

**ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ –  
АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ**

## СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ	3
1. ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЯ	5
1.1 Население	5
1.2. Раждаемост	5
1.3. Смъртност	6
1.4. Преждевременна смъртност	10
1.5. Детска смъртност	10
1.6. Средна продължителност на живота	10
1.7. Естествен прираст	11
1.8. Застаряване на населението	12
1.9. Заболеваемост и болестност	13
2. ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО	17
2.1 Социални детерминанти на здравето	17
2.1.1. Доходи и разходи	17
2.1.2. Бедност и социално изключване	18
2.1.3. Безработица	19
2.1.4. Образование	19
2.2. Рискови фактори на околната и трудовата среда	19
2.2.1. Атмосферен въздух	20
2.2.2. Питейни води	20
2.2.3. Води за къпане	21
2.2.4. Почви и отпадъци	21
2.2.5. Шум	22
2.2.6. Йонизиращи лъчения	22
2.2.7. Нейонизиращи лъчения	23
2.2.8. Трудова среда	24
2.3. Поведенчески рискови фактори	24
2.3.1. Тютюнопушене	24
2.3.2. Консумация на алкохол	25
2.3.3. Нездравословно и небалансирано хранене	26
2.3.4. Ниска физическа активност	27
2.3.5. Наркотици	28
2.3.6. Рисково сексуално поведение	29
2.3.7. Стресът като рисков фактор за влошено психично здраве	29
ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	31
1. ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ	31
2. ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ	36
3. ФИНАНСИРАНЕ	41
4. УПРАВЛЕНИЕ	46

## СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

БАН	- Българска академия на науките
БАПЗГ	- Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
БВП	- Брутен вътрешен продукт
БЗС	- Български зъболекарски съюз
БЛС	- Български лекарски съюз
ДВ	- Държавен вестник
ДКЦ	- Диагностично-консултативен център
ДМСГД	- Дом за медико-социални грижи за деца
ДОО	- Държавното обществено осигуряване
ДПБ	- Държавна психиатрична болница
ДСГ	- Диагностично-свързани групи
ЕМП	- Електромагнитни полета
ЕС	- Европейски съюз
ЗЗБУТ	- Закон за здравословни и безопасни условия на труд
ИМП	- Изпълнители на медицинска помощ
ЙЛ	- Йонизиращи лъчения
КЦМ	- Комбинат за цветни метали
ЛЗ	- Лечебни заведения
МВР	- Министерство на вътрешните работи
МДК	- Медодобивен комбинат
МЗ	- Министерство на здравеопазването
МК	- Металургичен комбинат
МО	- Министерство на отбраната
МП	- Министерство на правосъдието
МУ	- Медицински университет
МФ	- Министерство на финансите
МЦ	- Медицински център
НЗОК	- Национална здравноосигурителна каса
НЙЛ	- Нейонизиращи лъчения
НПО	- Неправителствена организация
НПР	- Национална програма за развитие
НРД	- Национален рамков договор
НСИ	- Национален статистически институт
НЦОЗА	- Национален център по обществено здраве и анализи
НЦРРЗ	- Национален център по радиобиология и радиационна защита
ООН	- Организация на обединените нации
ОПЛ	- Общопрактикуващ лекар
ОРЗ	- Остри респираторни заболявания
ОЦК	- Оловно-цинков комбинат
ПИМП	- Първична извънболнична медицинска помощ
РЗИ	- Регионална здравна инспекция
РЗОК	- Районна здравноосигурителна каса
СЗО	- Световна здравна организация
СИМП	- Специализирана извънболнична медицинска помощ
СПИН	- Синдром на придобитата имунна недостатъчност
ТЗ	- Трудова злополука
	- Филиал за спешна медицинска помощ

ФСМП	- Човешки имунодефицитен вирус (Human Immunodeficiency Virus)
ХИВ (HIV)	- Център за психично здраве
ЦПЗ	- Център за спешна медицинска помощ
ЦСМП	- Амбулаторно-пациентските групи (Ambulatory Patient Group)
APG	- Среден брой кариозни и обтурирани временни зъби на 1 прегледано лице
dft	- Среден брой кариозни, обтурирани и екстрахирани постоянни зъби на 1 прегледано лице
DMFT	- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици)
ESPAD	- International Agency for Research on Cancer (Международна агенция за изследвания на рака)
IARC	- Severe acute respiratory syndrome (Тежък остър респираторен синдром)
SARS	UNGASS-AIDS - United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UNGASS-AIDS	

## 1. ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЯ

Демографската ситуация в България е формирана от продължителното и многопосочно действие на различни фактори, свързани с националната специфика и с характерните тенденции на демографските процеси в останалите европейски страни.

Основните характеристики на демографската ситуация в България са трайната тенденция за намаляване броя на населението и на неговото застаряване и свързаните с тях ниска раждаемост, нарастваща смъртност и отрицателно външно миграционно салдо, формирано предимно от млади хора. Средната продължителност на живота в страната запазва слабо изразена тенденция на нарастване и през последните пет години.

Измененията в броя и структурите на населението, както и тенденциите в демографските процеси оказват силно влияние върху икономическата, здравната, социалната и образователната системи на обществото. Взаимодействието между тези процеси е предизвикателство за всяко управление.

### 1.1 Население

Според Световната банка (2013 г.)<sup>1</sup>, България преминава през дълбока социално-икономическа трансформация, предизвикана от необичайни демографски промени. Между 1950 и 1990 г. населението на България нараства от 7.3 на 8.8 милиона, след което преживява имплозия и намалява до 7 282 041 души през 2012 г. В градовете живеят 72.9%, а в селата – 27.1%. Жените представляват 51.3% от населението, а мъжете – 48.7%. Населението в България съставлява 1.5% от населението на ЕС и нарежда страната ни на 16 – то място по брой на населението.

Очаква се до 2050 г. населението да намалее до 5.9 милиона по данни на Евростат и до 5.5 милиона според прогнозите на отдела за населението на ООН. Този спад е свързан с големи промени във възрастовата структура на населението, определяща се от основните тенденции в демографските процеси.

### 1.2. Раждаемост

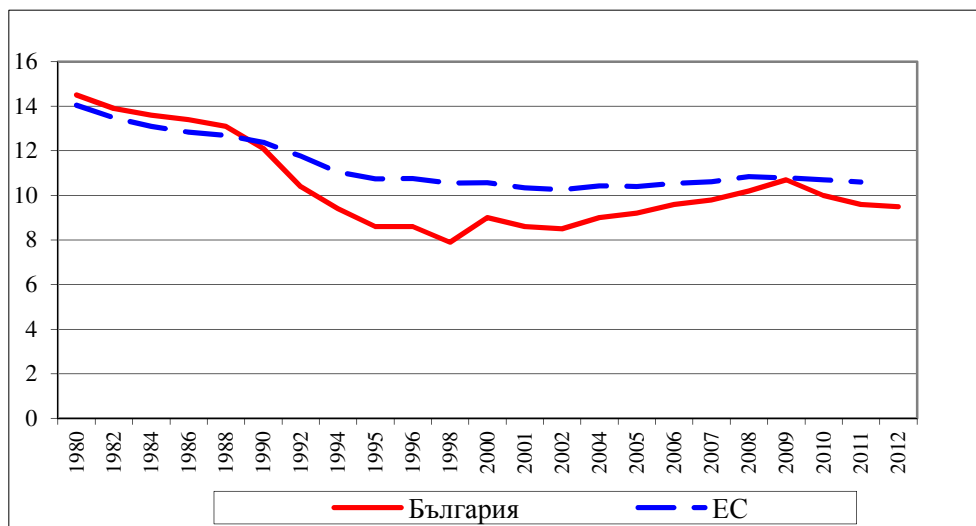
През 2012 г. намалява абсолютният брой на ражданията (фиг.1). Регистрирани са 69 121 живородени деца. Коефициентът на общата раждаемост през 2012 г. намалява на 9.5‰, като достига най-високата си стойност за последните години през 2009 година – 10.7‰. Броят на жените във фертилна възраст намалява, но има известно увеличение на броя на ражданията, което се дължи основно на отложени раждания и на раждания на деца от по-висок ранг. Броят на живородените момчета през 2012 г. (35 662) е с 2 203 по-голям от този на живородените момичета (33 459). По-младата възрастова структура на населението в градовете и по-големият брой родилни контингенти, определят и по-високата раждаемост на населението в тях – на 1 000 души от градското население се регистрират 9.7 живородени деца, а на 1 000 души от населението в селата – 8.8

---

<sup>1</sup> Сметчане на икономическото въздействие на застаряването на населението. Възможни варианти за България. Септември 2013 г., сс.146

живородени деца. По данни на Евростат, през последните години раждаемостта в България е на равнището на раждаемостта в редица европейски страни (Испания, Латвия, Унгария, Румъния). Коефициентът на раждаемост общо за Европейския съюз е 10.6‰.

**Фиг.1 Ниво на раждаемостта в България и ЕС  
(на 1000 души)**



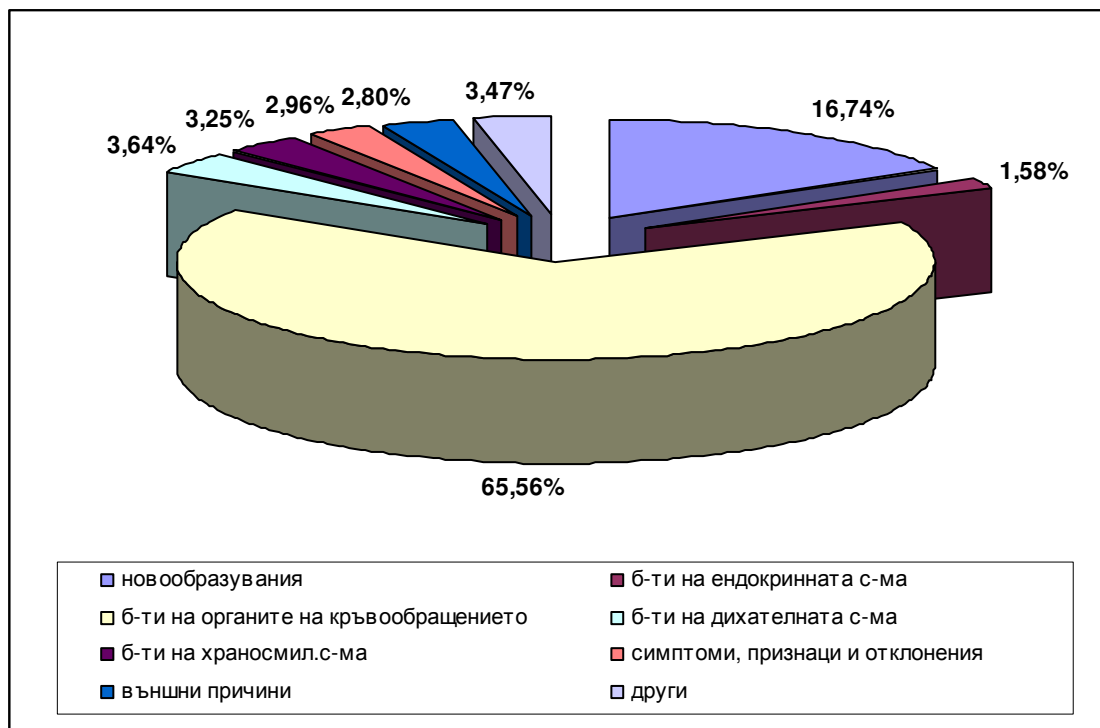
Броят на абортите през 2012 г. е 29 992, което е почти половината от ражданията в страната. Коефициентът за България (434 на 1000 живородени) е почти 2 пъти по-висок от средния за ЕС (222‰), като показателят е по-висок само за Естония и Румъния. Най-голям е дялът на абортите в най-плодовитите възрасти на жената – 25 – 29 г. (24.2%) и 30 – 34 г. (24.2%). Всеки 10 – ти аборт е извършен от лице на възраст до 19 години. Показателят за мъртвораждаемостта за страната (8.0‰) е също 2 пъти по-висок от средната стойност за ЕС (4.0‰). Висок се запазва и относителният дял на мъртвородените деца от майки под 19-годишна възраст. Продължава тенденцията на увеличаване на абсолютния брой и относителния дял на извънбрачните раждания. През 2012 г. относителният дял на извънбрачните живородени деца е 57%. Високата извънбрачна раждаемост е резултат от значителното нарастване на броя на съжителствата сред младите хора без оформен юридически брак. За около 70% от извънбрачните деца има данни за бащата, което означава, че тези деца най-вероятно се отглеждат в семейна среда от родители, живеещи в съжителство без брак.

### 1.3. Смъртност

Нивото на общата смъртност на населението през 2012 г. е 15.0‰. Броят на умрелите лица е 109 281 души. Смъртността продължава да бъде по-висока при мъжете (15.9‰), отколкото при жените (14.0‰) и по-висока в селата (21.6‰), отколкото в градовете (12.5‰). Все още остава най-високо равнището на общата смъртност на населението в България в сравнение с европейските страни. Коефициентът на смъртност общо за Европейския съюз е 9.7‰.

Запазва се структурата на *смъртността по причини* в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.6%) и новообразуванията (16.7%) (фиг.2).

**Фиг. 2 Структура на умираанията по причини в България през 2012 г.**



Източник: НЦОЗА

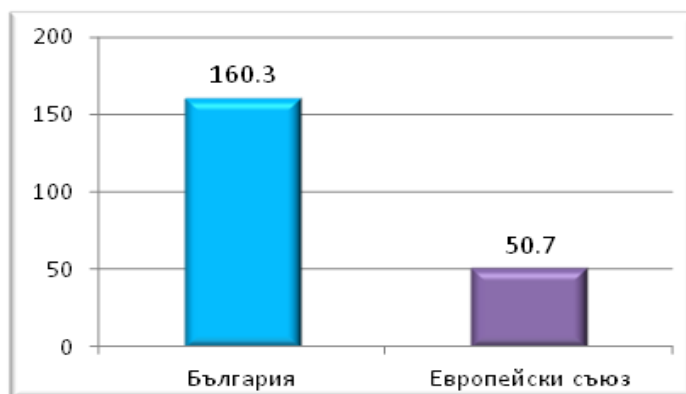
В структурата на умираанията от болести на органите на кръвообращението с най-висок дял са представени мозъчно-съдовата болест, сърдечната недостатъчност и исхемична болест на сърцето (съответно 25.9%, 30.4% и 19.3%) (фиг. 3,4,5).

**Фиг. 3 Смъртност от болести на органите на кръвообращението в България през 2011 г. (на 100 000 население)**



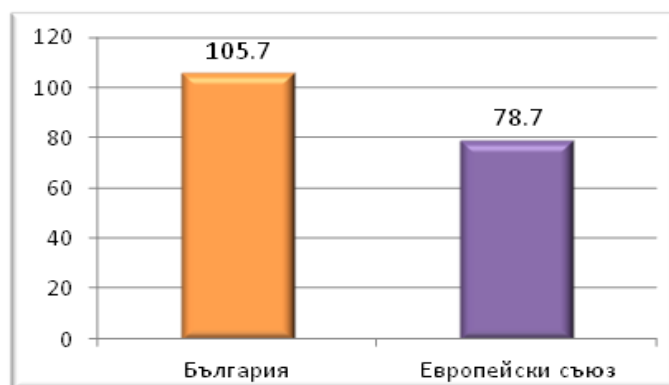
HFA – Mortality data base, January 2013; Стандартизирани коефициенти за смъртност

**Фиг. 4 Смъртност от мозъчносъдови болести в България през 2011 г.  
(на 100 000 население)**



HFA – Mortality data base, January 2013; Стандартизирани коефициенти за смъртност

**Фиг.5 Смъртност от исхемична болест на сърцето в България през 2011 г.  
(на 100 000 население)**



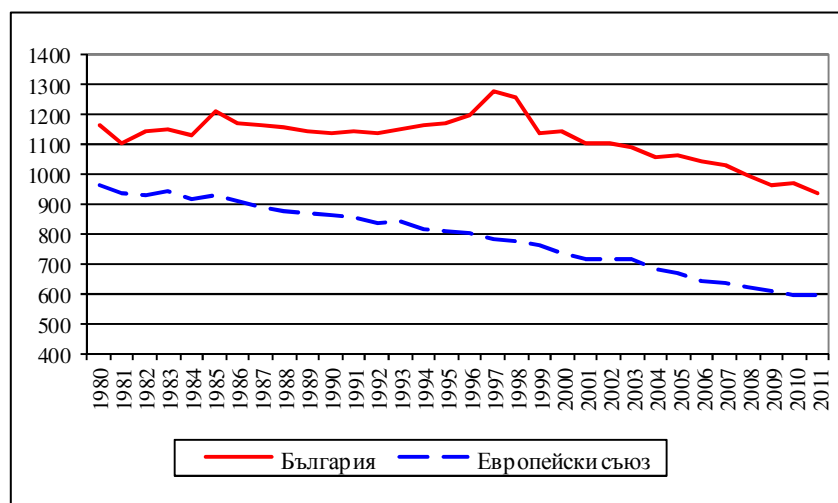
HFA – Mortality data base, January 2013; Стандартизирани коефициенти за смъртност

В структурата на умираания поради злокачествени новообразувания водещи са заболяванията на бронхите и белия дроб (19.76%), следват тези на дебелото черво (9.41%), млечната жлеза при жените (7.72%), стомаха (7.09%), панкреаса (5.84%) и на простатата (5.16%). Общо те обуславят повече от половината умираания от този клас болести (54.98%).

България остава сред страните от Европейския съюз с един от най-високите стандартизирани коефициенти за смъртност (932,87‰). В повечето развити европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (591.66‰) (фиг. 6).



**Фиг. 6 Стандартизирани коефициенти за обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население)**



Стандартизираният коефициент за смъртност на 100 000 души население в България, надвишава средния за ЕС по 17 причини. България заема първи места по стандартизирания коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообращението; други болести на сърцето; мозъчно-съдова болест и някои състояния, възникващи в перинаталния период (табл.1).

Стандартизираният коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообращението за нашата страна е 3.8 пъти по-висок в сравнение с този за Европейския съюз.

**Табл.1 Показатели за здравен статус. България и съпоставими страни (2009 г. или последната, за която има данни)**

Страни	Продълж. на живота при раждане – ПЖ (г.)	Намаляв. на ПЖ при смърт преди 65 г.	Детска смъртност	Стандартиз. смъртн.(СС) по всички причини на 100 000	СС, заболяв. на сърд.-съдова с-ма	СС, злокач. новообр.	СС, хрон. заб.на черен дроб, цирроза	Туберкулоза
Австрия	80.6	4.1	3.8	563	213	158	15	5.3
България	73.4	6.9	8.6	995	611	172	18	35.4
Чехия	77.5	4.8	2.9	744	357	197	16	6.0
Гърция	80.3	4.0	3.2	577	245	154	5	4.1
Румъния	73.6	7.2	10.1	959	549	181	47	97.2
Словакия	74.3	6.3	7.2	945	509	208	25	8.1
Словения	79.3	4.6	2.6	632	235	202	25	9.1
ЕС	79.6	4.6	4.3	622	234	173	14	13.5
Нови държави-членки	75.1	6.6	6	873	436	199	27	35.9

Източник: База данни „Здраве за всички” (август 2012 г.)

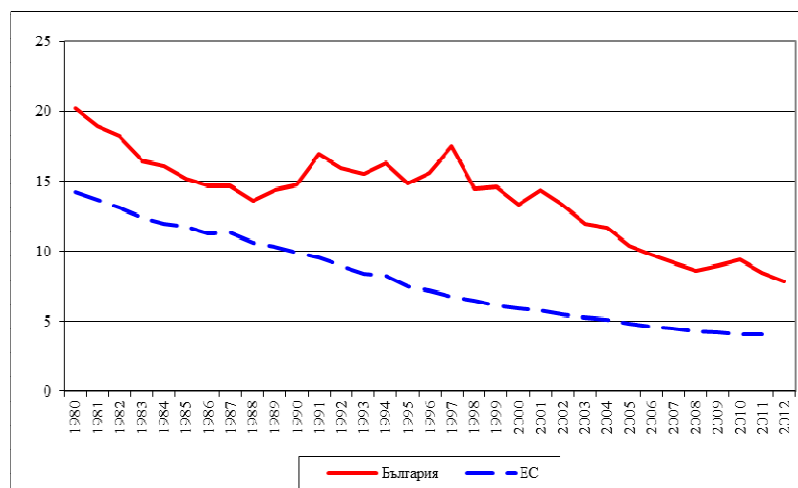
#### 1.4. Преждевременна смъртност

Показателят за преждевременната смъртност намалява. През 2012 г. той е 22.3% срещу 23.3% през 2011 г. и е два пъти по-висок сред мъжете - 29.8%, отколкото сред жените - 14.2%. Общият показател за преждевременната смъртност за Европейския съюз е близо 22% .

#### 1.5. Детска смъртност

През 2012 г. в страната са умрели 536 деца на възраст до една година. Коефициентът на детска смъртност е 7.8‰, най-ниският в демографското развитие на страната. Независимо от положителната тенденция за намаляване на нивото ѝ, детската смъртност продължава да е по-висока от тази в европейските държави. Коефициентът на детска смъртност общо за Европейския съюз е около два пъти по – нисък (4.1‰) (фиг.7).

*Фиг.7 Детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)*



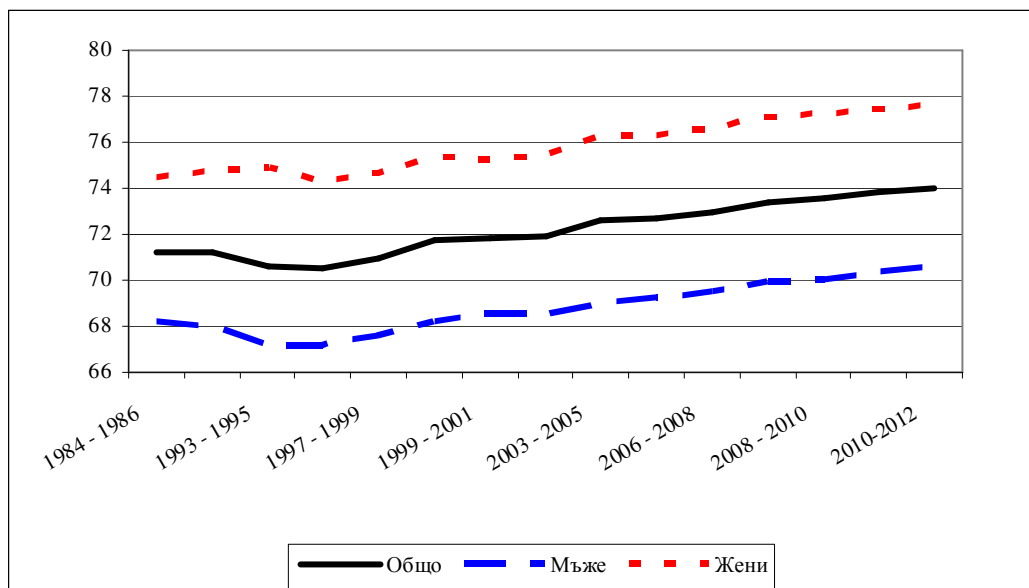
Перинаталната детска смъртност продължава да се задържа висока и през последните години. През 2012 г. е 11.0 на 1000 родени деца, като остава 1.5 пъти по-висока от средния показател за Европейския съюз (7.2‰). Неблагоприятни стойности се установяват и по отношение на другите повъзrastови показатели за детска смъртност (неонатална и постнеонатална), сравнени със средните стойности за ЕС. Неонаталната детска смъртност е 4.5‰ през 2012 г. Средната стойност на този показател в Европейския съюз (2.7‰) непрекъснато намалява и е 1.7 пъти по-ниска от тази за България. Постнеонаталната детска смъртност показва намаление през последните години и през 2012 г. е 3.3‰, но въпреки това остава 2.4 пъти по-висока от средната стойност за Европейския съюз (1.4‰).

#### 1.6. Средна продължителност на живота

Общият показател за средната продължителност на предстоящия живот при раждане за периода 2010 - 2012 г. е 74.02 години, като запазва тенденция на повишаване. Въпреки това, очакваната продължителност на живота в България е с около 6 години по-ниска от тази в Европейския съюз (79.86 години). Средната

продължителност на живота за мъжете (70.62 г.) е по–ниска от тази за жените (77.55 г.) или жените живеят с около седем години повече. Средната продължителност на живота за мъжете и жените в страните от Европейския съюз е съответно 77 и 83 години (фиг.8).

**Фиг.8 Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди**



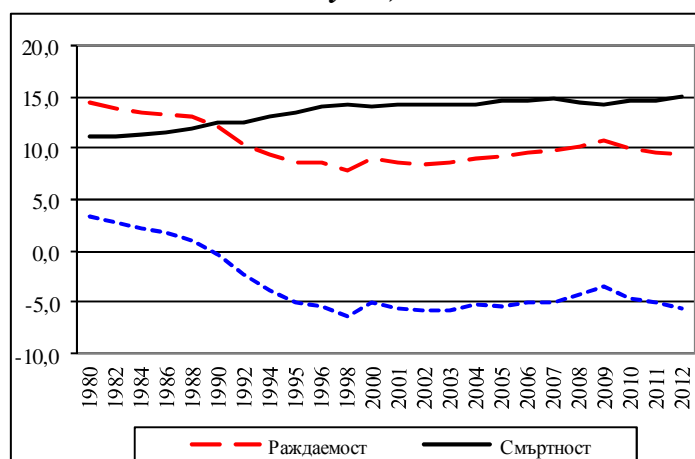
Източник: НСИ

Броят и структурата на населението се определят от размерите и интензивността на неговото естествено и механично (миграционно) движение.

### 1.7. Естествен прираст

Абсолютният брой на естествения прираст за страната през 2012 г. е минус 40 160 души, което показва запазване на тенденцията на нарастване на отрицателния естествен прираст за страната, започнала от 1990 г (фиг.9). Намалението на населението, измерено чрез коефициента на естествения прираст, е минус 5.5%. Коефициентът на естествен прираст продължава да е с много висока отрицателна стойност в селата - около 5 пъти по–голям от този в градовете, което означава, че намалението на населението в страната - резултат на естествения прираст се дължи предимно на негативните демографски тенденции в развитието на населението, живеещо в селата.

**Фиг.9 Раждаемост, обща смъртност и естествен прираст в България (на 1000 души)**



В Европа, освен нашата страна, с отрицателен естествен прираст на населението са Австрия, Италия, Португалия, Румъния, Литва, Германия и Унгария - от минус 0.4‰ до минус 4.0‰. Всички останали европейски страни имат положителен естествен прираст. Коефициентът на естествения прираст общо за Европейския съюз е 1.0‰.

Механичният прираст като разлика между заселени в страната (14 103) и изселени от страната (16 615) също е отрицателен (-2 512) и бележи намаление в сравнение с 2011 г. (- 4 795) за сметка на по-големия брой заселени лица. Емиграцията от началото на 90-те години на миналия век е причина за 6% намаляване на населението на България и 10% спад на икономически активното население.

### 1.8. Застаряване на населението

Важен демографски проблем е продължаващият процес на застаряване на населението, който се изразява в нарастване на средната възраст на населението и в промените на неговата възрастова структура. През 2012 г. разпределението на населението по основни възрастови групи показва, че лицата от 0 до 17 години са 1 177 786 (16.2%), на възраст от 18 до 64 години – 4 709 177 (64.7%), а над 65 години – 1 395 078 (19.1%). Промените в структурата на населението по основните групи показват нарастване на относителния дял на населението над 65 години за сметка на останалите възрасти. Процесът на застаряване на населението е характерен за по-голямата част от страните в Европейския съюз.

Намаляването на раждаемостта играе важна роля за застаряване на населението, тъй като води да намаление на числеността на младите възрастови групи (0 до 14 години). През 2012 г., техният относителен за нашата страна е 13.6%, а в страните от Европейския съюз е средно 15.6%.

Броят на възрастните хора за последните години непрекъснато нараства, което съчетано с по-малък брой работещо население и по-голям дял на хората, излизаци в пенсия, ще натовари допълнително социалната и здравната система. До 2050 г. се очаква един на всеки трима българи да бъде по-възрастен от 65 години, а само един от всеки двама ще бъде в трудоспособна възраст. България е на път да отбележи най-

стремителния спад на населението в трудоспособна възраст в световен мащаб до 2050 г. Графичното представяне на населението в България представлява пирамида през 1950 г, сфера през 2010 г., а през 2050 г. се очаква да бъде обърната пирамида (фиг.10).

### 1.9. Заболеваемост и болестност

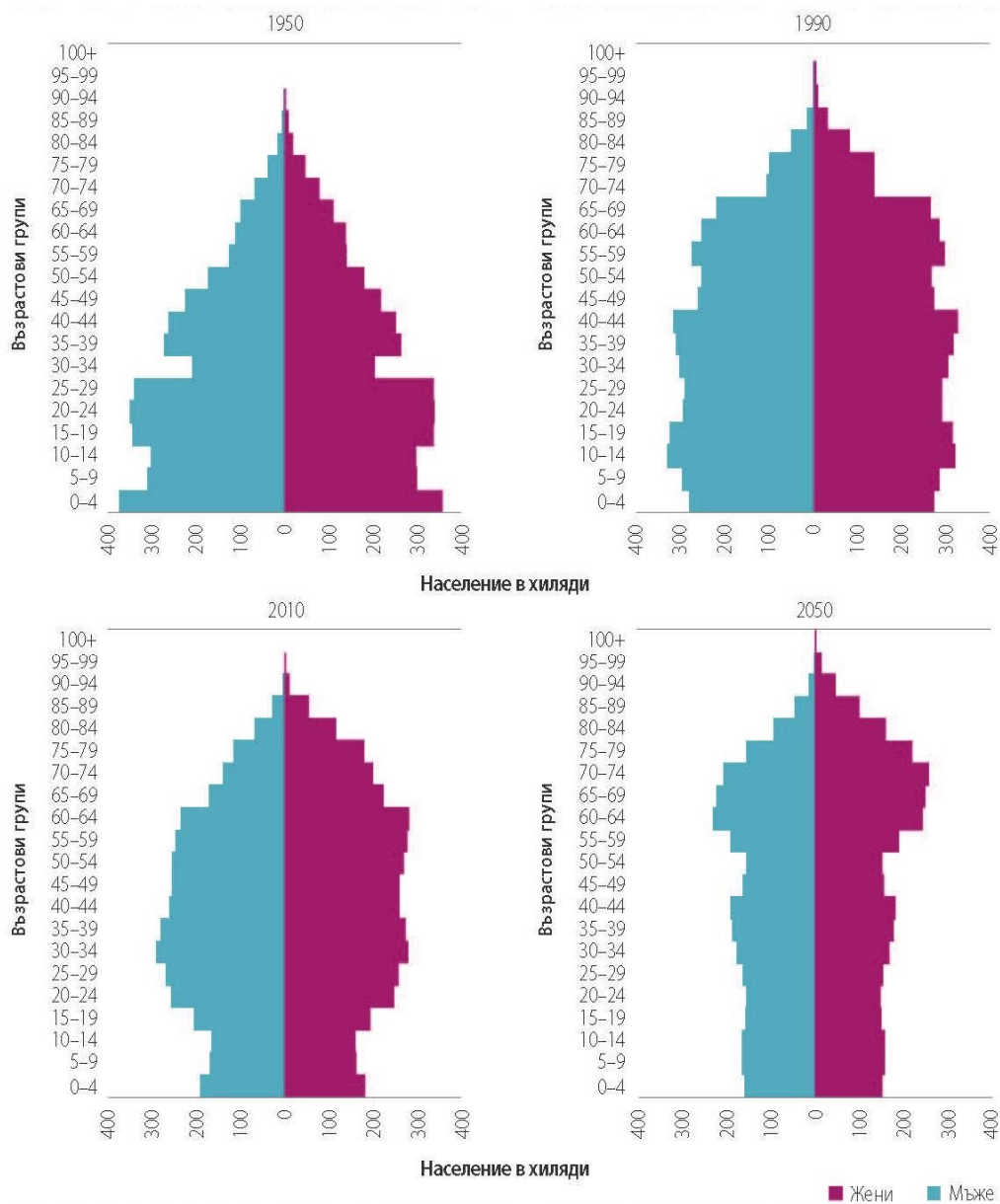
От 2000 г. не се публикуват данни за регистрираната заболеваемост по обръщаемост, както и за заболяванията, водещи до временна неработоспособност поради промяна в първичната регистрационна документация и начина на отчитане след въвеждането на системата на НЗОК. Отсъствието на такава информация значително затруднява провеждането на анализ на нивото, структурата и тенденциите в разпространението на хроничните неинфекциозни заболявания.

Официалната статистика в страната предоставя информация за регистрираните случаи на: заразни болести, туберкулоза, болести, предавани по полов път, психични, злокачествени заболявания и хоспитализации.

В резултат на целенасочената здравна политика, в т.ч. имунизационна, редица **заразни болести** в България са ликвидирани или сведени до единични случаи – малария, дифтерия, полиомиелит, бяс, тетанус, морбили. Данните за националния имунизационен обхват с включените в имунизационния календар ваксини сочат много добро изпълнение на имунизационната програма (от 93.5% срещу пневмококови инфекции до 97% срещу туберкулоза при новородени, 2012 г.). В резултат се наблюдава намаляване на случаите на остри ваксинапредотвратими заразни заболявания, но се увеличават ентероколитите с неуточнена етиология и зооантропонозите с бактериална, вирусна и паразитна етиология.

През последните години по данни на Министерството на здравеопазването в България се наблюдава тенденция за намаляване на заболяемостта от **активна туберкулоза** – от 39.1 на 100 000 през 2006 г. до 26.6 на 100 000 през 2012 г. През 2012 г. в страната са регистрирани 2 280 пациенти с туберкулоза. В сравнение с 2011 г. се наблюдава намаляване на общия брой случаи с 127 или с 5%, но въпреки това заболеваемостта остава 2.2 пъти по-висока от средната в ЕС (12.2‰). Тенденцията за намаляване на заболяемостта през последните четири години се дължи на дейностите в изпълнение на Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата, насочени към активен скрининг сред най-уязвимите групи, активно издирване на контактните лица на болните от туберкулоза и предоставяне на специфична химиопрофилактика за лечението на латентната туберкулозна инфекция.

**Фиг.10 Един век демографски промени в България**



Източник: Собствени изчисления въз основа на данни от Отдела за населението на ООН (2011 г.).

По данни на Министерството на здравеопазването до 2012 г. в България са регистрирани общо 1 630 лица с **ХИВ инфекция**. През 2012 г. броят на новорегистрираните случаи с ХИВ е 157, което представлява с 22% намаление в сравнение с 2011 г., когато са били регистрирани 201 случая. От общия брой регистрирани случаи на ХИВ през 2012 г. мъже са 123 (78 %) и 34 (22 %) са жени. Новооткритите случаи на СПИН през 2012 г. са 64.

През 2012 г. нараства болестността, а намалява заболяемостта от **злокачествени новообразувания** спрямо предходната година. Показателите са съответно 3703.0‰ и 432.4‰. Най-висока е болестността от рак на млечната жлеза при жените (1286.9‰) и рак на женските полови органи (1092.3‰), а на

заболеваемостта - от рак на храносмилателните органи (96.6‰), рак на млечната жлеза при жените (95.2‰) и рак на женските полови органи (80.1‰). Заболеваемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания (488.78‰), макар и по-висока, бележи тенденция на намаление.

Статистическите данни за **хоспитализираната заболеваемост** за последните години показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения нараства, както общо, така и по възрастови групи. През 2012 г. са хоспитализирани 2 040 666 случаи (27 236.6‰). Най-висока е хоспитализацията на лицата на възраст над 65 години (47 969.2‰), следва групата на децата от 0 до 17 години (25 373.1‰) и най-ниска е при възрастовата група 18-64 г. (22 704.8‰) – 2 пъти по-ниска от тази сред лицата на възраст над 65 години. Сред причините за хоспитализация по класове болести **водещи са болестите на органите на кръвообращението (14.4%), болестите на дихателната система (10.6%), и болестите на храносмилателната система (8.9%),** които обуславят общо около 1/3 от хоспитализациите. Въведените клинични пътеки оказват определено влияние върху нивото и структурата на хоспитализираната заболеваемост, поради което някои от показателите следва да се разглеждат условно.

Броят на **психично болните под наблюдение на психиатричните заведения** намалява и през 2012 г. показателят е 1 982‰. Данните по заболявания показват, че това са предимно лица с шизофрения, умствена изостаналост, афективно разстройство и др. Реалният брой на психично болните вероятно е по-голям, предвид промените в нормативната уредба, които отмениха задължителния характер на регистриране и наблюдение на тези болни от психиатрични структури. Най-разпространеното често психично разстройство е тревожното разстройство (11.4%), като най-засегната от него е групата на хората на възраст между 50 и 64 години (13.2%). 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.

През 2012 г. честотата на **самоубийствата** на 100 000 население в България е 11.9, което поставя България сред държавите със средна честота на суицидната смъртност. Честотата на самоубийствата при жени е 5.3‰ и е 3.5 пъти по-ниска от тази при мъжете (18.9‰). Общият брой на опитите за самоубийства е 3005, от които 25.5% са били с фатален изход.

Проведеното през 2011 г. Национално епидемиологично проучване в 28-те области на страната за установяване на **състоянието на оралния статус** на 21 160 деца от двата пола, в 3 стандартизирани възрастови групи (5-6, 12 и 18 години) по методика на СЗО сочи, че само 28.87% от децата на 5 г., 21.31% от децата на 12 г. и 8.31% от 18-годишните са без кариеси. Средните стойности на dft (среден брой кариозни и obtурирани временни зъби на 1 прегледано лице) за страната при децата на 5-6 г. са 3.69. При 12-годишните средните стойности на DMFT (среден брой кариозни, obtурирани и екстрахиранни постоянни зъби на 1 прегледано лице) за страната са 3.03. При 18-годишните средните стойности на DMFT за страната са 6.25. Само 34.73% от 18-годишните са с здрав пародонт.



Показателите при лица над 18 годишна възраст са следните:

При възрастовата група от 35 до 44 години DMFT е 16.95. 19.81 % от 60 и над 60 годишните лица са с напълно обеззъбена горна челюст, 16.98 % са с напълно обеззъбена долна челюст, а тотално обеззъбените са 13.21 % лица (данни НСИ 2012 г.).

Броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица над 16 годишна възраст с **трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане** е значителен – през 2012 г. е 172 555 души, почти по равно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (37.5%), следвани от възрастта 60 и повече години (36.2%). Относителният дял на първично освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност 71-90% намалява в сравнение с предходната година и е най-висок – 32.4%. Следват лицата с 50-70% трайно намалена работоспособност – 31.8%. Всяко четвърто лице с трайно намалена работоспособност над 16 годишна възраст е с над 90% трайно намалена работоспособност (23.7%) и до 50% са 12.1%. Най-честата причина за трайно намалената работоспособност на лицата над 16 години са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 36.5% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (20.6%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (9.3%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (7.5%) и др.

През 2012 г. броят на освидетелстваните деца до 16-годишна възраст с признати вид и степен на увреждане е 4 566 деца (при 4 797 за 2011 г.) или 4.4 на 1000 население до 16 години. Най-голям е броят и делът на децата със степен на увреждане 50-70% – 2 164 (47.4%). Всяко пето дете (18.4%) с увреждане е със степен 71-90% увреждане, а с най-тежката степен над 90% са 14.0%. Най-честата причина са болестите на дихателната система (26.4%), на нервната система (16.8%), психичните и поведенческите разстройства (15.2%) и вродените аномалии (16.6%) Тази структура се запазва през годините. Броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност /вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст през последните години намалява и през 2012 г. достига 62 047 души. В динамика се наблюдава увеличаване на броя на пожизнените лица с трайно намалена работоспособност, който достига през 2012 г. 39 738 лица (23.0% от всички освидетелствани и преосвидетелствани).



## **2. ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО**

Социално-икономическите, културните, поведенческите и факторите на околната среда имат съществено въздействие върху индивидуалното и общественото здраве.

### **2.1 Социални детерминанти на здравето**

#### **2.1.1. Доходи и разходи**

Доходите, които хората получават, са основен измерител на стандарта на живот. Разпределението на доходите в икономиката оказва директен ефект върху нивата на бедност.

По размер на средната и минималната работна заплата България заема последно място в ЕС. По данни на Евростат за януари 2012 г. средната работна заплата в страната е 385.47 евро, което е 4.6 пъти по-малко от средното за разглежданите страни (1775 евро) и с около 15 евро под средното заплащане в Румъния.

Средната годишна работна заплата за 2012 г. в страната е 4 395 евро. Най-висока е в: Дания (58 640 евро), Люксембург (49 316), Холандия (45 215), Белгия (43 400), Германия (42 316 евро), Финландия и Швеция (по 40 000 евро). По-добре от нас са заплатени и в Румъния (5 891), Литва (6 735), Латвия (8 596) и Естония (9 712 евро на година).

Средната минимална работна заплата 138.05 евро (Румъния - 161.91). Най-висока е минималната работна заплата в Ирландия (1461.85), Нидерландия (1446.60), Белгия (1443.54), Франция (1398.37).

По данни на НСИ през 2012 г. общият доход средно на домакинство е 10 752 лв. и средно на едно лице от домакинството - 4 541 лв. Запазва се регистрираната и в предходните години структура на доходите. Работната заплата формира 52.7% от доходите на домакинствата и продължава да бъде най-значителният източник на приход. Вторият източник на доходи са пенсиите, които формират 26.7% от приходите. По данни на НОИ средната пенсия за осигурителен стаж и възраст – 284.65 лв.

Важен показател за социално равенство е еднаквостта в заплащането на двата пола. Разликата в средногодишната заплата на наетите лица по трудово и служебно правоотношение по пол е 1 769 лв. в полза на мъжете.

Разходите на българските домакинства по данни на Евростат и НСИ растат по-бързо от приходите. През 2012 г. българските домакинства са изразходвали 4 058 лв. средно на лице. Основната част (83.5%) традиционно са похарчени за задоволяване на потребностите, а 15.8% - за плащане на данъци и други разходи (регулярни и еднократни трансфери към други домакинства, основен ремонт на жилище и други). Продължава да намалява делът на разходите за храна (33.4%), но се запазва относително висок в сравнение с другите европейски страни. Разходите, свързани с образованието, свободното време и културния отдих, нарастват до 4.1% от всички разходи. Домакинствата са заплатили повече за жилища, вода, електроенергия и горива - 15.3%.

Разходите за здравеопазване бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите (5.2%). Средният разход за здравеопазване за едно българско домакинство през 2012 г. е 501 лв., а за едно лице - 212 лв.

### **2.1.2. Бедност и социално изключване**

България е сред страните с най-високо доходно неравенство в ЕС и с най-висок дял на хората в риск от бедност или социално изключване.

През 2011 г. дялът на хората в риск от бедност или социално изключване в България е 47.1% и е почти 2 пъти по-висок спрямо средните нива за ЕС (24.1%) и почти 3.5 пъти по-висок спрямо най-ниските нива на този показател в Европа - Исландия (13,7%) и Норвегия (14.6%). Единствено Румъния (40.3%) и Латвия (40.1%) се доближават до България, но и там нивата са по-ниски. За 2011 г. линията на бедност за страната е 211,00 лева на месец, като относителният дял на хората с доходи под тази линия, със сериозни материални лишения или неспособност за реализация на пазара на труда, е 22.3%. Рискът от бедност е най-висок за децата до 18-годишна възраст и за населението в над трудоспособна възраст, като основно се определя от икономическата активност и участието на пазара на труда. Често поради бедност лицата се изключват и маргинализират от участие в дейности (икономически, социални и културни).

Gini коефициентът, показващ неравенството в разпределението на доходите на домакинствата, по данни на НСИ, се запазва на почти едно и също ниво (35.1), като стойности, близки до 0 показват по-ефективно разпределение на доходите между бедни и богати. Единствено Латвия и Испания отчитат по-голяма относителна разлика в доходите между най-богатите и най-бедните сред населението. Тази разлика през 2011 г. в България е с около 1/3 по-голяма спрямо средните нива за ЕС и с близо 2 пъти по-голяма спрямо най-ниската стойност в Европа (Норвегия).

Основен индикатор за доходното неравенство в рамките на ЕС е т.нар. Коефициент S80/S20, представляващ отношение между доходите на най-богатите 20% и доходите на най-бедните 20% от населението. Колкото са по-високи стойностите на индикатора, толкова по-високо е доходното неравенство в разглежданата страна. Данните за 2011 г. показват, че България е сред страните, в които доходното неравенство е най-високо и е далеч над средните нива за ЕС. Доходите на най-богатите 20% от населението са 6,5 пъти по-високи спрямо тези на най-бедните 20%. Традиционни ниски са нивата на този индикатор в скандинавските страни. Например, в Норвегия доходите на хората, попадащи в последния квинтил, са едва 3,3 пъти по-високи спрямо тези в първия квинтил.

Според данните за Коефициента S80/S20 през 2010 г. около 40% от населението в страната живее в региони с по-високо от средното за страната доходно неравенство, а 56% от населението – в региони с по-висок от средния дял на хора в риск от бедност или социално изключване.

### **2.1.3. Безработица**

Общият брой на зетите лица достига 2.93 млн. или 46.6% от населението на 15 и повече навършени години. Зетите лица на възраст 15-64 навършени години са 2.89 млн. Коефициентът на зетост за населението в същата възрастова група е 58.8%.

Коефициентът на безработица през 2012 г. е 12.3%, като при мъжете е по-висок (13.5%) в сравнение с жените (10.8%). Най-висок е във възрастовата група 15-24 г. (28.1%). Запазват се наблюдаваните през последните години значителни териториални различия в равнището на безработица. По коефициент на безработица България се намира над средните нива в ЕС.

България е сред страните, в които младежите изпитват най-сериозни затруднения при реализацията си на пазара на труда. Коефициентът на зетост сред младите остава на изключително ниски нива (20%), далеч от средните за ЕС (близо 34%). Всъщност едва 4 страни имат по-ниска зетост.

По данни на Евростат продължително безработните (от една и повече години) или т.нар. „обезкуражени лица” са 55.2% от всички безработни лица (225.6 хил.).

### **2.1.4. Образование**

Нетният коефициент на записване в началното образование е 95.4%. В сравнение с предишни години все по-малко деца в селата завършват средно образование и разликата в достъпа до образование на градските и селските деца става все по-отчетлива.

След последното преброяване на населението от 2011 г. за пръв път НСИ отчита показател „никога не посещавали училище”, чието ниво е 1.2% от населението над 7 години – около 81 хил. души, които никога не са ходили на училище. По данни на Националната програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка (2006-2015 г.) се отчита, че 1.5% от населението на 9 и повече години е неграмотно – над 112 хил. души.

По данни на Института за пазарна икономика разликата между резултатите на най-добрите 5% и най-слабите 5% от учениците в ЕС е най-голяма в България. Различните условия за образование сред децата са предпоставка за проблеми при тяхната последваща реализация, разликата в доходите сред населението и риска от социално изключване на определени групи.

Броят на записаните в различните степени на висшето образование за 2012/2013 г. остава без съществена промяна. Наблюдава се тенденция на лек спад за последните 4-5 години на предпочелите да получат висше образование у нас.

## **2.2. Рискови фактори на околната и трудовата среда**

През периода 2007-2011 г. националната законова и подзаконова нормативна уредба е хармонизирана с европейското екологично законодателство. Усъвършенствана е и системата за мониторинг и управление на качеството на атмосферния въздух, водите и почвите. В райони с установен екологичен риск са разработени програми за редуциране замърсяването на компонентите на околната среда.

### **2.2.1. Атмосферен въздух**

Независимо от предприетите конкретни мерки, качеството на атмосферния въздух, особено по отношение аерозолите на праха е все още проблем. Приблизително 60% от населението на страната е системно експонирано на наднормени нива на фини прахови частици, 22% от населението – на наднормени концентрации на азотни оксиди и значително по-малък процент, предимно епизодично, на повишени нива на серен диоксид и озон. Съгласно данните от мониторинга за 2012 г. основният проблем на национално ниво по отношение на качеството на атмосферния въздух е наднорменото замърсяване с финни прахови частици.

Въпреки тенденцията към намаление, аерозолите на тежките метали (кадмий и олово), продължават да са съществен проблем и потенциален риск за здравето на населението от районите на Кърджали, Пловдив и Пирдоп. Други атмосферни замърсители, са все още проблем за гъсто населените градски райони (София, Пловдив), като притежават и канцерогенен потенциал (полиароматни въглеводороди).

### **2.2.2. Питейни води**

Средният дял на населението в страната, свързано със системата на общественото водоснабдяване е 99.2%, което показва висока степен на достъпност и осигуряване на потребителите с вода за питейно-битови нужди.

Качеството на питейната вода по микробиологични показатели е с приоритетно значение с оглед потенциалната епидемична опасност от предавани по воден път патогени. Процентът на несъответствие по микробиологични показатели общо за страната е 3.8% (при 2.9% за 2011 г. и 4.4% за 2010 г.). Като цяло отклоненията по този вид показатели са по-характерни за малките зони на водоснабдяване, които нямат пречистване и водата се подава във водоснабдителната система директно, само след обеззаразяване. Основните причини за това несъответствие са: неефективна и непостоянна дезинфекция на водата поради липса на подходяща апаратура за правилно и постоянно дозиране на обеззаразяващите реагенти, неподходяща технологична схема на водоснабдяването, в т.ч. неправилно разположение на съоръженията за дезинфекция или недостатъчен брой на същите, чести аварии на остарялата и износена ВиК мрежа, субективни грешки и др. Все още има немалко населени места, водата на които се обеззаразява по примитивен начин – ръчно, с хлорна вар.

Въпреки предприетите през годините мерки за ограничаване на замърсяването на природните води, все още е налице експозиция на населението на повишени нива на нитрати, както и на флуориди, хром и арсен поради естественото им природно присъствие в питейната вода на редица населени места в страната. Най-широко регионално разпространение имат отклоненията по показател нитрати, експозицията на които се свързва с развитието на нитратна метхемоглобинемия при кърмачета и малки деца. Здравният риск от повишените нива на флуориди е свързан с възможността от развитие на зъбна флуороза сред подрастващите при консумация на водата

Риск от развитие на зъбна флуороза съществува и при ежедневна консумация на на бутилирана минерална вода с високо съдържание на флуор, поради което върху

етикетите на такива бутилирани води задължително трябва да се поставя надпис, че водата е неподходяща за ежедневна употреба от деца до 7 годишна възраст.

По отношение на индикаторните химични показатели най-често отклонения от нормите се регистрират за манган и желязо, които често присъстват съвместно в подземните води. Проблемът е многогодишен и се дължи на високото съдържание на манган в питейни водоизточници, разположени в речни тераси.

Като цяло, в страната се очертава тенденция към намаление на броя експонирано население и на зоните за водоснабдяване с отклонения по мониторираните показатели. От друга страна, мониторингът на органични химични замърсители на питейните води с токсичен потенциал (остатъци от пестициди, специфични промишлени замърсители и др.) все още не се провежда в необходимия обхват, което не позволява извеждането на заключения относно експозицията на населението и здравния риск.

### **2.2.3. Води за къпане**

Потенциалният здравен риск е свързан основно с възможността за предаване и разпространение на инфекциозни заболявания на стомашно-чревния тракт и кожата. През 2012 г. процентът на зоните, несъответстващи на задължителните изисквания, е 1.1 при среден за Европейския съюз 1.9, а процентът на зоните, съответстващи на по-строгите препоръчителни изисквания е 63.4 и е по-нисък от средния за Европейския съюз (78.3). Причини за влошаване на качеството на водите за къпане са недостатъчният брой пречиствателни станции за битови отпадъчни води, наличието на нерегламентирани зауствания на непречистени битови отпадъчни води в близост до зоните за къпане и други стопански цели.

### **2.2.4. Почви и отпадъци**

За 2012 г. няма данни за дифузни замърсявания на почвите в страната с тежки метали и устойчиви органични замърсители. Като цяло почвите са в добро екологично състояние, без риск за здравето при ползване на обработваеми площи според тяхното предназначение.

Основен санитарен ограничител за увеличаване оползотворяването на утайки от пречиствателни станции в земеделието остава наднорменото им съдържание на микроорганизми. Проучване на НЦОЗА от 2012 г. доказва, че общият дял на изследваните утайки, които са безопасни за директно приложение в земеделието по всички нормирани показатели (тежки метали, устойчиви органични замърсители и микробиологични показатели), е относително малък – 36.4%. От утайките, които не са годни за оползотворяване в земеделието, най-много са тези, които не изпълняват санитарно-микробиологичните изисквания, най-вече по отношение наднормено съдържание на *E. Coli* и *Cl. Perfringens*.

В страната съществуват стари локални замърсявания на почвата в райони с интензивна металургична дейност в миналото, като КЦМ – Пловдив, ОЦК – Кърджали, МК „Кремиковци” и др., което изисква активно провеждане на мониторинг и оценка на състоянието на почвите в тези райони и в бъдеще.

По данни на НСИ годишно всеки българин изхвърля над 400 кг битови отпадъци. Голяма е вероятността те да съдържат токсични или инфекциозни компоненти, да причинят замърсяване на околната среда и да повишат здравния риск за населението.

Съгласно Националната програма за управление на дейностите по отпадъците за 2007-2013 г., съществуват редица проблеми, свързани с управлението на отпадъци от опаковки, от моторни превозни средства, негодни за употреба батерии и акумулатори, отработени масла и отпадъчни нефтопродукти, от електрическо и електронно оборудване, отпадъци от лечебни заведения и др.

### **2.2.5. Шум**

Шумът в околната среда е значителен риск за общественото здраве и въздействието му върху населението се увеличава в сравнение с други стресови фактори на средата. От 2006 г. функционира Национална система за мониторинг на шума в околната среда. От проведените през 2012 г. контролни измервания на градския шум в общо 726 пункта се установява, че регламентираните допустими шумови нива са превишени в 69% от общия брой контролирани зони (при 72% за 2011 г.). Случаите на измерени най-ниски шумови нива – под 58 dB(A) са се увеличили с 2%, в сравнение с 2011 г. Незначителното подобрене на акустичната обстановка се дължи на намалението на броя на пунктовете с наднормена експозиция в градовете София, Варна, Враца, Плевен, Попово, Смолян.

Запазва се утежненият акустичен климат в зони с приоритетна шумова защита, като детски, лечебни и учебни заведения, жилища и места за отдих. Най-силно влияние върху акустичната обстановка в градовете оказва шумът, създаван от транспортните средства, включително железопътен и въздушен трафик (80-85% от общото шумово натоварване).

### **2.2.6. Йонизиращи лъчения (ЙЛ)**

Резултатите от радиационния мониторинг на околната среда показват, че естественният гама-фон в страната не е повлиян от експлоатацията на ядрените съоръжения и обектите с източници на ЙЛ и не се отличава от характерния за съответните региони локален гама-фон. Радиоактивността на въздуха, водата, почвата, флората и фауната варира в нормални граници. Няма отклонения от нормативните изисквания за радиационна защита

Резултатите от приключилото през 2012 г. пилотно проучване за нива на радон в четири области (София, Софийска, Пловдивска и Варненска) показват, че 92% от измерените стойности са под 300 Bq.m<sup>-3</sup>, което е референтно ниво съгласно българското законодателство (ОНРЗ, 2012). 30 от изследваните 373 жилища, обаче са с концентрация на радон над референтното ниво (13 в област Пловдив; 3 в София; 9 в Софийска област; 5 в област Варна).

Водещ фактор в облъчване на населението има облъчването при медицински изследвания и медицински радиологични процедури, като то превишава значително това от техногенните и естествените източници. Според националната статистика



общият брой на рентгеновите изследвания (включително денталните графии) за 2011 г. е 4.1 милиона, или средно 560 изследвания на 1000 души от населението. Оценката на лъчевото натоварване на българското население от рентгеновата диагностика през 2011 г. показва, че общата колективна доза от рентгеновите изследвания, е 3615 man.Sv за колективната доза и 492 mSv на 1000 души от населението. Слабото повишение в сравнение с предходната година се дължи на увеличение с 9% на броя на рентгеновите изследвания. Компютър-томографските изследвания съставят само 7.6% от общия брой изследвания, но имат основен принос (45.9%) в колективната доза. България е на едно от последните места в Европа по колективна доза. Това е добра тенденция, но анализът показва, че основна причина за това е малкият брой на рентгеновите изследвания на глава от населението (на предпоследно място в Европа).

Национално проучване показва, че общият брой на нуклеарно-медицинските изследвания нараства слабо (19 768 през 2010 г. и 20 581 през 2011 г.), като не се включват изследванията на деца, представляващи само 0.8% от всички изследвания и имащи несъществено влияние върху колективната доза.

### **2.2.7. Нейонизиращи лъчения (НЙЛ)**

През последните години все по-бързо навлизат нови технологии, свързани с излъчване на електромагнитно поле (ЕМП) от различни честотни диапазони, както в работна среда, така и в населените територии. Почти всяка дейност на съвременния човек е свързана с използването на източници на нейонизиращи лъчения: електрически ток, уреди за бита, транспорт, медицина, козметика, комуникационни технологии. Излъчването на ЕМП от комуникационни източници създава сериозни страхове сред населението от възможни неблагоприятни здравни ефекти. Резултатите от научните изследвания са противоречиви, но все още няма потвърждение на съмненията за връзка между експозицията с ЕМП и невродегенеративни, сърдечно-съдови заболявания, неврози, проблеми със съня, рак, Алцхаймер и др.

Радиочестотните ЕМП, излъчвани от мобилни телефони, са включени в клас 2 В – „възможен канцероген” в класификацията на Международната агенция по изследване на рака (IARC) през 2011 г.

Независимо от това, че в Закона за здравето източниците на НЙЛ са категоризирани като обекти с обществено предназначение, а самите нейонизиращи лъчения - като фактор на жизнената среда, все още не се извършва необходимия контрол върху тях.

През 2011 г. Международната агенция по изследване на рака (IARC) включи използването на източници, излъчващи UV лъчение за придобиване на тен, в списъка на доказани канцерогени за човека (група 1).

През 2012 г. е приета нова европейска Директива за защита на работещите от въздействието на електромагнитните полета, която трябва да бъде транспонирана в националното законодателство до 1 юли 2016 г.

В страната все още не е организиран контролът на източниците на оптични лъчения за защита на здравето на работещите. Липсва измервателна апаратура и обучени специалисти за осъществяване на контрола. Едновременно с това, все повече

нарастват оплакванията от страна на медицинския персонал, прилагащ подобни източници в терапията и козметиката, както и от облъчваните пациенти.

### **2.2.8. Трудова среда**

Основните индикатори за здравето на работещите са трудовите злополуки (ТЗ), професионалните заболявания и свързаните с труда увреждания и заболявания. 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 2012 г. са регистрирани общо 3 027 трудови злополуки (ТЗ), от които 82 са със смъртен изход, а 11 – с изход трайно намалена работоспособност. Загубените календарни дни са 158644. В сравнение с 2011 г. се наблюдава повишение на общия брой ТЗ (с 9.9%), но намаляване на ТЗ със смъртен изход (с 4.9%).

Най-често срещаните здравни проблеми, свързани с работата са мускулно-скелетните увреждания. Причиняват се или се влошават основно от характера или условията на труд, и макар по традиция да ги свързваме с ръчния труд, те засягат работещи във всички сектори на трудова заетост.

## **2.3. Поведенчески рискови фактори**

Поведенческите фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и наркотични вещества, нездравословно и небалансирано хранене, ниска физическа активност) заемат водеща роля в структурата на факторите на риска за заболяемост, трайна неработоспособност и смъртност.

### **2.3.1. Тютюнопушене**

Тютюнопушенето е една от доказаните водещи предотвратими причини за болестност и смъртност от онкологични, сърдечно-съдови и белодробни заболявания. Установено е, че у непушачи, изложени на пасивно тютюнопушене (вдишване на замърсен с тютюнев дим въздух) се установяват заболявания, свойствени за пушачите. По данни на НЦОЗА, при децата от предучилищна възраст, пасивното тютюнопушене оказва негативно влияние върху развитието на дихателната система и води до понижаване на съпротивителни сили на организма: 2-3 пъти по-висока честота на острите респираторни заболявания; 10–15 пъти по-чести боледувания от белодробни инфекции; 35% по-висок риск от инфекции на средното ухо и 50% – от развиване на бронхиална астма.

В Европа тютюнопушенето формира средно 12.2% от глобалното бреме на болестите (3%-28.8% в отделните страни) и е причина за 2.3-21% от всички смъртни случаи. В България кореспондиращите данни са съответно 13.5% от всички болести и 12.4% от смъртните случаи. Според оценките на Световната банка цената, която плаща здравната система на дадена държава за последствията за здравето от употребата на тютюневи изделия, съставлява между 0.1% и 1.1% от brutния вътрешен продукт в различните страни.



След дългогодишни тенденции на увеличаване на тютюнопушенето у нас, през последните години се наблюдава намаляване на неговото разпространение. През 1952 г. са пушили 13.7% от българските граждани, през 2007 г. – 45.2%, докато през 2008 г. те са 38.8%, а в началото на 2012 г. като пушачи се самоопределят 36%. След влизане в сила на тоталната забрана за тютюнопушене в закрити обществени места, към края на 2012 г. пушачите са 34%. По данни на Евробарометър, България се нарежда по брой пушачи на второ място в Европа след Гърция.

Резултатите на НСИ сочат значимо намаление на потреблението на цигари средно на лице от домакинството на страната за периода 1999-2011 г. – от 1000 цигари на домакинство през 1999 г. до 547 броя през 2011 г.

Според данните от последното национално представително проучване в рамките на Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици ESPAD, 2011 г., поне веднъж в живота си са пушили цигари 66% от анкетираните български ученици (съответно 62% от момчетата и 71% от момичетата). През последния месец са пушили 39%, (33% от момчетата и 46% от момичетата). Независимо от известното намаление на тютюнопушенето, България заема 4-то място сред страните от ESPAD.

Резултатите от национално представително проучване сред родителите на 2884 деца от детските градини в страната, проведено през 2012 г., показват, че децата пасивни пушачи са 57.5% от извадката, като броят им е намалял с 7 пункта в сравнение с 2008 г. При 11.8% от случаите пуши само майката, 19.7% - пуши бащата, а при 26.0% - пушат и двамата родители. Най-много са децата пасивни пушачи в Силистра (90.9%), Добрич (78.1%), Разград (70.0%), а най-малко в София (43.5%), Бургас (45.2%) и Кърджали (46.7%)

### **2.3.2. Консумация на алкохол**

Алкохолът е трети по значимост рисков за здравето фактор след тютюнопушенето и високото артериално налягане. Рисковата и вредната консумация на алкохол обуславя 9.2% от общото бреме на болестите и ежегодно се явява причина за 115 000 смъртни случая сред хората до 70 г. възраст и е отговорна за 12% от преждевременната смъртност при мъжете и 2% от преждевременната смъртност при жените в Европейския съюз.

В структурата на причините за смъртност, поради злоупотреба с алкохол, освен ССЗ (инфаркт на миокарда и мозъчен инсулт), цироза на черния дроб, някои видове рак и психоневрологичните разстройства, се включват пътнотранспортните произшествия, нещастните случаи, убийствата и самоубийствата. Ежегодните разходи за лечение на заболяванията, предизвикани от злоупотреба с алкохол в страните от ЕС, съставляват 17 милиарда евро, а загубата на производствен потенциал се оценява на 36 милиарда евро.

Европейският съюз е районът с най-високата консумация на алкохол в света. Данните от доклада Health at a Glance: Europe 2012 показват, че измерена чрез мониториране на годишните данни за продажбите на абсолютен алкохол (АА) в отделните страни, тя възлиза средно на 10.7 литра на глава от населението. С 10.0 литра

АА на глава от населението, България е ситуирана на 8-мо място сред страните с най-ниска алкохолна консумация. Отчита се и нейното намаление с 10 пункта за периода 1980-2010 г.

Данните на НСИ, показват значимо нарастване (с 6.7 литра) на консумацията на алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната за периода 1999-2012 г. основно поради повишаване на употребата на бира с около 8 л, на фона на незначителен спад на консумацията на традиционните за България вина и ракии. Подобна тенденция се отчита и в други страни, производители и потребители основно на вино (Италия, Франция и Гърция).

През 2012 г. е нараснал и средният разход на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия до 420 лв. на година и до средно 89 лв. на лице от домакинството. Въпреки по-високите в номинална стойност разходи, алкохолът и тютюневите изделия не променят своето значение в структурата на разходите от 1999 до 2012 г. (4.8%-44%).

Резултатите от последното проучване на алкохолната употреба сред учениците в рамките на Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици ESPAD, 2011 г. показват, че през последните години сред учениците широко е разпространена и употребата на алкохол - 64% от анкетираните са съобщили за употреба през последния месец преди изследването (66% от момчетата и 62% от момичетата); 11% от тях са пили 10 и повече пъти (т.е всеки 3-ти ден). За случаи на напиване поне 1 път през последния месец съобщават 20% от респондентите (23% от момчетата и 18% от момичетата).

### **2.3.3. Нездравословно и небалансирано хранене**

Хранителният модел на българина остава небалансиран, с висок дял на наситени мазнини, захар и сол. По данни от Национален мониторинг на храненето на населението в България (2004 г.) 68.8% от изследваните лица в активна трудоспособна възраст консумират сол над препоръчаните 5 g на ден. Високата консумация на сол е обект на Национална промотивна кампания на МЗ за намаляване на солта в храните и храненето у нас.

Съществуват проблеми в хранителния прием и хранителния статус на населението в България още от кърмаческа възраст. При проведено проучване през 2007 г. се установяват: късно начало - само 4.6% деца са с начало на кърмене до 1 час след раждането, малка продължителност на кърмене, ниска честота на изключителното кърмене - само 4.2% до 2 месеца, както и ранно захранване. Храненето на децата от 1 до 5 години се характеризира с риск за дефицит на тиамин, витамин В12, фолат и желязо и висок прием на натрий, а при децата на 3-4 години - и с висок прием на мазнини, недостиг на въглехидрати и риск за неадекватен прием на калций. Консумацията на хранителни продукти при децата на 3-4 години се характеризира с недостатъчен прием на мляко и млечни продукти, риба и пълнозърнести храни и с висок прием на безалкохолни газирани напитки, съдържащи захар.

Основните проблеми в храненето при лица над 1-годишна възраст, диференцирани по възраст и пол, на база данните от проведените представителни за страната проучвания (1997-2008 г.), проведени от НЦОЗА, показват, че средният

енергиен прием е по-висок от потребностите. Среднодневният белтъчен прием е в рамките на препоръчаните нива, относителният енергиен дял на прием на общи мазнини и наситени мастни киселини са с тенденция за покачване. Висок е и приемът на полиненаситени мастни киселини. Рискови по отношение на ниския прием на витамини и минерали са групите на децата, младите жени, бременните жени, старите хора и лицата с ниски доходи. При всички популационни групи над 1 година е нисък средният дневен прием на фолиева киселина, витамини В2, В1, В6, витамин С през зимата и пролетта, както и на минералите калций, желязо, цинк и магнезий.

Свръхтеглото и затлъстяването допринасят в голяма степен за възникване на хронични болести, намаляват продължителността на живота и влошават качеството му. На тях се дължат 6% от разходите за здравни грижи в Европейския регион. Националните проучвания на храненето и хранителния статус на населението в България, проведени през 1998 г. и 2004 г. от НЦООЗ, показват тенденция за увеличаване разпространението на свръхтеглото и затлъстяването при възрастното население. Наднорменото тегло е сериозен проблем и при децата. Данните от проведено през 2010/2011 г. изследване на ученици в България показват, че относителният дял на свръхтегло при децата на възраст 7-18 години е 16.7%, а на затлъстяване - 8.2 %. Увеличава се затлъстяването още при децата в 1-ви клас (от под 10% през 1998 г. до 20.8% при момчетата и 14.6% при момичетата през 2011 г.).

Основните рискови фактори за свръхтегло и затлъстяване при децата са нездравословният модел на хранене, ниската физическа активност, липсата на училищна и семейна среда, която да създава условия и да стимулира здравословно хранене и физическа активност.

Анализът на хранителния модел на населението на базата на ежегодните бюджетни проучвания на домакинствата в България, провеждани от НСИ, показва, че се запазват редица неблагоприятни тенденции и характеристики на храненето на населението, наблюдавани през последните години: нисък прием на мляко и млечни продукти, повишена консумация на червени меса и месни продукти, което се свързва с повишен прием на наситени мастни киселини, запазва се високо потреблението на добавени мазнини, традиционно ниска консумация на риба, висока консумация на захар чрез повишен прием на захарни и сладкарски изделия и безалкохолни напитки, прием на плодове и зеленчуци под препоръчаните здравословни нива, намален прием на растителни влакнини поради увеличената консумация на рафинирани продукти, както и нисък прием на пълнозърнести зърнени храни и бобови храни. Отрицателните характеристики в модела на храненето на населението са по-изразени при децата в ученическа възраст.

#### **2.3.4. Ниска физическа активност**

Ниската физическа активност е един от основните фактори на риска за възникване на хронични неинфекциозни болести (ИБС, мозъчен инсулн хипертонична болест, затлъстяване, захарен диабет тип II, остеопороза и някои видове рак). Този рисков за здравето фактор формира 3.5% от глобалното бремене на болестите (по

DALY's) – съответно от 1.8% до 5.6% по DALY's и 3.3% - 11.2% от всички смъртни случаи. За България тези показатели са съответно 4.3% и 7.7%.

С недостатъчна физическа активност е над 60.0% от населението в света. У нас през последните десетилетия тенденцията по отношение на нивото на физическата активност е неблагоприятна за всички възрастови групи. Според Eurobarometer, над 80% от българите са с ниска физическа активност, което поставя България на първо място сред страните в Европейския съюз. Не се занимават въобще със спортна дейност над половината от тях, а регулярно я практикуват едва 3%. Основна причина за ниското ниво на физическата активност е липсата на достатъчно възможности за спорт и физическа активност.

Недостатъчна е физическата активност и при децата в ученическа възраст. Изследванията показват, че над 30% от децата са физически активни по-малко от два дни в седмицата, едва 1/5 от тях отговарят на препоръките на СЗО за физическа активност (60 минути дневно). За умерена до интензивна физическа активност почти всеки ден съобщават само 20-36% от момчетата и 37-47% от момчетата. Около 40% от децата ежедневно стоят повече от 5 часа (извън учебните занятия) пред компютър и телевизор.

### **2.3.5. Наркотици**

Данните от проведеното през 2012 г. национално представително социологическо проучване сред общото население (15-64 г.) относно нагласи и употреба на психоактивни вещества - 5653 лица, показват, че най-масово употребяваният наркотик е канабисът – 7% от анкетираните най-малкото са го опитали поне веднъж в живота си (350-355 хил.лица). Следва групата на стимулантите: екстази – 1.8% (около 90 хил.лица); амфетамини – 1.2% (около 60 хил.) и кокаин – 0.8% (около 40 хил.лица). Употребата на хероин е 0.3% (около 15 хил. души).

В последните 2 години нивото на HIV инфекцията при употребяващите инжекционно наркотици бележи тенденция на задържане (около 3% от тестваните лица). Нивото на Хепатит В инфекция продължава да спада особено при лица под 25 г., употребяващи инжекционно наркотици, което вероятно е последица от успешно провеждащата се от 1992 г. програма за ваксинация на всички новородени в страната. Нивото на инфектирани с вируса на Хепатит С за всички интравенозни изследвани в София е 67.8%. Нивото на инфекция на сифилис се е повишило чувствително на около 11%, което е най-високо от 10 години в рисковата група на употребяващите инжекционно наркотици.

По данни на Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD), през 2011 г. 26% от 15-16-годишните ученици в България са употребили поне веднъж в живота си някакъв наркотик. За периода 1999 - 2011 г. се отчита общо увеличение на броя на учениците, експериментирали с незаконни наркотични вещества с 12 пункта (приблизително двойно), на фона на оформящата се тенденция на лек спад в повечето европейски страни.

В рамките на последните 12 години, както при общата употреба, така и при употребата на различните основни вещества, от малко под средното европейско равнище България е достигнала до малко, а при амфетамините значително над средното

европейско равнище. През следващите години в Европа и България се очаква увеличение на употребата на метамфетамини.

### **2.3.6. Рисково сексуално поведение**

Рисковото сексуално поведение в юношеска възраст и последствията от него водят до неблагоприятия резултат в репродуктивното здраве и до високи разходи в сферата на здравеопазването, свързани с необходимостта от лечение на стерилитет и асистирана репродукция.

През последните години се наблюдава положителна промяна в рисковото сексуално поведение на младите хора. Нараства употребата на презервативи при първи полов акт, както и при полов акт със случаен партньор. Намалява делът на младите хора във възрастовата група 15-24 години, които са правили секс на възраст под 15 години (от 9.9% през 2006 на 8.3% през 2009 г.), както и процентът млади хора, които през последната година са правили секс с повече от един сексуален партньор (25.2% през 2006 г. срещу 20.9% през 2009 г.)

Изследванията на знанията, нагласите и поведението в сферата на сексуалността в младежка възраст показват бавна, но устойчива тенденция на нарастване на знанията на младите хора по отношение на основните факти и заблуди, свързани с ХИВ. През 2004 г. коректни отговори на всичките 5 въпроса от сборния индикатор на UNGASS (Специализирана асамблея на ООН за ХИВ/СПИН) са дали 16.2 % от младите хора на възраст 15-24 години. Този процент нараства на 19.2% през 2006 и на 22.9% през 2009 г.

Системните усилия на Националната програма по СПИН и сексуално-предавани инфекции и Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, допринасят за положителна промяна на знанията и поведението на младите хора на възраст 15-24 г. по отношение на ХИВ.

Продължава да стои нерешен въпросът за включване и на други ведомства и преди всичко на Министерството на образованието, младежта и науката в националния отговор по отношение на здравето на учениците - съвременното здравно образование продължава да се изучава като свободно избираема подготовка, поради което и процентът достигнати ученици е все още незадоволителен.

### **2.3.7. Стресът като рисков фактор за влошено психично здраве**

Болестните промени, причинени от продължително излагане на стрес, се разглеждат в три основни групи: чести психични разстройства, синдром на бърнаут (професионално изчерпване) и самоубийства.

В световен мащаб все повече се обръща внимание на значението на **Синдрома на бърнаут (синдром на професионалното изчерпване)** както от социално-икономическа гледна точка (намалена работоспособност, отсъствия от работа (абсентеизъм), влошено качество и ранно пенсиониране), така и в личностен план (влошено качество на живот, склонност към развитие на депресии и суицидни нагласи, нарушени социални връзки, загуба на идентичност и пр.).

Данните от редица проучвания през последното десетилетие в България показват, че най-често бърнаут синдрома се развива при работещите в различните сфери на здравеопазване, образование, обслужване, занимаващи се всекидневно и интензивно с проблемите на други хора (здравословни, социални или психологически). По данни на изследвания сред медицинските специалисти 70% от лекарите в България развиват този синдром: 80 % от ОПЛ (70,8% от мъжете и 76,8% от жените); 27% от членовете на експлантационните екипи (9% от мъжете и 18% от жените).

Резултатите от проведения през 2011-2012 г. в южно- и югоизточно-европейските региони проект „Подобряване на качеството и безопасността в болниците: връзка между организационната култура, бърнаута и качеството на здравните грижи (ORCAB)”, показват, че по отношение на бърнаут синдрома сред медицинските специалисти, българските лекари, сестри и специализанти са сред тези с най-високи нива на емоционално изтощение и деперсонализация. По-високи нива на бърнаут са отчетени сред гръцките и турските лекари и сестри, докато страни като Македония, Хърватия, Португалия и Румъния са с по-ниски показатели.

## ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Използваната методологична рамка на СЗО за анализа на структурата и дейността на здравната система като социална детерминанта на здравето включва изследването на следните основни функции: целенасочено предоставяне на здравни услуги; развитие на човешките и други ресурси; финансиране; управление (стюардшип) на системата. Важно при прилагането на тази рамка е да се отчита специфичния политически и институционален контекст (европейски и национален) с ясното разбиране на различията между политическите и управленски отговорности.

### 1. ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

Към 31.12.2012 г. по данни на НЦОЗА в Република България са осъществявали дейност 9 144 заведения за **първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)**, от които 3 798 лечебни заведения за първична медицинска помощ и 5 346 лечебни заведения за първична дентална помощ.

Като форма на организация на работа преобладават индивидуалните практики - 3 575 през 2012 г. Груповите практики, които предоставят по-добри възможности за осигуряване на по-достъпна и качествена първична извънболнична помощ, в т.ч. неотложна помощ, през нощта и в почивните дни, са 6%, за разлика от европейските страни, където съотношението е в полза на груповите практики.

През 2012 г. един общопрактикуващ лекар (ОПЛ) обслужва средногодишно 1 636 ЗЗОЛ. Средно за 2012 г. един ОПЛ извършва по 500 профилактични прегледа. Продължава тенденцията на намаляване броя на включените ЗЗОЛ и броя на прегледите по програма „Майчино здравеопазване”. Едва 3.7% от бременните са избрали изпълнител на ПИМП, да извършва профилактичното наблюдение по програмата „Майчино здравеопазване”. Основна причина е желанието на бременните да бъдат наблюдавани от специалист по акушерство и гинекология.

Радикалната реформа в системата на ПИМП напълно променя съществуващата участъкова система на организация, като е изградена на основите на модела на общата медицинска практика. Световният опит показва, че общата медицинска практика като форма на организация и извършване на първичната медицинска помощ, има по-голям потенциал, който може да се реализира, ако бъдат осигурени адекватни на потребностите ѝ финансово-икономически, правно-нормативни, организационно-управленски, професионални и други условия.

Повече от 10-годишната практика показва, че независимо от големите усилия на ОПЛ и тяхната професионална организация (НСОПЛБ), очакванията, че новата система на ПИМП ще стане по-ефективна и ще се увеличи нейния принос в здравето на нацията не се сбъдват напълно. Причините за това са различни:

- Финансово-икономически – недостатъчно финансиране (само 6-7% от бюджета на НЗОК), система на заплащане с нисък потенциал за стимулиране на дейност и активност, недостатъчно участие на общините и др.



- Правно-нормативни – възлагане на неизпълними задължения, като непрекъснатото медицинско обслужване през денонощието и големият пакет от дейности (несъответстващ на размера на финансиране), сериозни трудности при провеждане на специализация по обща медицина и др.
- Организационно-управленски – въвеждане на лимити, несъответстващи на потребностите за получаване на качествена и ефективна медицинска помощ от ОПЛ (направленията за консултации, малък размер на финансови средства за медико-диагностични изследвания и др.), ограничения за ползване на някои видове диагностични изследвания и изписване на лекарствени средства и др.
- Професионални и социално-психологични – недостатъчен професионален и социален рейтинг на ОПЛ в сравнение с останалите специалисти, ограничено участие на ОПЛ в „научния медицински живот“ и др.

Под действието на тези фактори системата на ПИМП се отдалечава от характеристиките на съвременния модел на обща медицинска практика в резултат на някои дефекти и диспропорции. Сред тях стратегическо значение имат:

- Постоянно намаляване на кадровите ресурси (лекари, помощен персонал) поради недостатъчния професионален и икономически интерес за работа в тази система (в периода след 2001 г. броят на ОПЛ е намалял с около 700 – в момента 4698 или само 6.4 на 10 000 души при близо 10 в страните от ЕС);
- Значителни териториални диспропорции в разпределението на лечебните заведения за ПИМП в страната и оттам сериозни затруднения в достъпа на хората в близо 1/4 от територията на страната или около 600 000-700 000 души;
- Недостатъчен (незадоволителен) дял на лекарите със специалност по обща медицина (около 40%);
- Недостатъчно „обезпечаване“ с помощни специалисти поради икономически причини и оттам намален интерес за започване на работа, което оказва отрицателно влияние върху извършването на някои дейности, типични за ПИМП (интегрирани грижи при хронично болни в домовете, извършени здравно-промотивни дейности, активност при профилактиката на заболявания и др.).

През 2012 г. **специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП)** в страната се осъществява от 4054 лечебни заведения, от които: 121 диагностично-консултативни центъра, 575 медицински центъра, 149 групови практики за специализирана медицинска помощ, 3 050 индивидуални практики на лекари-специалисти (при 2 858 за 2011 г.). С най-голям брой разкрити лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ са София-град и областите Пловдив и Варна.

Запазва се тенденцията за увеличаване обема на първичните и вторичните прегледи. Средномесечният брой първични прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2012 г. е 96 прегледа. Структурата на първичните посещения по пакети е сравнително постоянна, като тези по пакети “Кардиология”, “Офталмология”, “Педиатрия”, “Неврология” и “АГ” съставляват над 54% от първичните прегледи.



През 2012 г. е улеснен достъпът на деца до 18 г. до специалисти по педиатрия и профилните ѝ специалности поради възможността ОПЛ да издава направления за консултация със специалист по педиатрия и профилните ѝ специалности при остри състояния извън въведената регулация.

На всеки 100 първични прегледа са извършени 62.9 вторични прегледа. Средномесечният брой вторични прегледи на 1 000 ЗЗОЛ за страната през 2012 г. е 58 прегледа.

Липсата на информационни системи, насочени към измерване на резултатите от дейностите в СИМП, не позволява да бъдат оценявани както качеството, така и ефективността на този вид здравни услуги.

**Специализираната извънболнична помощ по дентална медицина** се осъществява от 49 дентални центъра, 76 индивидуални специализирани практики по дентална медицина и 1 групова практика по дентална медицина. През 2012 г. функционират и 33 медико-дентални центъра (с два по-малко от 2011 г.) и 1026 самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

По данни на НСИ и НЦОЗА, към 31.12.2012 г. **болничният сектор** в страната включва 312 лечебни заведения за болнична помощ, от които 226 са публична собственост (държавна и общинска, в т.ч. и 18 болници към други ведомства) и 92 са частна собственост (2.5 пъти по-малко от публичните), което формира смесена публично-частна система за болнична помощ. Освен тях през 2012 г. стационарна дейност осъществяват и други лечебни заведения, възникнали чрез преобразуване на бившите диспансери – 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 8 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар. С това общият брой на заведенията, осигуряващи болнично лечение е 339, при 343 болнични заведения (в т.ч. диспансери) през 2011 г.

През 2012 г. лечебните заведения за болнична помощ разполагат с 45 726 болнични легла. Осигуреността с болници в България (4.28‰) е с 1.6 пъти по-висока от средната за страните от ЕС (2.67‰). Значително по-висока е и осигуреността в страната с болнични легла (663‰) в сравнение с тази за ЕС – 545‰.

В структурата на публичните лечебни заведения за болнична помощ през 2012 г. доминират многопрофилните болници - 114 (36,54%), следвани от специализираните болници - 73 (23,39%). Специфичен дял в структурата на болничните заведения заемат 12 държавни психиатрични болници (3,84%).

През 2012 г. общият леглови фонд в публичните болници е 35 785 легла, от които 71.2% в структурата на многопрофилните болници, 22% в специализирани болници и 6.8% в заведенията за стационарна психиатрична помощ. Броят на леглата в специализирани лечебни заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация е 11.2% от общия публичен леглови фонд.

В структурата на леглата в болничния сектор към 31.12.2012 г. по видове (в съответствие с използваната в Евростат статистическа групировка) най-голям относителен дял (75.4%) имат леглата за активно и интензивно лечение, което формира осигуреност на населението 46.2 на 10 000 души на базата на 33 641 легла.

Леглата за дългосрочна грижа са 1007 (2.2%) при ниска осигуреност на населението – 1.4 на 10 000 души. Леглата за физиотерапия и рехабилитация са 5178 (11.6%) при осигуреност 7.1 на 10 000 души.

Броят на леглата в частните болници през 2012 г. е 6 916 легла, което е 15.12% от болничния леглови фонд или 6 пъти по-малко от тези в публичните болници.

Наблюдават се значителни различия на показателите за осигуреност на населението с болнични легла и структура на легловия фонд по области. С най-висока осигуреност с болнични легла на 10 000 души през 2012 г. са област Ловеч – 81.1, Пловдив – 79.3, Кюстендил – 75.4, Стара Загора – 74.5. Най-ниска е осигуреността с болнични легла на населението в област Ямбол – 33.9 на 10 000 души, Видин – 36.9, Силистра – 37.7.

Над половината от общия болничен леглови фонд (52.6%) е концентриран в 7 области - София-град (20.1%); Пловдив (10.6%), Стара Загора (4.9%); Варна (4.9%), Пазарджик (4.4%), Бургас (4.1%), Плевен (3.6%), и София област (3.5%).

В сравнение с 2001 г. през 2012 г. в 7 области на страната (Видин, Добрич, Шумен, Кюстендил, Перник, Смолян, Хасково) е намален броят на болничните лечебни заведения за сметка на общинските, а в други 7 области няма промяна в броя. Закриването на общински болници, които осигуряват медицинска помощ на население в малки и отдалечени селища, с тежък социален и осигурителен статус, лоши демографски показатели, ще доведе до намален достъп до медицинска помощ.

Използваемостта на леглата през 2012 г. общо за сектора остава ниска – 256 дни (69.95%), като най-ниска е в частните болници – 204 дни (55.74%). Използваемостта на леглата в публичните многопрофилни болници за активно лечение е 266 дни (72.68%), а в специализираните болници за активно лечение – 278 дни (75.96%).

Средният престой на 1 болен намалява на 5.6 дни, като за легла за интензивно лечение е 3 дни; легла за активно лечение – 4.8 дни и легла за долекуване, продължително лечение и рехабилитация - 8.4 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен се запазва значително по-нисък - 3.6 дни.

Състоянието на болничната система е показател за един от големите неуспехи на здравната реформа. Това е така, защото не се постигнаха основните цели: да се намали държавният монопол върху собствеността на болничните заведения, да се оптимизира големината на болничната система, да се реструктурират болниците и болничните легла съобразно потребностите на хората от различни видове хоспитализации, да се увеличи ефективността и ефикасността на болничната дейност, да се въведе многофункционална информационна система. Причините за този неуспех имат различен характер:

- правно-нормативни – неадекватни закони за лечебните заведения и здравното осигуряване, вкл. и на технологията на договарянето между лечебните заведения и НЗОК;
- икономически – неподходяща методология за ценообразуване на болничните дейности и неподходяща технология за тяхното заплащане (клинични пътеки);
- организационно-управленски – свободен достъп за болничен прием от цялата извънболнична система;

- неадекватна структура на болничните легла спрямо потребностите от хоспитализации (голям брой на леглата за активно лечение и изключително малък брой на леглата за продължително лечение);
- лош контрол на държавните и публичните финансиращи организации върху процесите на хоспитализацията, качеството и ефективността на болничната дейност и др.

Едновременно с това, с оглед задоволяване на своите икономически интереси, болниците, независимо от тяхната собственост, допускат и множество медицински нарушения: прием на болни без достатъчно медицински основания, съзнателно нарушаване на правилното класиране на болните по клинични пътеки, тежест на състоянието, селекция на болните за прием според очакванията за размер на разходите за тяхното лечение и тяхното пренасочване към други болнични заведения.

Сегашното състояние на болничната система синтетично може да се характеризира и оцени като недостатъчно ефективна и ниско ефикасна, т.е. недостатъчно добри медицински резултати, получени с по-големи разходи.

**Системата за спешна медицинска помощ** в Република България включва 28 центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП), съответстващи на областите, съставляващи административното деление на страната, с разкрити към тях 198 филиала (ФСМП), осъществяващи дейността на територията на съответната административна област. Като специфична функционална част от системата за спешна медицинска помощ осъществяват дейност и 35 спешни отделения към многопрофилни болници за активно лечение.

Изградената структура осигурява относително равномерно покритие на спешна медицинска помощ на територията на цялата страна, като приблизително 58% от населените места в страната са с време за достъп от филиал за спешна медицинска помощ до 20 минути и още около 27% на населените места са с вероятно време на достъп до 30 минути. Около 15% от населените места са с време за достъп в диапазона над 30 минути, в рамките на които оказването на адекватна медицинска помощ при спешни състояния е силно затруднено. Обслужваното население в тези населени места, разположени в труднодостъпни и отдалечени райони е около 211 000 души. Почти 50% от дейността на ЦСМП е свързана с оказване на медицинска помощ на пациенти, които е трябвало да бъдат обслужени в извънболничната медицинска помощ.

#### **Основни проблеми:**

- Разпределението на структурите от националната здравна мрежа продължава да е неравномерно с нарастващи териториални различия и неравнопоставеност на населението по отношение на достъпа до отделните видове медицинска помощ.
- Нарушено е взаимодействието и координацията между отделните сектори на системата – между спешната помощ и останалите елементи на системата на здравеопазване - първичната медицинска помощ, специализираната извънболнична помощ, болничната помощ и спешната помощ, което нарушава интегритета на системата и намалява качеството и ефективността на медицинската помощ.

- В сектора на първичната медицинска помощ се наблюдава неравномерно териториално покритие с практики както на общопрактикуващи лекари, така и общопрактикуващите лекари по дентална медицина, особено в районите с влошена инфраструктура, труднодостъпни и отдалечени населени места, въпреки увеличения брой практики в тях. Намалява осигуреността на гражданите с общопрактикуващи лекари средно за страната.
- Продължават да преобладават индивидуални практики за първична медицинска помощ като форма на организация на работа на общопрактикуващите лекари.
- През 2012 г. всеки трети български гражданин е ползвал системата за спешна медицинска помощ за решаване на здравен проблем. Нараства обръщаемостта към системата за спешна медицинска помощ, поради затруднения в достъпа до извънболнична и болнична помощ, в т.ч. и поради нарушени здравноосигурителни права.
- Обемът на осъществяваната от ЦСМП дейност бележи леко увеличение, като половината от тази дейност е свързана с оказване на медицинска помощ на пациенти, които следва да се обслужват от лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична помощ и не са обект на системата за спешна медицинска помощ.
- Налице е влошаваща се кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на работещите в системата за спешна медицинска помощ, както и задържаща се неудовлетвореност и здравна несигурност на обществото от качеството на предоставяните му здравни услуги, в т.ч. спешна медицинска помощ;
- Осъществяваната от спешните отделения на болничните лечебни заведения спешна медицинска помощ се явява основен буфер в системата на здравеопазването, гарантиращ своевременен достъп до медицинска помощ.
- Осигуреността на населението с болнични легла през 2012 г. нараства при запазена ниска осигуреност на населението с легла за дългосрочна грижа. Секторът на болничната медицинска помощ е в състояние да задоволи най-масовите потребности на населението от болнична помощ, като използваемостта на леглата остава ниска.

## **2. ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ**

Ефективното функциониране на системата на здравеопазване зависи от броя и структурата на човешките ресурси, тяхната квалификация и професионална мотивация. Наличието на квалифицирани специалисти в здравеопазването, чрез дейностите, които водят до позитивни промени в здравето, влияе върху ръста на икономиката, благосъстоянието на населението и качеството на неговия живот. Освен това тяхното правилно разпределение (йерархично и териториално) създава условия за достатъчен и равен достъп на хората до здравни дейности и грижи.

По данни на НСИ към 31.12 2012 г. на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения в страната практикуват 28 643 лекари. Лекарите по дентална медицина са 6 706.

Специалистите по здравни грижи са 47 806, от тях 32 059 са медицински сестри. В лечебните и здравните заведения на основен трудов договор работят и 38 675 души друг персонал с немедицинско образование.

През 2012 г. осигуреността с лекари на 100 000 население е 393 и надвишава средния европейски показател (ЕС – 333 ).

Сред работещите лекари в края на 2012 г. най-голям е дялът на общопрактикуващите лекари - 4 900 или 17.0% от всички практикуващи лекари в страната. Общата осигуреност на населението в Република България с лекари в първичната извънболнична помощ през 2012 г. е 6.7 общопрактикуващи лекари на 10 000 души население, а средният брой население на 1 ОПЛ е 1 486 души.

Специалистите, практикуващи по специалностите Хирургия и Вътрешни болести, са съответно 1 464 и 1 388. В структурата на лекарите по специалности следват: Анестезиология и интензивно лечение (1 455), Детски болести (1 426) и Акушерство и гинекология (1 395).

През 2012 г. съгласно регистъра на БЗС броят на практикуващите лекари по дентална медицина е 8 239. Осигуреността с лекари по дентална медицина е 92, при показател за ЕС – 66‰.

През 2012 г. незначително нараства броят на специалистите по здравни грижи – от 47 427 души през 2011 г. на 47 806, а осигуреността - от 647 на 656 на 100 000 население, но съотношението специалисти по здравни грижи/лекари е под оптималното за оказване на качествени здравни грижи.

И през 2012 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 50 на 10 000 души в Плевен; 44.8‰ за София-град и 45.2‰ във Варна до 25.9‰ в област Разград и 26.0‰ в област Кърджали.

Над половината от работещите лекари в страната (52.3%) са концентрирани в 6 области - София-град (20.4%), Пловдив (10.9%), Варна (7.5%), Стара Загора (4.9%), Плевен (4.6%) и Бургас (4.1%). Разпределението на специалистите по здравни грижи е по-балансирано.

Повишава се средната възраст на работещите лекари – близо половината са във възрастовата група 46-60 г., 1/5 – над 60 години и само 5% до 30 -годишна възраст и 1/4 - между 31 и 45 г. Същата е и тенденцията при специалистите по здравни грижи, като близо 15% от тях са над 60-годишна възраст. Високата средна възраст на медицинските специалисти ще увеличи дефицита при пенсиониране на поколенията.

В структурата на лекарите по пол, относителният дял на жените значително превишава този на мъжете, като 55.6% от практикуващите лекари са жени. Възрастовата структура на медицинските специалисти за здравни грижи показва също застаряване – 44.9% са във възрастовата група 46-60 години и 14.6% са над 60 годишна възраст).

Липсва ефективно планиране на човешките ресурси в здравеопазването, което да обвърже броя на обучаваните за медицински специалисти с информацията за текущото

съотношение между практикуващите лекари и медицински сестри. Данните на регистрите на БЛС и БАПЗГ показват съотношение на лекари към медицински специалисти 1:1.45. Образователната ни система не отговаря на този дисбаланс, дори създава условия за неговото задълбочаване, като подготвя почти еднакъв брой лекари и професионалисти по здравни грижи.

Обучението на медицинските специалисти в Република България се провежда в 6 висши училища. Темпът, с който постъпват в системата на здравеопазването новозавършилите студенти, е приблизително равен на темпа на напускане, регистриран в базите данни на БЛС и БАПЗГ. Той е недостатъчен, за да компенсира темпа на пенсиониране на застаряващата работна сила в сферата на здравеопазването.

Броят на чуждестранните студенти във висшите училища нараства все още недостатъчно, като не се прилагат политики, насочени към привличане на медицински специалисти с друга националност, както и на специалисти с придобито в други страни медицинско образование. На практика чуждестранните студенти носят добавена стойност най-вече на висшите училища, в които се обучават.

Ограничените места по държавна поръчка за специализация, заплащането на такси за специализация и ниската оценка на труда им са силно демотивиращи за младите лекари. В акредитираните учебни бази не се обръща достатъчно внимание на практикуващите студенти и специализанти поради липсата на финансов стимул за обучаващите, нелеките условия на труд и липсата на достатъчно медицински специалисти. Младите специалисти не получават чрез специализацията очакваните знания и умения. Започват да се открояват т.нар. "неатраaktivни" специалности (клинична патология, инфекциозни болести, анестезиология и интензивно лечение, епидемиология, социална медицина и здравен мениджмънт и др.), което в дългосрочен план може да доведе до недостиг на определен тип специалисти. Неатраaktivните клинични специалности са тясно обвързани със системата за финансиране на болничната помощ в България под формата на клинични пътеки. Особено предпочитание сред студентите имат хирургичните специалности като "кардиохирургия" и "акушерство и гинекология", както и някои клинични специалности като "ендокринология" и „кардиология“.

В условията на съществуващи проблеми в здравната система, лекарят и пациентът в България вместо да са партньори в опазването на здравето, те са поставени в позиция на противостоящи страни. Това води до неоснователни обвинения към лекарите, натоварването им с лична отговорност за всички проблеми на системата и несравнимо по-нисък престиж на професията у нас, отколкото зад граница.

При новите условия - членството ни в ЕС, свързано със свободно движение на професионалисти, съществува реална опасност от намаляване на техния брой поради миграция, която се наблюдава и в нашата страна. През следващите 10 години в здравеопазването ни може да настъпят сериозни проблеми с недостига на медицински специалисти. Миграцията е една от причините за това, но не е единствената. Дефицитът на хора в определени функции и специалности има потенциал да дестабилизира цялата система и да индуцира още по-голям отлив на специалисти.



Проучванията показват, че: 61% от лекарите и 58% от специалистите по здравни грижи, желаещи да заминат на работа в чужбина, са на възраст до 45 г. или възрастта на заминаващите е по-ниска от тази на оставащите; почти всеки втори, завършил в МУ-София, всеки пети във Варна, 15% в Плевен и 12% в Пловдив са желаещите да заминат на работа в чужбина, основно по специалностите обща медицина/вътрешни болести, анестезиология и интензивно лечение, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия, а в страната ни не достигат такива специалисти. Предпочитани страни са главно Великобритания, Германия и Франция – общо 3/4 от лекарите. При медицинските сестри след Великобритания се нареждат Италия и Испания.

Основните фактори благоприятстващи решението за миграция са:

- ниско заплащане на труда, дисбаланс в заплащането на отделните медицински специалисти;
- трудности при професионалното и кариерно развитие;
- липса на оптимални условия на труд - невъзможност за практикуване на медицина на високо технологично ниво, бюрократични неуредици, работа в стресогенна среда;
- липса на системи за оценки – финансова, морална, за професионално развитие;
- ограничено разбиране на ниво лечебно заведение на управлението на човешките ресурси предимно като администриране на персонала;
- намаляването на един вид специалисти предизвиква недостиг и при други (например, недостигът на анестезиолози спъва работата на хирурзите, недостигът на медицински сестри е предпоставка за напускане и на лекари).

Тези фактори имат значение и за мобилността на кадрите между лечебните заведения в рамките на едно населено място или между населените места (основно към частните лечебни заведения), за която няма информация.

Проблемът за миграцията на здравни кадри има икономически, професионални и емоционални последици и е присъщ и на други страни в Европейския регион. Липсват точни данни за емиграцията, както и система и ресурси за наблюдение на явлението, в т.ч. за реализацията на здравните кадри в чуждите здравни системи и на завърналите се от емиграция в нашата страна. България издава удостоверения на лицата, придобили професионална квалификация по медицинска професия в България, които желаят да упражняват професията си в друга страна – членка на ЕС и съхранява тези данни. В същото време сертификатите за работа в чужбина носят информация само за намеренията за емиграция. Липсва информация колко от лицата, на които е издадено удостоверение, действително отиват в друга държава, получават признаване на професионалната си квалификация и започват работа по специалността си.

#### **Основни проблеми:**

- Осигуреността на системата с човешки ресурси се доближава до средните европейски показатели на фона на прогресивното влошаване на възрастовата структура на медицинските специалисти и увеличаване на броя на медицинските специалисти, желаещи да търсят професионална реализация извън страната.

Продължават диспропорциите в осигуреността с медицински специалисти по области и региони.

- Предприетите през последните години нормативни промени от страна на МЗ за защита интересите на специализантите и оптимизиране на процеса на обучение, на този етап не водят до съществено подобрене на процеса на следдипломно обучение на медицинските специалисти. И през 2012 г. утвърденият брой места за специализанти от Министерството на здравеопазването значително надхвърля броя на кандидатите за такова обучение. Без съществени промени остава и системата за продължаващо обучение в здравеопазването.



### 3. ФИНАНСИРАНЕ

Измененията на абсолютния размер на Брутния вътрешен продукт, на общите публични разходи за здравеопазване през последните десет години – общо и по източници за финансиране, техният относителен дял от брутния вътрешен продукт, както и промените в относителния дял на отделните източници за финансиране в общите разходи за здравеопазване са посочени в Таблица 2.

**Табл. 2 Размер на БВП, общите разходи за здравеопазване и техният относителен дял от БВП, размер на разходите по източници на финансиране и техният относителен дял от общите разходи за здравеопазване (в млн. лв.)**

Година	БВП	Здравеопазване общии разходи	Относителен дял от БВП	Разходи по източници на финансиране и относителен дял от общите разходи					
				НЗО К	%	Реп. бюджет	%	Общини	%
2001	29707	1196.0	4.0	428.2	35.7	452.0	37.7	265.0	25.1
2002	32335	1437.3	4.4	585.0	40.7	608.4	43.3	244.0	17.0
2003	34547	1697.7	4.9	775.0	45.6	705.0	41.5	217.0	13.0
2004	38275	1769.1	4.6	881.6	49.8	774.3	43.7	113.2	7.0
2005	42727	2008.6	4.7	1069. 4	53.2	808.3	40.2	128.9	6.5
2006	49091	2022.5	4.1	1357. 6	67.1	561.8	27.7	141.4	6.1
2007	56520	2373.3	4.2	1495. 2	63.0	706.0	29.7	170.7	7.2
2008	66728	2830.8	4.2	1696. 3	59.9	921.1	32.5	207.6	7.3
2009	66256	2634.4	4.0	1702. 7	64.6	700.4	26.5	219.2	8.1
2010	70474	3008.0	4.2	2032. 6	67.5	795.0	26.4	186.4	6.9
2011	76606	2992.0	3.9	2086. 0	69.7	661.3	22.0	183.8	7.8

**Източник:** Закони за държавния бюджет и Годишни отчети на НЗОК за периода 2001 – 2011 г.

Общият размер на приходите и трансферите, заложили със Закона за бюджета на НЗОК за 2012 г., е 2 633 730 хил. лв. реализираните приходи и трансфери през годината са в размер 2 682 837 хил. лв., което представлява изпълнение с 1,9% спрямо планираните средства.

По данни на НЗОК към 31.12.2012 г. броят на здравнонеосигурените лица е 1 395 хиляди души, което представлява 18% от лицата с направен избор за личен лекар.

Актуализираният годишен план на средствата за ПИМП за 2012 г. възлиза на 166 985 хил. лв. Относителният дял на здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ е 57,9% от средствата за здравноосигурителните плащания на НЗОК за 2012 г. (при общ размер на средствата за болнична помощ – 1 447 909 хил.лв.). Разходът за дентална медицинска помощ представлява 4,2% от общо направените разходи.

При анализа на тази основна функция на здравеопазването се очертават следните **основни проблеми:**

(1) Независимо от значителното нарастване на абсолютния размер на средствата за здравеопазване от държавния бюджет (в пъти спрямо базовата година), относителният дял на тези средства от брутният вътрешен продукт (БВП), с малки колебания се позиционира около 4%, с което се задържа на едно от последните места в Европа.

(2) Стабилното и обективно нарастване на цената на здравеопазването, на отделните дейности в извънболничната и болнична помощ, на лекарствата, консумативите и медицинските изделия, задълбочава възникналите преди години проблеми в две направления:

➤ Поради ограничения размер на публичните средства тежестта на заплащането на тази цена се измества към личните плащания на населението за определени здравни услуги и лекарства. Ако публичните разходи за здравеопазване в периода 1999 – 2009 г. нарастват с 278% или близо три пъти, то потребителските разходи на домакинствата за здравеопазване нарастват за същия период с 581% или близо шест пъти. В тези разходи се включват: лекарства за домашно лечение, потребителски такси, достъп до специализирана медицинска помощ в извънболнични условия, заплащане на консумативи и медицински изделия, които не са включени в клиничните пътеки, при болничната помощ, клинично-лабораторни изследвания и при избягване списъка на чакащите в лечебните заведения. Около 74% от тези разходи са за лекарства и консумативи, 16% - за извънболнични услуги и около 10% - за болнични услуги. Тук следва да се отдели специално внимание на плащането на населението за „избор на екип” в болничната помощ. От право на пациента за избор то се превръща в негово задължение без гаранции за по-добро качество и, ако то не се изпълни, често води до отказ от лечение.

➤ Въпреки голямото увеличение на личните плащания от гражданите финансовите задължения на държавните и общински болници към доставчици на лекарства, медицински изделия и изпълнители на външни услуги нарастват постоянно. В края на 2012 година те вече достигат 360 млн. лв. Просрочените задължения са в размер на 148 млн. лв.. Особено тежко е положението на голям брой общински

болници, които поради налаганите финансови рестрикции от НЗОК и невъзможността за финансова подкрепа от общините ограничават силно своята дейност. Стигна се и до безпрецедентния факт някои болници да фалират и да бъдат закрити.

(3) Докато европейските правителства финансират средно около три четвърти от своите общи разходи за здравеопазване с публични средства (Франция и Германия – между 77-79%, Полша и Унгария – между 70-72%), в България този показател се движи между 55-60%. Ако се вземат предвид и неофициалните, нерегламентирани плащания, или плащания „под масата”, които не се отчитат в официалната статистика, относителният дял на публичните разходи от общите разходи за здравеопазване у нас ще намалее до под 50%.

За осигуряваните от държавата лица, последната плаща три пъти по-малко при положение, че е справедливо да бъде обратното. Защото средният разход за лечението на един пенсионер е с 85% по-висок, отколкото за останалите осигурени. Приблизителните изчисления показват, че приходите на НЗОК се формират от около 2,5 млн. работещи, чиито вноски съставляват 1,6 млрд. лв., а за 4 млн. души, осигурени от държавата, вноските са в размер на 940 млн. лв. Това означава, че работещите внасят средно по 53 лв. на човек на месец, а държавата внася по 19 лв. за хората, които осигурява.

(4) През последните десет години съществуват и неофициални, нерегламентирани плащания, или плащания „под масата”. Техният размер нараства значително и по неофициални данни достига 1,5 млрд. лв. Тази значителна финансова тежест също се поема от населението, а лицата, които не разполагат или не могат да осигурят финансови ресурси просто се лишават от достъп до медицинска помощ.

(5) Около 20–40% от населението на страната изпитва реални ограничения в достъпа до здравеопазване - в купуването на предписани лекарства (37.6%), в извършване на медико-диагностични изследвания (30.6%). Всеки четвърти се въздържа от прегледи и/или изследвания извън населеното място, където живее (25.8%); всеки шести – от постъпване в болница (16%), а всеки седми – от различни медицински услуги поради отдалеченост от дома (13.7%).

(6) Съществено значение има разбирането за пазарната структура на обединяването на средствата. Ключово измерение за това е наличието на конкуренция или монополизъм: има ли населението възможност да избира своята осигурителна организация или то се присъединява към такава на основата на географски принцип, професия или задължително участие, както е в нашата страна.

Този проблем става все по-голям с видимото намаляване на независимото и автономно положение на НЗОК, водещо до нейното постепенно одържавяване (промени в управлението, изземване на натрупания в размер на около 1,4 млрд. лв. финансов ресурс от нейния резерв и прехвърлянето му в консолидирания бюджет). Като следствие от това все по-голяма част от населението престава да заплаща здравноосигурителни вноски и преминава в групата на здравнонеосигурените.

(7) У нас определеният още през 1998 г. пакет от медицинска помощ за осигурените лица не е остойностен и съобразен с финансовите възможности за

изпълнението. С всяка изминала година това се усеща все по-тежко от населението и е основната причина за непосилното увеличаване на личните плащания.

(8) Въвеждането на доброволното здравно осигуряване бе осъществено без ясно разграничаване на пакетите от медицинска помощ на НЗОК и дружествата за доброволно здравно осигуряване. Тази липса на регламентация води до силно забавяне на развитието на доброволното здравно осигуряване и засилването на неговата роля във финансирането на здравеопазването. Осигуряваните приходи за здравния сектор от тези дружества в размер на около 20 млн. лв. годишно формира по-малко от 1 процент от общите разходи за здравеопазване.

(9) Съществуващите, все още нерешени ключови проблеми в заплащането на ИМП:

- Недостатъчният общ размер на средствата за трудови възнаграждения на изпълнителите на медицинска помощ в национален мащаб. С него се определя далеч по-ниска средна работна заплата за българските лекари и останали медицински специалисти в сравнение с европейските им колеги.
- Работещите в здравеопазването заемат едно от последните места по размер на средното месечно заплащане сред работещите в основните икономически области.
- Липсата на класификатор на лекарските специалности според сложността, риска и отговорността на дейност, на чиято основа да се определи социално – приемливата цена на труда за единица време в публичния сектор на здравеопазването, която да служи при ценообразуването и съответно при заплащането на различните видове дейности от НЗОК.
- Липсата на система за обвързване на качеството на работа на отделните изпълнители на медицинска помощ и размера на техните възнаграждения.

(10) Слабата ефективност в изразходването на ограничените финансови ресурси се изразява като:

- Разпределение и изразходване на по-голяма част от ресурсите за болнична помощ и много по-малка част за дейности в извънболнична помощ, промоция на здраве и интегрирана профилактика.
- Липса на ефективни механизми за оптимизация на големината на болничната система, в резултат на което без всякакви медицински и икономически основания се поддържа система с голям брой болници, немалка част от които са с малък брой легла.
- Безпрецедентно увеличаване на броя на хоспитализациите, при което се допускат и медицински нарушения, като прием и селекция на болни без достатъчно медицински основания.
- Неравномерно разпределение на лечебните заведения за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) на територията на страната – наличие на голям брой незаети практики в отдалечените и неблагоприятни райони, неприемливо малък брой на груповите практики в градовете,

обричащ населението без медицинска помощ. Всичко това, дължащо се на почти пълната липса на икономически и професионални стимули.

- Неприлагане в необходимата степен на предписване на лекарства на генеричен принцип, докато обществените фондове в повечето страни от Европейския съюз постигат значими спестявания при ползване на съвременни генерични алтернативи.
- Липса на възможности за споделяне на финансовата тежест между повече купувачи на здравни услуги.

## 4. УПРАВЛЕНИЕ

**4.1. Проведените реформи на системата на управление на здравеопазването** променят съществуващия централизиран държавно-административен модел.

Въвеждането на здравноосигурителен модел на финансиране, търговския статут на лечебните заведения, свободният избор на пациентите на ЛЗ, пазарът на здравните услуги и конкуренцията променят строежа, структурата, функциите, особено на лечебната част на здравеопазването.

След проведените реформи подредената и йерархично построена здравна система се трансформира в слабо структурирана съвкупност от различни видове лечебни заведения с конкретни икономически цели, чието „съществуване” се определя от техния успех на здравния пазар (здравно-осигурителен и свободен).

Системата на управление се изгражда върху няколко нови принципи, които би следвали да осигуряват по-добри възможности за по-висока ефективност на здравеопазването. Сред тях основно място заемат:

- (1) **децентрализация** на управлението – прехвърляне на правото на управленски решения на по-ниските нива на териториалното управление и на ЛЗ като самостоятелни икономически субекти;  
Висшето ниво на управление (МЗ) запазва само нормативно-регулаторните и координационни функции за цялата система на здравеопазването и на управлението на ЛЗ с държавна собственост;
- (2) **деконцентрация** на управлението – т.е. създаване на самостоятелни подсистеми на управление на отделни дейности, като например на финансирането – НЗОК;
- (3) **демократичност и прозрачност** – участие на професионално-съсловните организации на медицинските специалисти при извършване на управленската дейност (вземане на решения, контрол по изпълнението и др.).

**4.2. Правно-нормативната основа** на системата на управление на здравеопазването се създава от три закона: Закон за здравето, Закон за здравното осигуряване, Закон за лечебните заведения .

Съгласно Закона за здравето МЗ (Министърът) е най-висшето ниво на централната изпълнителна власт на държавата в областта на здравеопазването. Неговите функции са предимно нормативно-регулационни (наредби, заповеди, указания и др.) и имат задължителен характер за всички здравни и лечебни заведения в страната. Освен това координиращата роля на МЗ с останалите управленски структури (НЗОК, общините и др.) както и с професионално-съсловните организации на медицинските специалисти и тези на гражданското общество осигуряват възможности за постигане на по-висока ефективност.

МЗ като собственик на държавните лечебни заведения определя техните ръководства и финансиране, на една част от тях (ЦСМП, специализираните болници по психиатрия и др.) и субсидира инвестиционни проекти на тези, които имат търговски

статут (УМБАЛ и др.). Практиката показва, че тази функция не се изпълнява достатъчно ефективно, което е причина за съществуването на сериозни, предимно финансови проблеми в тези части на публичното здравеопазване (спешната медицинска помощ, болничната помощ, психиатричната помощ и др.)

МЗ създава национални центрове и специализирани центрове за изпълнение на управленски и информационни дейности, които все още не са в състояние да изпълняват някои от основните функции и дейности на висшето ниво на управлението, особено в областта на специализирания контрол върху качеството и ефективността на здравните дейности.

Висшият медицински съвет, като консултативен орган на МЗ, досега има ограничено значение при взимане на управленски решения.

МЗ осъществява управленски функции на „областно ниво“ чрез РЗИ. Те имат предимно административно-технически функции (събиране на здравна информация, регистрация на ЛЗ и др.) Те не могат да провеждат самостоятелно регионална здравна политика и контролна дейност върху качеството и ефективността на здравеопазването и др.. Тези ограничения, в съчетание с „малките“ правомощия на областните управители обуславят невъзможността да се разработва и изпълнява регионална здравна политика. Това е и причината за съществуването на значителни териториални различия както в здравето на населението, така и в състоянието и дейността на здравната система.

Структурата на МЗ, определена с неговия Правилник за устройство и дейност не е адекватна на структурата на здравната система (обособени съвкупности от ЛЗ за първична и специализирана извънболнична и за болнична помощ и др.), което детерминира проблеми в нейното управление.

Досегашната практика показва, че по различни причини (политически, финансови, управленски и др.) дейността на НЗОК е съпътствана от сериозни управленски проблеми, което затруднява дейността на ЛЗ и създава голяма неудовлетвореност сред медицинските специалисти, пациентите и техните организации.

Някои норми в Закона за задължителното здравно осигуряване водят до това, че НЗОК не е в състояние да постигне по-висока ефективност на използване на публичните здравно-осигурителни ресурси (задължения за сключване на договори с всички изпълнителите на медицинска помощ, невъзможност за извършване на контролна дейност върху качеството, изработване на самостоятелен бюджет и др.).

Съгласно Закона за местното самоуправление и местната администрация „общините“ имат задължението да управляват общинското здравеопазване. С изключение само на няколко големи общини, при останалите няма създадени специализирани органи на управление, а поради сериозни финансови затруднения и търговския статут на ЛЗ с общинска собственост, на практика не се изпълняват задълженията произтичащи от посочения закон. Тази е причината, в съчетание с ограничените възможности на РЗИ да не се извършва пълноценна управленска дейност, което води до сериозни неравенства в развитието и дейността на ЛЗ и оттам на достъпа и качеството на медицинската помощ в голяма част от общините на страната.

Съгласно Закона за лечебните заведения изпълнителите на медицинска помощ (ПМП, СИМП, болници, МДЛ и др.) са автономни икономически субекти и се



самоуправляват при спазване на правно-нормативните изисквания определени в останалите закони по здравеопазването, независимо от тяхната собственост.

Основната отговорност на МЗ и общините при ЛЗ с държавна и общинска собственост е да определят и назначават техните ръководства.

Независимо от изискванията за професионализация на здравното управление в държавните и общински ЛЗ практиката от повече от 10 години показва, че тяхната дейност от икономическа гледна точка е неефективна, т.е. съществува дисбаланс между приходите и разходите, като някои от тях се намират във фактически фалит.

**4.3. Сегашното състояние** на здравето на нацията и на осигуреността на здравеопазването с различни видове ресурси (финансови, технически, човешки, информационни и др.) показва, че ефективността на управлението като цяло е ниска, а в някои направления и области лоша.

Управлението не може да създаде добър баланс между дейността на системата на здравеопазването (приемлив достъп и качество) и здравните потребности на хората и техните очаквания. Така основните показатели измерващи здравето, осигуреността и ресурсите на здравеопазването имат стойности, които класират България на последните места сред страните в ЕС.

Анализът на системата на управление, показва, че върху неефективността на нейната дейност влияят множество фактори от различен характер – политически, правно-нормативни, финансови, професионални, социално-психологически и др. Сред тях най-голямо значение имат:

- **Ниската приоритетност** на здравеопазването в провежданата досега държавна политика;
- **Наличието на сериозни дефекти** в правно-нормативната регулация включени в основните здравни закони и оттам необходимостта от непрекъснати промени (досега са направени повече от няколко стотин поправки);
- **Неадекватно финансиране** на здравеопазването, несъответстващо на неговите потребности за задоволяване на съществуващите здравни потребности (основно с публични ресурси);
- Несъвършенство на здравно-осигурителния модел (наличие на монополност, дефекти в договарянето с професионално-съсловните организации и с изпълнителите на медицинска помощ, практическо отсъствие на доброволно здравно осигуряване и др).
- **Дефицит в управлението** на здравеопазването на регионално и общинско ниво поради правно-нормативни причини, недостатъчен размер на средствата за публично финансиране и др.

Освен тези фактори, които са „външни” на системата на здравеопазването сериозно влияние върху ефективността на управлението имат и някои фактори с вътресистемен характер:

- **несъвършенство на редица нормативни документи** на МЗ, които не създават условия за ефективна дейност;

- **ограничено или недостатъчно включване** на професионално-съсловните организации (БЛС, БЗС и др.) и тези на гражданското общество при вземане, изпълнение, контрол на различни управленски решения;
- **лошата информационна база** на здравеопазването като цяло поради бавното въвеждане на електронното здравеопазване и на многофункционалната информационна система, вкл. и тези части които са ориентирани към здравното управление;
- **бавната професионализация** на здравното управление (независимо от големия брой специалисти с образование в областта на здравното управление и нормативните документи за тяхното назначаване);
- **бавното въвеждане на системите** за осигуряване, управление и контрол на качеството на медицинските дейности и на професионалната дейност на медицинските специалисти, вкл. и на тези от здравното управление и на системата за неговото оценяване (акредитация).

Отстраняването на тези фактори, които влияят върху ефективността на управление в здравеопазването, има важно стратегическо значение и за постигане на крайните цели на Националната стратегия.