностите по превенция на хроничните незаразни заболявания и др., които имат пряко

отношение към здравето в тези възрастови категории.

Все още не са достатъчно развити специфичните мерки за интервенции по тези политики, свързани с факторите на риска на трудовата среда, както и специфични услуги за възрастни хора в общността в обхвата на дългосрочните грижи.

Тази оценка се потвърждава и от степента на постигане на националните здравни цели – НЦ 4 *Снижаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20 до 65 годишна възраст* и НЦ 5 *Увеличаване на средната продължителност на предстоящият живот на хората след навършване на 65 годишна възраст*, при които също е налице подобряване на показателите, но темпа на подобрене е малък и съществува риск да не бъдат достигнати определените в НЗС 2020 целеви стойности до 2020 г. и средноевропейските показатели до 2025 г.

**При анализа на изпълнението на целите следва да се подчертае видимата тенденция за намаляване на позитивните ефекти от провежданите политики във възходящ ред на възрастовите групи, т.е. във възрастовите категории, в които се повишава влиянието на факторите на външната среда и начина на живот. За разлика от детските контингенти, в по-големите възрастови групи наличието на тези фактори се противопоставя на усилията на здравната система да постигне по-значими резултати по отношение на здравното състояние на хората.**

Това показва необходимост от интензифициране на действията по изпълнение на политиките, в т.ч. на междусекторното сътрудничество, тъй като по-голяма част от специфичните мерки са свързани с дейността на други сектори и ведомства и обществените нагласи за здравословен начин на живот.

По изпълнението на мерките по Политика 1.5. *Опазване и подобряване на психичното здраве*, Политика 1.6. *Възможно най-добро здраве за хората с увреждания* и Политика 1.7. *Здраве за уязвимите групи* има частичен напредък, който в по-голямата си част се дължи на комплексните мерки за развитие на здравната система и капацитета на общественото здравеопазване по Приоритет 2 и 3. Налице е изпълнение на някои специфични мерки, които следва да бъдат развити в следващите периоди.

Като положителни стъпки в тази насока могат да се посочат предприетите през 2016 г. действия за промяна в концептуалния модел на медицинската експертиза на степен на увреждане и неработоспособност, регламентирането на интегрираните здравни услуги за хора с физически, психически и ментални увреждания, стартиралите, както и планираните проекти за такива услуги по европейски и международни програми, продължаващите специфични интервенции за подобряване на достъпа до медицинска помощ на лицата от уязвими групи, а фокус върху ромското население и др. Анализът на степента на изпълнение на политиките по Приоритет 1 показва, че на база на доброто изпълнение на общите мерки по Приоритет 2 и 3 е създадена добра основа за подобряване на здравето на всички групи лица, която трябва да бъде надградена с все по-детайлно фокусирани мерки, интервениращи специфичните проблеми във всяка група.

**2. По Приоритет 2 Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати**  
През 2016 г. по изпълнение на 9-те политиките по Приоритет 2 са предприети комплексни и подчинени на обща концепция действия, които са свързани със започналата през 2015 г. значителна промяна в законовата и подзаконова

нормативна уредба, уреждаща системата на задължителното здравно осигуряване и системата на здравеопазването, включително и лекарствения сектор.

Ключова мярка, влияеща върху по-голяма част от политиките по приоритета е въвеждането през 2016 г. на Национална здравна карта със задължителен характер (*Политика 2.1 Финансова устойчивост на системата на здравеопазването, Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ, Политика 2.4 Развита първична медицинска помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ, Политика 2.5 Оптимизирана болнична помощ, Политика 2.7 Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазването*) и свързаният с нея механизъм за селективен подбор от страна на НЗОК на лечебни заведения, с които сключва договор при наличие на излишен болничен капацитет (*Политика 2.1, Политика 2.5*).

Въпреки краткият срок на действие през оценявания период и липсата на опит при прилагането ѝ в договорния процес на НЗОК, още през 2016 г. се установяват обективни резултати и ползи от нейното въвеждане.

Въвеждането на Национална здравна карта и механизъм за селективен подбор при договарянето с болниците е от основно значение за реализацията на *Политика 2.5 Оптимизирана болнична помощ*, като основополагащ фактор за преодоляване на дисбалансите и неефективностите в системата на здравеопазването. В рамките на политиката през 2016 г. бяха реализирани и други мерки, които в съвкупност да създадат условия за поетапно консолидиране, реструктуриране и адаптиране на сектора към настоящите потребности на населението при максимално ефективно използване на наличните ресурси.

Друга ключова мярка, влияеща не само върху политиките от Приоритет 2, но и имаща основополагаща роля за реали-

зацията на политиките по Приоритет 1 и 3 е извършеното реструктуриране на пакета здравни дейности, заплащан от бюджета на НЗОК. Въведеният през 2016 г. основен пакет здравни дейности създаде реални и финансово обезпечени механизми за същностна промяна в системата на здравеопазването в няколко направления – развитие на първичната извънболнична помощ с разширяване на обхвата на осъществяваните дейности, основно в областта на промоцията и профилактиката на заболяванията, извеждане на болнични дейности за извършване в амбулаторни условия (амбулаторни процедури), създаване на условия за развитие на дейности по продължително лечение и въвеждане на изисквания за осигуряване на комплексна диагностика, лечение, рехабилитация и наблюдение на определени категории заболявания. (*Приоритет 1, Политика 2.1, Политика 2.4, Политика 2.5, Политика 2.8., Политика 3.1 Промоция на здраве и профилактика на болестите, Политика 3.2 Надзор на заразните болести*)

В пакета бяха детайлно разписани изискванията за изпълнение на дейности по клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури, които до този момент бяха обект единствено на договаряне в рамките на НРД. Това създаде устойчивост и държавна гаранция за обема и качеството на здравните услуги, които се осигуряват за задължително здравноосигурените лица в България.

Мярка с комплексно въздействие върху реализацията на политиките е и регламентирането на интегрираните здравносоциални услуги за деца и възрастни, които могат да се осъществяват и от лечебни заведения.

Освен положителните ефекти за подобряване на грижите за лицата с медикосоциални проблеми (*Приоритет 1*), правилната реализация на мярката би осигурила възможност за подкрепа на

капацитета на първичната медицинска помощ (*Политика 2.4*), би създавала алтернатива за реструктуриране на част от малките болнични заведения (*Политика 2.5*) и би намалила разходите за скъпо болнично лечение (*Политика 2.1*). Мярката има сериозно влияние и върху развитието на човешкия капитал на системата и привличане на нови видове специалисти – болногледачи, здравни асистенти и др. (*Политика 2.7*) Сериозни промени в регулацията на лекарствения сектор бяха реализирани в рамките на изпълнението на *Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти*, които доведоха до значими финансови ефекти в резултат на подобро ценообразуване, договаряне на отстъпки и въвеждане на оценка на здравните технологии, с което подкрепиха реализацията на *Политика 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазването*.

С особена значимост е комплексното и координирано изпълнение на мерките по *Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ*, по която бяха създадени всички предпоставки за цялостна модернизация и развитие на човешките ресурси с осигурен финансов ресурс от средства по оперативните програми на ЕС.

Аналогичен е резултатът от изпълнението на мерките по *Политика 2.6. Електронно здравеопазване*, която има ключово значение за реализацията на всички останали политики.

С относително по-ниска степен на изпълнение са мерките по *Политика 2.7. Развитие на човешките капитал в системата на здравеопазването* и *Политика 2.8. Осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване*, доколкото тези политики са надграждащи реализацията на секторните политики в извънболничната, болничната и спешната помощ.

Като безспорно постижение по реализацията на *Политика 2.9. Ефективно*

*стратегическо и оперативно управление на здравната система* следва да се отчете създаването на Съвет „Партньорство за здраве“, като платформа за обмен на мнения между всички заинтересовани страни, съответстваща на най-добрите практики в европейските страни.

Експертната оценка се потвърждава от данните, представени в отчета за изпълнение на политиките, показваща висока степен на изпълнение на заложените мерки и положителни ефекти, в т.ч.:

- Значително увеличение на средствата за здравеопазване в резултат на нарастващ размер на здравноосигурителните вноски от гражданите в т.ч. и в системата на доброволното здравно осигуряване и засилен ангажимент от страна на държавата;
- Значителен ръст на средствата за извънболнична помощ при разширен обхват на осъществяваните дейности;
- Намаляване на броя на хоспитализациите за сметка на увеличаващ се обем амбулаторни дейности;
- Въведени ограничения за разкриване на нови медицински дейности, в областите, където не е налице потребност;
- Въведени механизми за договаряне на отстъпки и оценка на здравните технологии, генериращи значими икономии на публични средства за лекарствена терапия;
- Значително подобряване на технологичната осигуреност на лечебните заведения в областта на диагностиката и лечението.

Освен тези преки ефекти, следва да се има предвид, че реализацията на политиките и мерките по Приоритет 2 има основен принос за подобряване на показателите за здравето състояние на населението и в частност постигането на 5-те национални здравни цели, т.е. те са косвен измерител за степента на тази реализация.

Реализацията на политиките по Приоритет 2 бяха обект и на външна оценка през настоящата година:

В придобилия обществен интерес доклад „State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017“, изготвен от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и European Observatory on Health Systems and Policies в сътрудничество с Европейската комисия се посочва, че *„Подобряването на ефективността на болничния сектор е в центъра на няколко скорошни реформи. Те са насочени към намаляване на капацитета на болничната помощ чрез създаване на възможности за селективно сключване на договори, внасяне на промени в пакета от услуги, създаване на повече възможности за амбулаторно лечение и насърчаване на рентабилността и качествена информация. Освен това, окуражаващи са и неотдавнашните планове за въвеждане на интегрирана грижа в системата на здравеопазването.*

*Взети заедно, тези инициативи биха могли да спомогнат както за намаляване на болничната помощ, така и за повишаване на степента на координация на грижите. Някои първи резултати показват, че определени процедури от болничната помощ сега се извършват в амбулаторни условия. В контекста на увеличаването на хроничните състояния и сложните съпътстващи заболявания, подобряването на координацията между различните сектори има потенциала да подобри качеството и да намали разходите“*

В доклада се посочва още, че *„новият подход за привличане на заинтересованите страни в изготвянето на здравна политика е обещаващ“,* тъй като *„от 2015 г. насам иновативен форум „Партньорство за здраве“ действа като консултативен орган към Министерския съвет и се председателства от министъра на здравеопазването. Въз*

*основа на консултации с широк кръг заинтересовани страни той играе ключова роля в най-новите инициативи за реформи в области като лекарствената политика, структурни промени в здравната система и качеството на услугите.“*

Оценка на изпълнението на дейностите по Приоритет 2 на НЗС 2020 бе дадена и в Доклада за България за 2017 г., изготвен в рамките на Европейски семестър за 2017 г. за оценка на напредъка в структурните реформи, предотвратяването и коригирането на макроикономическите дисбаланси, в който за пръв път се отбелязва ограничен напредък по отношение на изпълнението на Специфичната препоръка за България *„Да подобри ефективността на системата на здравеопазване чрез подобряване на достъпа и финансирането, както и на здравните резултати“.*

В доклада се отчита необходимостта от време за постигане на обективни резултати от въведените мерки, като се посочва, че *„Повечето от мерките, свързани с ценообразуването на фармацевтичните продукти, чиято цел е намаляване на цените на лекарствата, няма да влязат в сила поне до началото на 2017 г. Други мерки, като например възлагането на болнични услуги въз основа на Националната здравна карта, са изпълнени само частично - договорите с болниците до април 2017 г. бяха формулирани на основата на исторически данни.“*

В заключението на доклада на ЕК се подчертава, че *„Реформите в здравеопазването през периода 2015-2016 г. преодоляха опасенията, изразени в първните СДП (специфични за държавата препоръки), но е в застоен изпълнителен договорените мерки, като например избирателното договаряне въз основа на Националната здравна карта.“*

**3. По Приоритет 3. Укрепване на капацитета на общественото здраве.**

При оценката на изпълнението на политиките по Приоритет 3 следва да се има предвид, че те осигуряват същинската платформа за устойчиво подобряване на здравето на населението. Докато политиките по Приоритет 2 са насочени към здравната система, която има задача да се „справи“ с лошото здраве и да намали вредните последици от него, политиките, осъществявани в рамките на Приоритет 3 са насочени към детерминантите на здравето, и имат цел да намалят влиянието на вредните фактори и да потенцират действието на тези, които влияят благотворно върху него. В този смисъл, инвестициите в тези политики имат много по-голяма икономическа ефективност и могат да дадат много позначим резултат. Омаловажаването през последните години на тези инвестиции и концентрирането на ресурсите в скъпата лечебна дейност, забавя темповете на подобряване на здравното състояние на гражданите и не дава възможност да бъде използван огромен потенциал за неговото подобряване чрез превенция и ефективна профилактика.

България има добри традиции в сферата на общественото здраве и развит капацитет, който следва да бъде подкрепен и надграден.

През 2016 г. е налице висока степен на изпълнение на мерките по 3-те политики, включени в приоритета.

От особено значение за реализацията на *Политика 3.1. Промоция на здраве и профилактика на болестите* е изпълнението на националните здравни програми с акцент върху дейността по Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г.

Следва да се отбележат ефективните мерки по изпълнение на *Политика 3.2. надзор на заразните болести*, свързани с поддържане на имунизационния статус на населението и справяне с предизвикателствата, свързани с миграционния натиск в страната. В резултат на

това не са допуснати отклонения в епидемиологичната обстановка и разпространението на инфекциозните болести.

В рамките на *Политика 3.3. Ефективен и качествен държавен здравен контрол* е осигурено изпълнението на всички ангажименти на системата в рамките на националното и международно законодателство и не са допуснати отклонения на контролираните фактори извън установените норми.

В рамките на всички политики по Приоритет 3 най-забавен е процеса на изпълнение на мерките, насочени към развитие на човешките ресурси в системата на общественото здраве с цел преодоляване на кадровия дефицит и липсата на мотивация за работа в системата.

Предвид важните функции на общественото здравеопазване за опазването и подобряването на здравето на гражданите е необходимо предприемане на активни действия за повишаване на капацитета и осигуряване на компетентен и мотивиран персонал.

Необходимо е продължаване на усилията за осигуряване на устойчиво финансиране на политиките в областта на общественото здраве и междусекторно сътрудничество и ангажиране на общественото участие в този процес.

Реализацията на политиките по Приоритет 3 бяха обект и на външна оценка в доклада „State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017“, в който се посочва, че *„усилията за засилване на здравната промоция и превенцията все още предстои да дадат резултат“*. В него се отбелязва, че *„Значителна част от смъртните случаи биха могли да бъдат предотвратени чрез справяне с поведенческите рискови фактори и засилване на първичната профилактика. По-специално разпространението на тютюнопушенето и консумацията на алкохол в България продължава да бъде сред най-високите в Европа....Като положителен аспект,*



*напоследък България е разширила усилията си за здравна промоция и профилактика. Забраната за тютюнопушене на обществени места е въведена през 2012 г. и Националната програма за превенция (2014-2020 г.) съсредоточава вниманието върху ранната диагностика на незаразни болести, и по-специално на сърдечно-съдовите заболявания. Това е подкрепено с увеличение през 2017 г. на бюджета, предназначен за ранна диагностика и скрининг.....“*

В заключение може да се направи извода, че резултатите от дейността по изпълнението на Националната здравна стратегия 2020 през първата година от нейното действие са оптимистични.

Те потвърждават, че поставените цели и формулираните приоритети и политики съответстват на идентифицираните предизвикателства пред здравето на гражданите и определят стратегическите насоки за развитие на сектора на здравеопазването.

Въпреки ограниченото време на действие на документа през 2016 г. е налице започнало изпълнение на мерките по всички политики, като голяма част от тях се базират на промени в нормативната уредба, действала към този момент. (Приложение 2)

Към настоящият момент част от посочените в отчета нормативни актове са отменени, което създава риск за последващата реализация на политиките и приоритетите на Националната здравна стратегия 2020 и изпълнение на националните здравни цели.

Други рискове и ограничения, които могат да доведат до неизпълнението на заложените цели са:

- ✓ липса на политическа и обществена подкрепа за реализация на заложените политики и мерки;
- ✓ влошаване на социално-икономическите условия в страната, което ще окаже пряко влияние върху системата на здравеопазване;

- ✓ неустойчивост на структурата, управлението и организацията на националната здравна система;

- ✓ неефективно междуинституционално и междусекторно сътрудничество, в т.ч на европейско и международно ниво;

- ✓ засилване на негативните обществени нагласи по отношение на системата на здравеопазване;

- ✓ липса на достатъчно финансови средства за изпълнение на политиките;

- ✓ невъзможност за ангажиране на субектите в системата на здравеопазване (НЗОК, лечебни заведения, съсловни организации и др.) за осъществяване на планираните дейности;

- ✓ наличие на значителни форсмажорни обстоятелства – природни и предизвикани от човека бедствия, в т.ч. епидемии от заразни заболявания;

- ✓ намаляване на капацитета за управление, организация и изпълнение на дейностите в системата на здравеопазване, в т.ч. чрез отлив на кадри и влошаване на качеството на медицинското образование и квалификация;

Идентифицираните рискове и предизвикателства следва да бъдат своевременно анализирани и оценени, за да могат да бъдат управлявани чрез предприемане на подходящи действия.

Най-устойчивият механизъм за справяне с тях е постигането на политически и обществен консенсус за постигане на заложените цели.

Само политики, ангажиращи цялото общество, могат да подобрят здравето на гражданите и да предотвратят заплахите за тяхната здравна сигурност и благосъстояние.

Националната здравна стратегия осигурява платформа за интегриране на усилията на органите на държавното управление, обществените организации, медиите и всеки български гражданин в полза на

## **ЗДРАВЕТО.**

**ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА  
ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.**

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**

**I. Таблици**

**Таблица 1. Заболеваемост, смъртност и леталитет от остри инфекциозни болести\* в България през 2000 - 2016 г.**

<b>Година</b>	<b>Брой заболели</b>	<b>Заболеваемост на 100 000 (%000)</b>	<b>Брой умрели</b>	<b>Смъртност на 100 000 (%000)</b>	<b>Леталитет (%)</b>
2000	80 167	978,74	105	1,28	0,13
2001	51 333	629,89	131	1,61	0,26
2002	51 229	649,20	124	1,57	0,24
2003	50 913	648,92	116	1,48	0,23
2004	68 954	883,88	133	1,70	0,19
2005	59 913	771,97	108	1,39	0,18
2006	67 462	874,00	122	1,58	0,18
2007	70 277	915,15	121	1,58	0,17
2008	57 916	758,04	88	1,15	0,15
2009	63 474	834,46	97	1,28	0,15
2010	68 839	910,12	110	1,45	0,16
2011	58 259	791,07	64	0,87	0,11
2012	60 998	832,48	84	1,15	0,14
2013	67 916	932,65	79	1,08	0,12
2014	50 800	701,11	77	1,06	0,15
2015	54 471	756,31	71	0,99	0,13
2016	61 283	856,65	82	1,15	0,13

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

ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.

Таблица 2. Заболеваемост, смъртност и леталитет от остри заразни болести\* в България през 2016 г.

№	Нозологични единици	Забо-лели (брой)	Заболе-ваемост (на 100 000)	Умрел и (брой)	Смъртност (на 100 000)	Летали тет (%)
1	Антракс	1	0,01	0	0,00	0,00
2	БММЕ хемофилус инфлуенце	3	0,04	0	0,00	0,00
3	БММЕ пневмококов	35	0,49	10	0,14	28,57
4	БММЕ стрептококов	3	0,04	0	0,00	0,00
5	БММЕ други **	74	1,03	28	0,39	37,84
6	Ботулизъм	3	0,04	0	0,00	0,00
7	Бруцелоза	0	0,00	0	0,00	0,00
8	Бяс	0	0,00	0	0,00	0,00
9	Вариант на болестта на Кройтцфелд-Якоб	0	0,00	0	0,00	0,00
10	Вариола	0	0,00	0	0,00	0,00
11	Варицела	32474	453,94	1	0,01	0,003
12	Вирусни менингити и менингоенцефалити	201	2,81	7	0,10	3,48
13	ВХТ Кримска-Конго хеморагична треска	4	0,06	0	0,00	0,00
14	ВХТ Хеморагична треска с бъбречен синдром	10	0,14	0	0,00	0,00
15	Вирусен хепатит тип А	1627	22,74	3	0,04	0,18
16	Вирусен хепатит тип В	219	3,06	10	0,14	4,57
17	Вирусен хепатит тип С	81	1,13	1	0,01	1,23
18	Вирусен хепатит тип D	3	0,04	0	0,00	0,00
19	Вирусен хепатит неопределен	235	3,28	1	0,01	0,43
20	Гастроентерит, ентероколит	16786	234,65	14	0,20	0,08
21	Дизентерия (шигелоза)	291	4,07	0	0,00	0,00
22	Дифтерия	0	0,00	0	0,00	0,00
23	Епидемичен паротит ***	19	0,27	0	0,00	0,00
24	Жълта треска	0	0,00	0	0,00	0,00
25	Западнонилска треска	2	0,03	0	0,00	0,00
26	Инвазивна инфекция, пневмококова	0	0,00	0	0,00	0,00
27	Инвазивна инфекция, хемофилус инфлуенце	0	0,00	0	0,00	0,00
28	Йерсиниоза	10	0,14	0	0,00	0,00
29	Кампилобактериоза	202	2,82	0	0,00	0,00
30	Коклюш	98	1,37	0	0,00	0,00
31	Колиентерити (ешерихиози)	360	5,03	0	0,00	0,00
32	Инфекция, предизвикана от <i>E. coli</i> , продуциращи Shiga/Vero	0	0,00	0	0,00	0,00

ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.

	токсини (STEC/VTEC)					
33	Кореман тиф/Паратиф	1	0,01	0	0,00	0,00
34	Ку треска	19	0,27	0	0,00	0,00
35	Кърлежов енцефалит	0	0,00	0	0,00	0,00
36	Лаймска борелиоза	290	4,05	0	0,00	0,00
37	Легионерска болест	0	0,00	0	0,00	0,00
38	Лептоспирози	13	0,18	1	0,01	7,69
39	Листерия	5	0,07	2	0,03	40,00
40	Марсилска треска	212	2,96	0	0,00	0,00
41	Менингококова инфекция (менингококов менингит и сепсис)	12	0,17	1	0,01	8,33
42	Морбили	1	0,01	0	0,00	0,00
43	Орнитоза	0	0,00	0	0,00	0,00
44	Петнист тиф	0	0,00	0	0,00	0,00
45	Полиомиелит	0	0,00	0	0,00	0,00
46	Остри вяли парализи	249	3,48	0	0,00	0,00
47	Птичи грип А/Н5 или А/Н5N1 при хора	0	0,00	0	0,00	0,00
48	Ротавирусен гастроентерит	2192	30,64	1	0,01	0,05
49	Рубеола	2	0,03	0	0,00	0,00
50	Вродена рубеола	0	0,00	0	0,00	0,00
51	Салмонелоза	718	10,04	1	0,01	0,14
52	Скарлатина	4821	67,39	0	0,00	0,00
53	Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	0	0,00	0	0,00	0,00
54	Тетанус	4	0,06	1	0,01	25,00
55	Туларемия	3	0,04	0	0,00	0,00
56	Холера	0	0,00	0	0,00	0,00
57	Чума	0	0,00	0	0,00	0,00
<b>ОБЩО</b>		<b>61283</b>	<b>856,65</b>	<b>82</b>	<b>1,15</b>	<b>0,13</b>

Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2016 г.

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

\*\* 1 потвърден случай на менингококова инфекция (менингококов менингит и сепсис) от Ямбол е съобщен погрешно в НЦОЗА като БММЕ други и е преместен като случай на менингококова инфекция

\*\*\* 1 отхвърлен случай на епидемичен паротит от Ловеч погрешно е съобщен в НЦОЗА и е изключен от общия брой на случаите на епидемичен паротит

**Таблица 3. Брой заболяли от ваксинапредотвратими заболявания в България през периода 2012-2016 г.**

Заболяване	Брой случаи				
	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Дифтерия	0	0	0	0	0
Тетанус	2	1	0	0	4
Коклюш	102	89	52	35	98
Полиомиелит	0	0	0	0	0
Морбили	1	14	0	0	1
Паротит	58	25	31	18	19
Рубеола	18	10	7	5	2
Хепатит Б	322	302	235	263	219
<i>Str. pneumoniae</i> менингит	20	18	24	31	35
<i>Hib</i> менингит	3	1	1	4	3

**Таблица 4. Водещи показатели за физическо развитие при деца от 0 до 6 г.**

	I група норма	II група разширена норма	III група извън норма	
	брой деца ( $X \pm 1S$ )	брой деца между ( $X \pm 1S$ ) и ( $X \pm 2S$ )	под ( $X - 2S$ )	над ( $X + 2S$ )
<b>Ръст</b>	203 363	19 220	2 752	2 609
<b>Телесна маса</b>	200 014	20 879	2 523	4 439

**Таблица 2. Сборна таблица за индивидуална оценка на ръста на учениците**

I група норма		II група разширена норма		III група извън нормата			
брой ученици ( $X \pm 1S$ )		брой ученици между ( $X \pm 1S$ ) и ( $X \pm 2S$ )		брой ученици под ( $X - 2S$ )		брой ученици над ( $X + 2S$ )	
7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.
346 510	175 413	51 135	27 850	7 659	4 026	11 122	7 466
83.22	81.68	12.28	12.97	1.84	1.87	2.66	3.48

**Таблица 6. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесна маса при ученици**

I група норма		II група разширена норма		III група извън нормата			
брой ученици ( $X \pm 1S$ )		брой ученици между ( $X \pm 1S$ ) и ( $X \pm 2S$ )		брой ученици под ( $X - 2S$ )		брой ученици над ( $X + 2S$ )	
7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.
337549	174887	54022	28785	7727	4726	19039	9080
80.69%	80.42%	12.91%	13.23%	1.85%	2.17%	4.55%	4.18%

**Таблица 3. Физическа дееспособност**

Показател	Общ брой ученици	7 - 14 г.		14 - 18 г.	
		Момчета	Момичета	Момчета	Момичета
Брой ученици, получили оценка над среден (3) при изследване на физическата дееспособност	638 880 (98.0%)	215 700	200 280	117 597	105 779
Брой ученици освободени от часовете по физическо възпитание	10 567 (1.6%)	2 114	2 108	2 220	4 128
Брой ученици включени в групи по лечебна физкултура в	1 829 (0.2%)	739	590	288	213

училище					
---------	--	--	--	--	--

ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.

Таблица 8. Разпределение по диапазони на регистрираните шумови нива в урбанизираните територии на Р България за периода 2006 - 2016 г. в %

Година	Общ брой пунктове, в %	Разпределение на регистрираните шумови нива по диапазони, в %						
		под 58	58-62	63-67	68-72	73-77	78-82	над 82
		dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)
2006	100	14,04	18,03	32,64	27,32	7,40	0,57	0,00
2007	100	18,03	16,34	26,62	30,42	8,31	0,28	0,00
2008	100	17,91	17,91	28,51	26,03	8,95	0,69	0,00
2009	100	19,26	16,23	31,22	26,27	7,02	0,00	0,00
2010	100	20,83	15,52	32,04	24,43	7,18	0,00	0,00
2011	100	21,05	16,09	32,32	24,07	6,46	0,00	0,00
2012	100	22,63	17,08	32,78	20,80	6,89	0,00	0,00
2013	100	23,42	15,56	33,33	22,59	5,10	0,00	0,00
2014	100	20,98	17,89	33,66	22,40	5,07	0,00	0,00
2015	100	20,91	17,47	34,25	22,83	4,54	0,00	0,00
2016	100	21,65	15,59	35,17	23,45	3,86	0,28	0,00

Източник: РЗИ



ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.

Таблица 9. Дози от професионално облъчване

Област		Брой отчетени дози в дозов интервал, mSv					Колективни дози, по области, mSv	Средни ефективни дози по области, mSv
		0*	(0;1]	(1;6)	[6;20)	≥20		
Дейности с повишена концентрация на естествени РАИ (бани, подземни обекти)		33	58	16			48.32	0.45
Медицина	конвенционална диагностика (графия)	2337	430	38	7		267.35	0.10
	интервенционални процедури (скопия)	836	607	133	10	1	561.32	0.35
	нуклеарна медицина	15	35	19			61.49	0.89
	всички останали	100	124	36	2		131.77	0.50
	стоматология	288	19	1	1		21.32	0.07
	радиотерапия	191	368	29			181.88	0.31
	сервиз на медич. техника	71	1				0.11	0.00
Промисленост	облъчватели	12	2				0.45	0.03
	промишлена радиография	210	21	5			43.64	0.18
	производство на радионуклиди	1	5	3			8.98	1.00
	промишлени анализи (РФА, РСА)	138						0.00
	уреди за технологичен контрол	114	14	8			21.98	0.16
Ветеринарна медицина		25	1				0.31	0.01
Образование и изследв.		196	23				4.29	0.02
Полиция		155	333	105	1		355.2	0.60
Други		72	96	3			24.05	0.14
"АЕЦ Козлодуй" ЕАД		2009	355	199 <sup>b</sup>	8 <sup>c</sup>		583.47	0.25
Брой отчетени дози по дозови интервали		6803	2137	396	21	1		

<sup>a</sup> стойностите под нивото на регистрация се отчитат като нулеви дози;

<sup>b</sup> дозов интервал от 1.01 до 5 mSv; <sup>c</sup> дозов интервал от 5.01 до 10 mSv

Таблица. 10 Разходи по функции 2015-2016 в млн. лв.

(млн. лв.)

Консолидирана фискална програма	2015	2016
<b>Приходи и помощи</b>	<b>32 199,5</b>	<b>33 959,4</b>
<b>Разходи</b>	<b>34 684,8</b>	<b>32 494,3</b>
<b>Разходи по функции по КФП</b>		
I. ОБЩИ ДЪРЖАВНИ СЛУЖБИ	1 793,6	1 939,7
II. ОТБРАНА И СИГУРНОСТ	3 306,9	3 144,5
III. ОБРАЗОВАНИЕ	3 118,3	3 184,5
IV. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	3 971,5	4 085,5
V. СОЦИАЛНО ОСИГУРЯВАНЕ, ПОДПОМАГАНЕ И ГРИЖИ	11 654,3	12 061,6
VI. ЖИЛИЩНО СТРОИТЕЛСТВО, БЛАГОУСТРОЙСТВО, КОМУНАЛНО СТОПАНСТВО И ОПАЗВАНЕ НА ОКОЛНАТА СРЕДА	3 102,0	2 432,0
VII. ПОЧИВНО ДЕЛО, КУЛТУРА, РЕЛИГИОЗНИ ДЕЙНОСТИ	875,4	693,7
VIII. ИКОНОМИЧЕСКИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ	5 217,9	3 381,9
IX. РАЗХОДИ НЕКЛАСИФИЦИРАНИ В ДРУГИТЕ ФУНКЦИИ	1 644,8	1 594,1
<b>Бюджетно салдо: Дефицит (-)/Излишък (+)</b>	<b>-2 485,2</b>	<b>1 465,1</b>
<b>БВП</b>	<b>88 571</b>	<b>92 635</b>

Таблица. 11 Разходи по функции 2015-2016 в %

Консолидирана фискална програма (% от БВП)	2015	2016
<b>Приходи и помощи</b>	<b>36,4%</b>	<b>36,7%</b>
<b>Разходи</b>	<b>39,2%</b>	<b>35,1%</b>
<b>Разходи по функции по КФП (% от БВП)</b>		
I. ОБЩИ ДЪРЖАВНИ СЛУЖБИ	2,0%	2,1%
II. ОТБРАНА И СИГУРНОСТ	3,7%	3,4%
III. ОБРАЗОВАНИЕ	3,5%	3,4%
IV. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	4,5%	4,4%
V. СОЦИАЛНО ОСИГУРЯВАНЕ, ПОДПОМАГАНЕ И ГРИЖИ	13,2%	13,0%
VI. ЖИЛИЩНО СТРОИТЕЛСТВО, БЛАГОУСТРОЙСТВО, КОМУНАЛНО СТОПАНСТВО И ОПАЗВАНЕ НА ОКОЛНАТА СРЕДА	3,5%	2,6%
VII. ПОЧИВНО ДЕЛО, КУЛТУРА, РЕЛИГИОЗНИ ДЕЙНОСТИ	1,0%	0,7%
VIII. ИКОНОМИЧЕСКИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ	5,9%	3,7%

ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.

IX. РАЗХОДИ НЕКЛАСИФИЦИРАНИ В ДРУГИТЕ ФУНКЦИИ	1,9%	1,7%
Бюджетно салдо: Дефицит (-)/Излишък (+)	-2,8%	1,6%

Таблица. 12. Разходи по функция „Здравеопазване“ по източници, 2016 г.

Функция/перо	Отчет 2016 г. /млн. лв./	Държавен бюджет /млн. лв./	НЗОК /млн. лв./	Общини /млн. лв./	Други международни програми /млн. лв./	Европейско финансиране /млн. лв./
1	2	3	4	5	6	7
IV. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	4 085,5	714,8	3 193,5	163,4	12,9	0,8
Текущи нелихвени разходи	4 004,6	655,9	3 189,8	153,9	4,4	0,6
Капиталови разходи	80,9	58,9	3,7	9,5	8,5	0,2

Таблица 43. Разходи за функция „Здравеопазване“ за 2015 г. и 2016 г. по държавния бюджет

№	Ведомство	2015 г. (млн. лв.)	2016 г. (млн. лв.)
1	2	4	5
1	Министерство на здравеопазването	420,8	450,0
2	Министерски съвет	33,4	57,6
	Министерство на отбраната	142,3	165,5
3	Министерство на вътрешните работи	27,8	28,2
4	Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията	8,3	9,1
5	Министерство на физическото възпитание и спорта	0,2	0,2
6	Централен бюджет	4,1	4,1
<b>Общо:</b>		<b>636,9</b>	<b>714,7</b>

Източник: МФ

**Таблица 14. Разходите по политики и програми (по бюджета на Министерство на здравеопазването) 2014 - 2016 г.**

<b>ПОЛИТИКИ И ПРОГРАМИ</b>	<b>Отчет 2014 г. /хил. лв./</b>	<b>Отчет 2015 г. /хил. лв./</b>	<b>Отчет 2016 г. /хил. лв./</b>
<b>ПРОМОЦИЯ, ПРЕВЕНЦИЯ И КОНТРОЛ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ</b>	<b>69 130,60</b>	<b>76 868,00</b>	<b>98 541,49</b>
Бюджетна програма «Държавен здравен контрол»	20 514,60	18 168,80	19 332,21
Бюджетна програма «Промоция и превенция на незаразните болести»	7 369,60	7 458,70	5 326,21
Бюджетна програма «Профилактика и надзор на заразните болести»	40 460,80	50 204,40	72 848,34
Бюджетна програма «Намаляване търсенето на наркотични вещества»	785,6	1 036,10	1 034,73
<b>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ</b>	<b>296 866,80</b>	<b>324 362,80</b>	<b>329 189,83</b>
Бюджетна програма «Контрол на медицинските дейности, здравна информация и електронно здравеопазване» <sup>1</sup>	11 324,70	3 813,20	7 406,54
Бюджетна програма «Осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението» <sup>2</sup>	61 182,40	83 336,70	50 479,00
Бюджетна програма «Спешна медицинска помощ»	122 672,10	140 076,20	153 431,47
Бюджетна програма «Психиатрична помощ»	45 932,30	45 139,30	49 026,33
Бюджетна програма «Осигуряване на кръв и кръвни продукти»	19 602,80	18 772,80	21 857,08
Бюджетна програма «Медико-социални грижи за деца в неравностойно положение, детско и майчино здравеопазване» <sup>3</sup>	28 464,20	25 996,30	46 989,41
Бюджетна програма «Медицинска експертиза» <sup>4</sup>	7 688,30	7 228,30	0
<b>ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ</b>	<b>16 086,50</b>	<b>20 104,70</b>	<b>20 684,42</b>
Бюджетна програма «Достъпни и качествени лекарствени продукти и медицински изделия»	16 086,50	20 104,70	20 684,42
<b>Бюджетна програма «Администрация»</b>	<b>17 595,90</b>	<b>7 030,60</b>	<b>9 960,83</b>

<sup>1</sup> До 2016 г. програмата се нарича „Контрол на медицинските дейности и здравна информация” и в нея не се включва финансиране на дейностите по електронно здравеопазване”.

<sup>2</sup> До 2016 г. по програмата се финансират и дейностите по асистирана репродукция и фонд за лечение на деца.

<sup>3</sup> През 2016 г. по тази програма се финансират и дейностите по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве, асистирана репродукция и фонд за лечение на деца.

<sup>4</sup> Програмата функционира до 2016 г., а от 2016 г. дейностите по програмата се финансират в рамките на Програма „Осигуряване на медицинска помощ на специфични групи от населението”

<b>Общо разходи:</b>	399 679,80	428 366,10	458 376,57
----------------------	------------	------------	------------

**Табл. 15 Дейност на ЦСМП - 2014-2016 г.**

ЦСМП	Обслужени лица			Брой обслужени лица средно годишно за 3-годишен период	ЕПИ	Брой налични екипи
	2014 г.	2015 г.	2016 г.			
ЦСМП - Благоевград	64535	66354	71941	65388	0,47	16
ЦСМП - Бургас	75862	79179	76886	76543	0,44	20
ЦСМП - Варна	58241	61868	65923	60496	0,35	20
ЦСМП - В. Търново	56758	57238	56114	57680	0,55	12
ЦСМП - Видин	18931	18373	18640	18842	0,27	8
ЦСМП - Враца	34761	36207	35436	35182	0,37	11
ЦСМП - Габрово	24199	25221	24854	24987	0,41	7
ЦСМП - Добрич	32215	33614	32053	32989	0,42	9
ЦСМП - Кърджали	48337	49595	49376	48225	0,46	12
ЦСМП - Кюстендил	39168	38849	38451	39569	0,41	11
ЦСМП - Ловеч	40632	44689	41299	42457	0,40	12
ЦСМП - Монтана	31260	31772	32299	31181	0,44	8
ЦСМП - Пазарджик	48457	50400	47979	49651	0,44	13
ЦСМП - Перник	33415	34627	32586	34558	0,49	8
ЦСМП - Плевен	51403	52454	52495	51948	0,37	16
ЦСМП - Пловдив	67062	65878	65454	66811	0,33	23
ЦСМП - Разград	22614	23377	23083	22759	0,37	7
ЦСМП - Русе	30099	31261	30497	30730	0,35	10
ЦСМП - Силистра	26459	28158	27931	26811	0,44	7
ЦСМП - Сливен	26128	25839	25570	26013	0,37	8
ЦСМП - Смолян	22373	24842	24560	23268	0,22	12
ЦСМП - София ФСМП - София град	112629	115309	95047	70434	0,42	33
ЦСМП - София ост. ФСМП	69376	68442	83525	116575	0,40	19
ЦСМП - Стара Загора	55391	56152	57206	56334	0,40	16
ЦСМП - Търговище	15718	15617	14903	15766	0,30	6
ЦСМП - Хасково	78965	80141	78723	81456	0,77	12
ЦСМП - Шумен	37144	38337	34088	37933	0,43	10
ЦСМП - Ямбол	36371	34773	32879	35709	0,37	11

<b>Общо</b>	<b>1258503</b>	<b>1288566</b>	<b>1268798</b>	<b>1280295</b>	<b>0,41</b>	<b>357</b>
-------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-------------	------------

**Таблица 16. Медицински персонал**

	1980	1990	2000	2010	2014	2015	2016
<b>Брой</b>							
Лекари	21796	28497	27526	27997	28842	29073	29539
Лекари по дентална медицина	4839	6109	6778	6355	7013	7512	8011
Медицински специалисти по здравни грижи	77532	88387	49840	47468	48158	47428	46930
в т. ч.:							
фелдшери	7355	7617	3158	2417	2409	2315	2255
акушерки	7897	7544	4131	3247	3263	3274	3254
медицински сестри	45449	53810	31479	31786	31917	31397	30976
лаборанти (клинични и рентгенови)	6757	7604	5964	5765	6003	5923	5962
зъботехници	2342	2858	1305	1280	1710	1663	1592
други	7732	8954	3803	2973	2856	2856	2891
<b>На 10 000 население</b>							
Лекари	24.6	32.9	33.8	37.3	40.0	40.6	41.6
Лекари по дентална медицина	5.4	7.0	8.3	8.5	9.7	10.5	11.3
Медицински специалисти по здравни грижи	87.3	102.0	61.2	63.2	66.9	66.3	66.1
Население на:							
един лекар	407	304	296	268	250	246	240
един лекар по дентална медицина	1834	1419	1202	1181	1027	952	887

*По данни на НСИ*

**Таблица 17. Медицински персонал по области**

Медицински персонал на 31.XII.2016 г.

Области	Лекари	Лекари по дентална медицина	Медицински специалисти по здравни грижи	в това число		
				Фелдшери	Акушерки	Мед. сестри
На 10 000 население						
<b>Общо<sup>в)</sup></b>	41.6	11.3	66.1	3.2	4.6	43.6
Благоевград	30.3	10.1	50.7	3.8	2.7	36.5
Бургас	31.9	8.2	57.3	3.7	2.9	37.9
Варна	48.4	13.0	63.9	1.2	6.3	39.2
В. Търново	30.9	8.7	55.3	4.3	1.7	38.6
Видин	35.0	11.9	52.4	8.7	4.2	30.3
Враца	38.2	8.1	69.9	5.8	5.7	48.4
Габрово	39.4	9.7	73.5	6.2	3.1	48.6
Добрич	27.0	8.1	47.2	2.7	3.4	30.1
Кърджали	27.4	8.8	57.5	5.1	5.2	37.9
Кюстендил	35.5	9.7	55.4	4.7	4.5	36.4
Ловеч	40.4	8.7	60.7	5.6	3.5	40.3
Монтана	35.3	7.1	59.6	7.2	4.2	38.2
Пазарджик	34.9	10.3	57.4	2.9	3.5	40.2
Перник	27.3	13.2	42.8	2.1	2.7	30.0
Плевен	56.3	7.7	84.2	3.6	6.6	56.1
Пловдив	49.6	17.8	70.8	1.0	4.4	46.7
Разград	26.3	6.9	48.6	5.6	2.9	29.7
Русе	35.9	9.5	64.3	5.3	5.3	39.8
Силистра	29.2	6.6	56.5	5.5	5.4	36.1
Сливен	32.5	7.2	53.1	4.1	2.8	35.3
Смолян	29.4	12.6	58.7	6.2	4.1	36.9
София-столица	50.3	15.5	75.9	0.8	6.3	48.5
София	38.3	6.9	52.4	1.0	3.4	37.1

**ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА  
ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.**

Ст. Загора	42.8	10.3	70.5	3.0	5.3	47.5
Търговище	28.5	6.3	60.2	5.4	4.0	39.1
Хасково	29.1	9.8	52.7	4.2	4.2	34.7
Шумен	30.9	8.1	58.3	4.8	3.0	40.1
Ямбол	29.0	9.2	56.2	6.1	2.5	36.0

<sup>1)</sup> Вкл. персонала към други ведомства, който не е разпределен по области.



**Таблица 18. Проведени профилактични прегледи на ЗНОЛ към етнически малцинства през 2016 г. спрямо 2015 г.**

<b>Вид мобилен кабинет</b>	<b>Брой прегледи 2016/2015 г.</b>	<b>Бр. лица с диагностицирани заболявания</b>
<b>педиатрични</b>	1696 / 1549 прегледа	148 / 97 деца
<b>обща практика</b>	734 / 895 прегледа и 734 имунизации на деца 0-18 г.	
<b>гинекологични</b>	2299 / 1555 прегледа	364 / 540 жени
<b>мамографски</b>	1033 / 1148 прегледа	768 / 127 лица
<b>флуорографски</b>	1029 / 1023 прегледа	55 / 350 лица
<b>ехографски</b>	1583 / 1582 прегледа	393 / 35 лица
<b>клинична лаборатория</b>	5208 / 5736 изследвания	240 / 206 с отклонения от нормата

ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.

Таблица 19. Брой имунизирани и имунизационен обхват (%) на децата със завършена първична имунизация в България през 2011-2016 г.

Имунизация срещу	Брой имунизирани и имунизационен обхват (%) през периода 2011-2016 г.					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Туберкулоза (новородени)	63 934 (97,7)	63 231 (97,0)	61 628 (97,2)	62 844 (96,7)	59 970 (95,8)	60 279 (96,2)
Вирусен хепатит тип Б	66 369 (96,0)	61 827 (95,4)	59 708 (95,2)	57 159 (95,0)	49 756 (91,6)	60 307 (91,1)
Дифтерия, тетанус, коклюш	66 037 (95,1)	61 687 (95,3)	59 120 (94,9)	51 727 (87,6)	58 029 (90,7)	59 271 (92,1)
Полиомиелит	66 453 (95,2)	61 687 (95,3)	59 120 (94,9)	51 727 (87,6)	58 029 (90,7)	59 271 (92,1)
Хемофилус инфлуенце тип б	65 827 (95,1)	61 687 (95,3)	59 120 (94,9)	48 845 (82,7)	55 711 (87,1)	58 824 (92,1)
Пневмококови инфекции	63 621 (93,6)	59 727 (93,5)	57 691 (93,7)	53 875 (91,7)	55 004 (90,4)	54 423 (90,3)
МПР (на 13 месеца)  (на 12 години)	65 825 (94,5)	63 358 (93,7)	61 477 (95,1)	57 167 (93,2)	56 806 (91,5)	56 935 (92,1)
	63 341 (93,9)	63 535 (94,0)	59 578 (93,5)	54 889 (88,6)	56 932 (86,9)	57 572 (88,3)

Източник: НЦЗПБ, Анализ на имунизациите през 2016 г.

**Табл. 20. Легла<sup>1)</sup> в лечебните заведения за болнична помощ и други лечебни заведения на 31.XII.2016 г. по видове<sup>2)</sup>**

Области	Общо	В това число:				Психиатрични легла
		За активно и интензивно лечение	За рехабилитация	За дългосрочна грижа	Други легла	
На 10 000 население						
<b>Общо</b>	67.8	55.3	9.0	3.5	-	5.6
Благоевград	51.7	38.8	12.1	0.8	-	2.6
Бургас	62.6	38.2	22.7	1.7	-	3.2
Варна	52.7	47.6	4.7	0.4	-	2.6
В. Търново	60.2	45.7	10.4	4.1	-	8.3
Видин	41.1	36.0	2.8	2.3	-	3.4
Враца	78.9	60.2	8.2	10.5	-	3.0
Габрово	81.5	62.0	1.1	18.4	-	9.6
Добрич	40.9	33.8	4.6	2.5	-	10.1
Кърджали	54.7	50.4	0.7	3.6	-	17.9
Кюстендил	81.9	53.1	28.8	-	-	2.7
Ловеч	80.2	59.9	1.7	18.6	-	31.5
Монтана	73.1	58.6	12.4	2.1	-	3.2
Пазарджик	83.6	66.5	7.9	9.2	-	3.8
Перник	38.5	33.7	4.0	0.8	-	2.0
Плевен	75.2	71.2	3.4	0.6	-	3.5
Пловдив	92.1	79.6	11.7	0.8	-	3.6
Разград	47.9	38.6	4.1	5.2	-	3.5
Русе	77.5	68.9	7.1	1.5	-	17.2
Силистра	43.9	39.4	1.8	2.7	-	1.3
Сливен	53.8	47.8	4.3	1.7	-	1.1
Смолян	93.0	49.4	39.9	3.7	-	3.7
София-столица	74.6	63.6	8.8	2.2	-	2.6
София	71.3	56.3	11.6	3.4	-	2.6
Ст. Загора	83.8	57.9	8.7	17.2	-	18.4

Търговище	53.5	53.5	-	-	-	6.9
Хасково	47.3	40.7	5.0	1.6	-	3.4
Шумен	50.7	48.4	2.2	0.1	-	12.0
Ямбол	35.6	32.9	2.0	0.7	-	2.5

<sup>1</sup> Без леглата от заведенията към други ведомства.

<sup>2</sup> В съответствие с използваната от Евростат статистическа групировка.

ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.

Табл. 21. Дейност на стационарите на лечебните заведения през 2016 г.

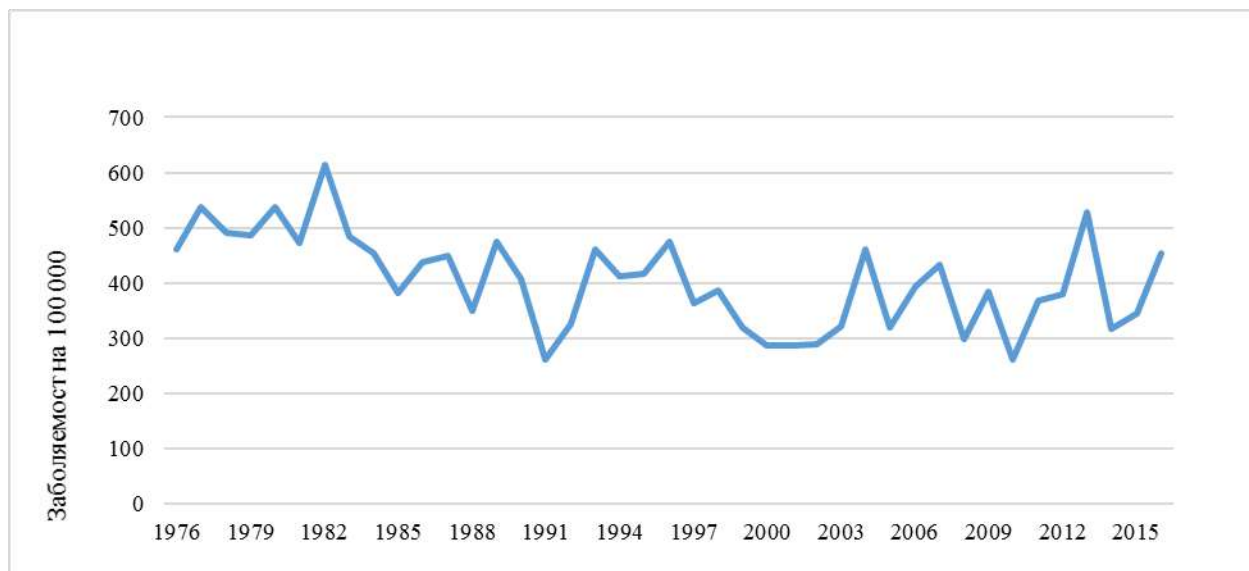
Видове заведения	Постъпили	Изписани	Умрели	Проведени леглодни	Преминали	Използваемост на леглата (дни)	Оборот на леглата	Среден престой на 1 болен (дни)	Леталитет (%)
<b>Лечебни заведения за болнична помощ - всичко<sup>н</sup></b>	2089278	2060415	26441	10826078	2103551	241	47	5.1	1.3
<b>Многопрофилни болници</b>	1205964	1181837	22388	6053060	1214935	244	49	5.0	1.9
Многопрофилни болница за активно лечение	1203351	1179224	22381	6034332	1212311	245	49	5.0	1.9
<b>Специализирани болници</b>	261930	260985	719	1789494	263539	254	37	6.8	0.3
Специализирана болница за активно лечение	142338	141495	626	787094	143481	255	47	5.5	0.4
Специализирана болница за продължително лечение	2661	2680	-	45323	2761	324	20	16.4	-
Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация	16587	16455	90	210706	16893	228	18	12.5	0.5
Специализирана болница за рехабилитация	100344	100355	3	746371	100404	258	35	7.4	-
<b>Психиатрични болници</b>	9161	9106	65	604856	10666	276	5	56.7	0.7
<b>Частни заведения за болнична помощ</b>	612223	608487	3269	2378668	614411	220	57	3.9	0.5

**ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА  
ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.**

Комплексни онкологични центрове	58733	58030	691	253477	58903	225	52	4.3	1.2
Центрове за кожно-венерически заболявания	2139	2157	-	16439	2164	329	43	7.6	-
Центрове за психично здраве	15641	15594	32	332695	16350	323	16	20.3	0.2

## II. Фигури

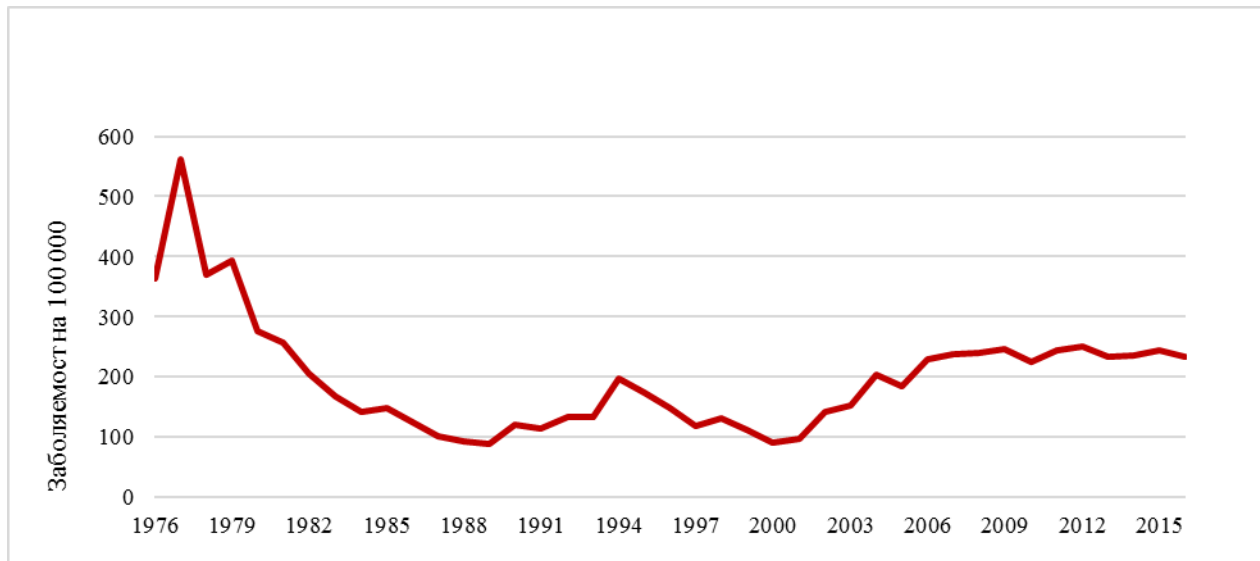
**Фигура 1. Заболеваемост от варицела в България - 1976 - 2016 г.**



*Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболеваемост през 2016г.*

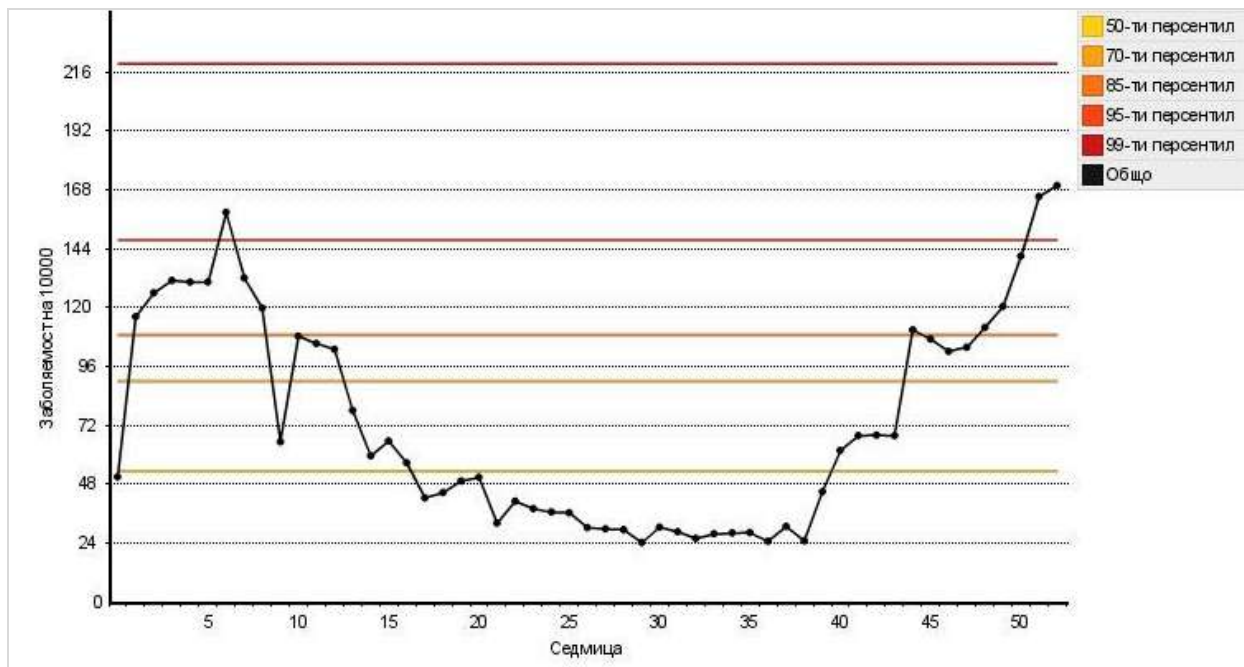
**Фигура 2. Заболеваемост от гастроентерити и ентероколити в България - 1976 - 2016 г.**

ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2016 г.

Фигура 3. Интензивност на епидемията от грип и ОРЗ в България през 2016 г.

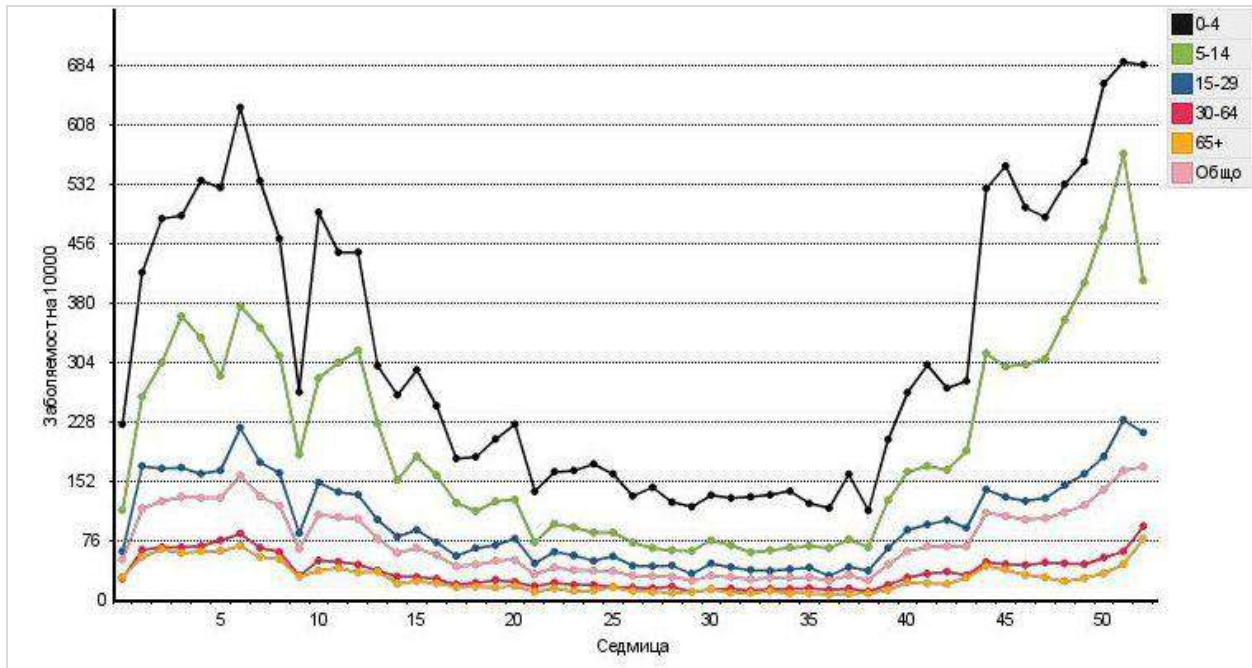


Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболяемост през 2016 г.



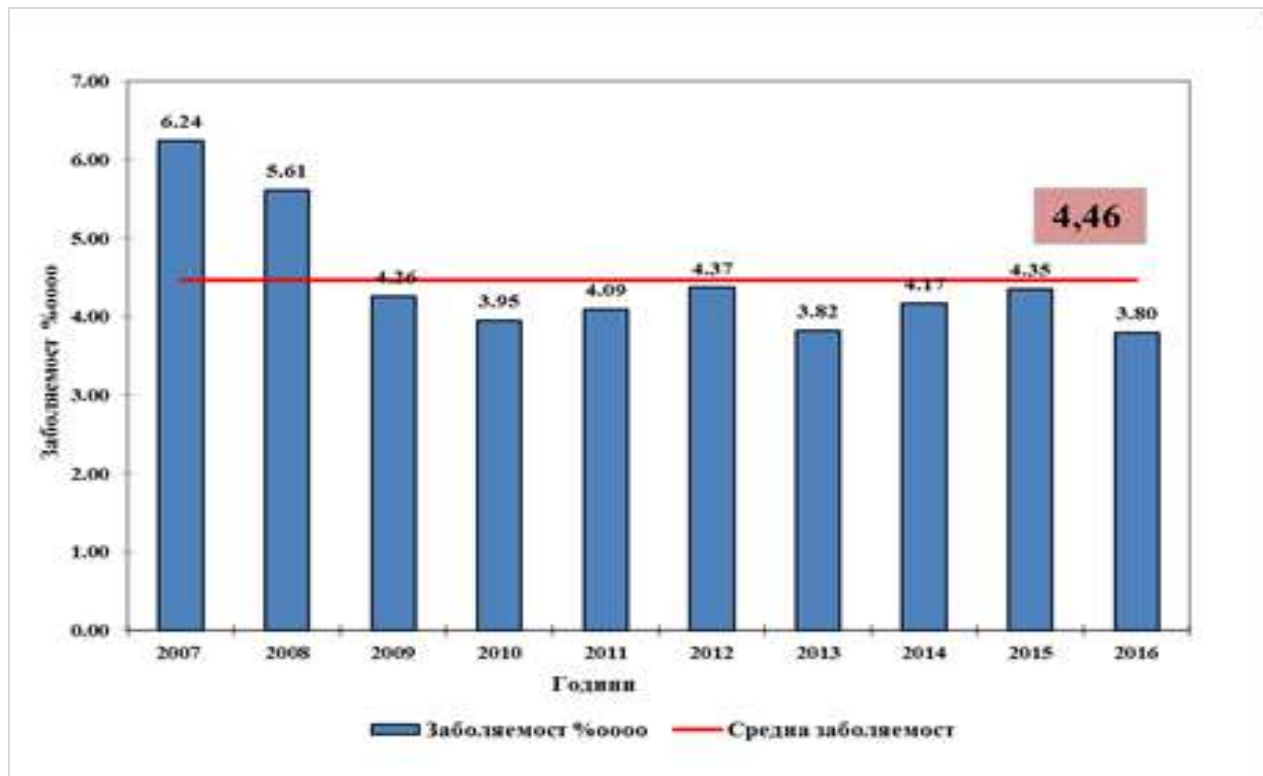
ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.

Фигура 4. Седмична заболеваемост от грип и ОРЗ по възрастови групи в България (2016 г.)



Източник: НЦЗПБ, Анализ на заразната заболеваемост през 2016г.

Фигура 5. Заболеваемост от ехинококоза сред населението в България през 2007–2016 г.



ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.

Източник: НЦЗПБ, Анализ на паразитната заболяемост 2016 г.

Фиг.6. Отчетени нарушения при осъществени проверки от ИАМО по видове – 2015-2016 г.



Източник: ИАМО

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

### **ОБНАРОДВАНИ НОРМАТИВНИ АКТОВЕ В ДЪРЖАВЕН ВЕСТНИК 1 ЯНУАРИ 2016 Г. - 31 ДЕКЕМВРИ 2016 Г.**

#### **I. Закони**

1. Закон за изменение и допълнение на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите;
2. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г.;
3. Закон за изменение и допълнение на Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти.

#### **II. Постановления**

1. Постановление № 16 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение и допълнение на Тарифата за таксите, които се събират по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, приета с Постановление № 296 на Министерския съвет от 2007 г.;
2. Постановление № 22 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение и допълнение на Устройствения правилник на Министерството на здравеопазването, приет с Постановление № 67 на Министерския съвет от 2015 г.;
3. Постановление № 32 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, приета с Постановление № 97 на Министерския съвет от 2013 г.;
4. Постановление № 45 на Министерския съвет от 2016 г. за приемане на Наредба за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори;
5. Постановление № 51 на Министерския съвет от 2016 г. за одобряване на допълнителни разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2016 г.;
6. Постановление № 58 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение и допълнение на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, приета с Постановление № 119 на Министерския съвет от 2006 г.;
7. Постановление № 74 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение и допълнение на Правилника за устройството и дейността на болница „Лозенец“, приет с Постановление № 147 на Министерския съвет от 2000 г.;
8. Постановление № 84 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение на Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори, приета с Постановление № 45 на Министерския съвет от 2016 г.;

**ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.**

9. Постановление № 86 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение и допълнение на Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“, приета с Постановление № 248 на Министерския съвет от 2005 г.;
10. Постановление № 87 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, приета с Постановление № 97 на Министерския съвет от 2013г.;
11. Постановление № 101 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение и допълнение на Постановление № 385 на Министерския съвет от 2015 г. за дейността на Централния орган за обществени поръчки за нуждите на органите на изпълнителната власт;
12. Постановление № 120 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение на Постановление № 250 на Министерския съвет от 2014 г. за преобразуване на Националния комитет по профилактика на синдрома на придобитата имунна недостатъчност и полово предавани болести в Национален съвет по превенция на синдрома на придобитата имунна недостатъчност, туберкулоза и сексуално предавани инфекции;
13. Постановление № 139 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение на Правилника за условията и реда за работа на Комисията по прозрачност по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, приет с Постановление № 300 на Министерския съвет от 2007 г.;
14. Постановление № 148 на Министерския съвет от 2016 г. за допълнение на Наредбата за реда за класифициране на растенията и веществата като наркотични, приета с Постановление № 293 на Министерския съвет от 2011 г.;
15. Постановление № 179 на Министерския съвет от 2016 г. за допълнение на Постановление № 146 на Министерския съвет от 2015 г. за създаване на Централен орган за покупки в сектор „Здравеопазване“;
16. Постановление № 197 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение и допълнение на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, приета с Постановление № 97 на Министерския съвет от 2013 г.;
17. Постановление № 202 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение на Наредбата за условията и реда за провеждане на граничен здравен контрол на Република България, приета с Постановление № 274 на Министерския съвет от 2006 г.;
18. Постановление № 216 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение и допълнение на Постановление № 280 на Министерския съвет от 2004 г. за създаване на Център „Фонд за лечение на деца“;
19. Постановление № 238 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, приета с Постановление № 97 на Министерския съвет от 2013 г.;
20. Постановление № 239 на Министерския съвет от 2016 г. за структурни промени в системата на здравеопазването;

**ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.**

21. Постановление № 259 на Министерския съвет от 2016 г. за приемане на Наредба за условията и реда за разрешаване на дейностите по чл. 73, ал. 1 от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите;
22. Постановление № 263 на Министерския съвет от 2016 г. за закриване на Дома за медико-социални грижи за деца – Златица;
23. Постановление № 276 на Министерския съвет от 2016 г. за одобряване на допълнителни разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2016 г.;
24. Постановление № 277 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение и допълнение на Наредбата за водене на регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите, приета с Постановление № 283 на Министерския съвет от 2010 г.;
25. Постановление № 290 на Министерския съвет от 2016 г. за изменение на Устройствения правилник на Изпълнителна агенция „Медицински одит“, приет с Постановление № 67 на Министерския съвет от 2015 г.;
26. Постановление № 312 на Министерския съвет от 2016 г. за приемане на Правилник за устройството и дейността на Военномедицинската академия;
27. Постановление № 338 на Министерския съвет от 2016 г. за одобряване на вътрешнокомпенсирани промени на утвърдените разходи по области на политики/бюджетни програми по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2016 г.;

**Ш.Наредби**

1. Наредба № 1 от 2016 г. за хигиената на храните;
2. Наредба за отменяне на Наредба № 21 от 2002 г. за специфичните критерии и изисквания за чистота на добавките, предназначени за влагане в храни;
3. Наредба № 2 от 2016 г. за условията и реда за сертифициране на „балнеолечебен (медикул СПА) център“, „СПА център“, „уелнес център“ и „таласотерапевтичен център“;
4. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи;
5. Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна;
6. Наредба за изменение на Наредбата за изменение и допълнение на Наредба № 42 от 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето – десета ревизия (обн. ДВ, бр. 30 от 2016 г.);
7. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 3 от 2011 г. за изискванията за физическа годност към водачите на моторни превозни средства и условията и реда за извършване на медицинските прегледи за установяване на физическата годност за водачите от различните категории;
8. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 30 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Медицинска онкология“;

**ДОКЛАД ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2020 ЗА 2016Г.**

9. Наредба № 3 от 2016 г. за реда и условията за провеждане на диагностика, профилактика и контрол на сифилис, гонорея и урогенитална хламидийна инфекция;
10. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 10 от 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 и т. 2 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, както и на лекарствени продукти за здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (обн. ДВ, бр. 44 от 2016 г.);
11. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 16 от 1999 г. за ограничаване емисиите на летливи органични съединения при съхранение, товарене или разтоварване и превоз на бензини;
12. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2000 г. за условията и реда за провеждане на конкурси за възлагане на управлението на лечебни заведения по Закона за лечебните заведения;
13. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 29 от 2007 г. за възстановяване на разходите и за относителния дял на средствата за труд за дейности за трансплантация, финансирани от Министерството на здравеопазването;
14. Наредба № 2 от 29 юли 2016 г. за реда за получаване и заплащане на лекарствени продукти на военноинвалидите и военнопострадалите;
15. Наредба за отменяне на Наредба № 4 от 2012 г. за реда за получаване и заплащане на лекарствени продукти на военноинвалидите и военнопострадалите;
16. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 31 от 2007 г. за определяне на правилата за Добра клинична практика;
17. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения;
18. Наредба № 4 от 2016 г. за определяне заболяванията и отклоненията, които застрашават живота и здравето на децата и учениците;
19. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи;
20. Наредба за изменение на Наредбата за изменение и допълнение на Наредба № 42 от 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето – десета ревизия;
21. Наредба за допълнение на Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването;
22. Наредба № 5 от 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Гръдна хирургия“;
23. Наредба № 7 от 3 ноември 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Педиатрия“;
24. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса;
25. Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията;

26. Наредба № 6 от 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Ревматология“;
27. Наредба № 9 от 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Ортопедия и травматология“;
28. Наредба № 10 от 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести“;
29. Наредба № 11 от 2016 г. за утвърждаване на здравноинформационни стандарти, прилагани от лечебните заведения;
30. Наредба № 12 от 2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Обща и клинична патология“;
31. Наредба № 13 от 2016 г. за осигуряване на радиационна защита при работа с рентгенови уредби за медицински цели.

#### **IV. Правилници**

1. Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на центровете за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания;
2. Правилник за устройството и дейността на Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ;
3. Правилник за изменение и допълнение на Правилника за дейността и организацията на работа на Център „Фонд за лечение на деца“;
4. Правилник за изменение и допълнение на Правилника за устройството и дейността на център за спешна медицинска помощ;
5. Правилник за изменение на Устрой-ствения правилник на регионалните здравни инспекции;
6. Правилник за отменяне на Правилник № 0-34 за лъчезащита при използване на рентгенови лъчи с енергия до 300 KeV за медицински цели.