

**АНАЛИТИЧЕН ДОКЛАД ЗА ДЕЙНОСТИТЕ,
СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВНОТО ОБСЛУЖВАНЕ
НА НАСЕЛЕНИЕТО В ОТГОВОР НА
ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19 ЗА ПЕРИОДА
01 МАРТ 2020 Г. - 31 МАЙ 2021 Г.**

Министерство на здравеопазването
Национален център по общественото здраве и анализи

Докладът е изготвен в изпълнение на Заповед № РД-01-381/28.05.2021 г. на министъра на здравеопазването от работна група експерти на НЦОЗА в състав:

- ▶ Красимира Дикова
- ▶ Наташка Данова
- ▶ Галя Цолова
- ▶ Анина Чилева
- ▶ Захари Зарков
- ▶ Владимир Наков
- ▶ Петър Атанасов
- ▶ Светлина Стефанова
- ▶ Веска Камбурова
- ▶ Росица Георгиева
- ▶ Пламен Димитров
- ▶ Христо Хинков

Този доклад се посвещава на всички граждани на Р.България, които загубиха живота си в пандемията от COVID-19, както и на всички онези медицински и немедицински специалисти от различни ведомства и институции, които положиха неимоверни усилия да се справят с това огромно предизвикателство. Авторите се надяват изводите и заключенията в доклада да допринесат за по-добрата ефективност в реакцията на цялото ни общество при евентуални бъдещи подобни заплахи.

Авторите изказват благодарности на всички институции, отзовали се на поканата за предоставяне на данните, необходими за изготвяне на таблиците и графиките в доклада.

Съдържание

- ▶ Увод
- ▶ Част 1. Анализ на смъртността.
- ▶ Част 2. Анализ на дейността на центрoвете за спешна медицинска помощ.
- ▶ Част 3. Анализ на дейността на първичната извънболнична помощ.
- ▶ Част 4. Анализ на дейността на специализираната извънболнична помощ.
- ▶ Част 5. Анализ на дейността на лабораториите в страната.
- ▶ Част 6. Анализ на дейността на болничната помощ.
- ▶ Част 7. Анализ на правителствените решения и на Националния оперативен щаб.
- ▶ Част 8. Анализ на дейността на ръководството на МЗ, както и на системата на РЗИ, Националните центрове по обществено здраве (НЦОЗА, НЦЗПБ) и Националната здравноосигурителна каса.
- ▶ Част 9. Анализ и оценка на ефекта от прилаганите общи прoтивоепидемични мерки.
- ▶ Част 10. Анализ на профилактичните дейности, свързани с COVID-19 - ваксинационен план, снабдяване и осигуряване с ваксини и решения на Националния ваксинационен щаб.
- ▶ Обобщение и заключение.

Увод

От официалното обявяване на пандемията от COVID-19 в България и създаването на НОЩ измина повече от година. За този период България понесе съществени загуби, изразени основно в човешки жертви и икономически последици. Повод за сериозна загриженост са данните за смъртността, които показват, че по обща смъртност България е на едно от челните места в Европа и дори в света. В настоящия доклад е направен опит да се изследват причините за тази висока обща смъртност, която заедно със смъртността от COVID-19 постави на изпитание цялата здравна система и даде повод за сериозна загриженост за това как се управлява пандемията в страната и какви изводи могат да бъдат направени за в бъдеще.

Част 1.

Анализ на смъртността

Една от причините за наблюдаваната през последните години устойчива и обективна тенденция към влошаване на демографската ситуация в България е високата смъртност на населението.

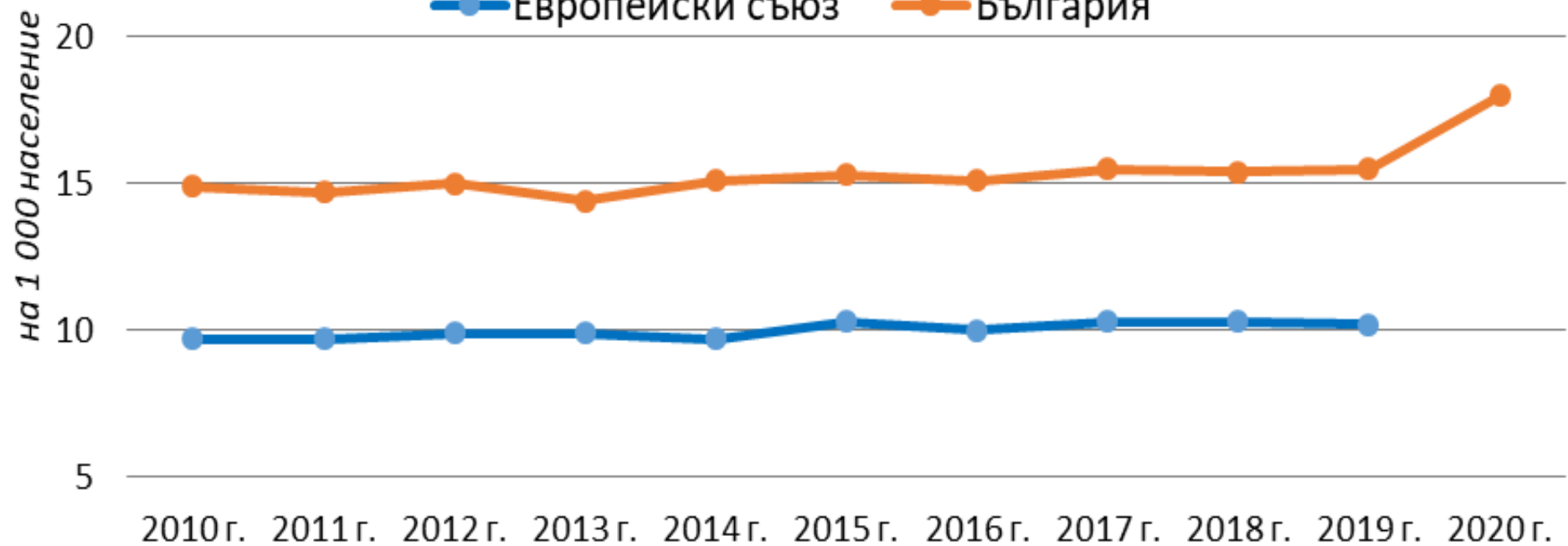
Националните данни показват, че през 2020 г. нивото на смъртност (18.0‰) е най-високото, достигано в исторически план от 1945 г. до сега (последни налични данни - публикация Население - НСИ).

По данни на Евростат, коефициентът за смъртност през 2019 г. общо за ЕС-28 е 10.2‰, а за България - 15.5‰.

Равнището на общата смъртност на населението в България е най-високо сред страните членки на ЕС във всяка една година за периода от 2010 до 2019 г.

Коефициент на обща смъртност

—●— Европейски съюз —●— България

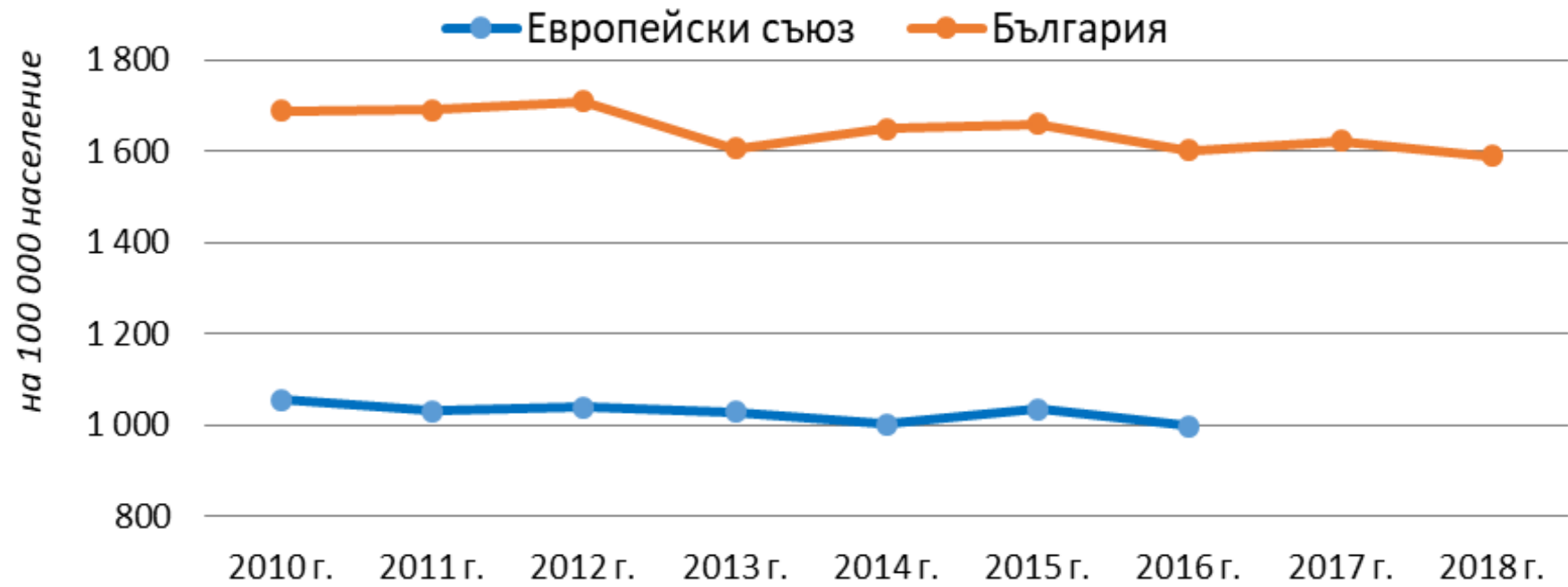


Източник: EUROSTAT, 2021

Стандартизирани коефициенти за смъртност

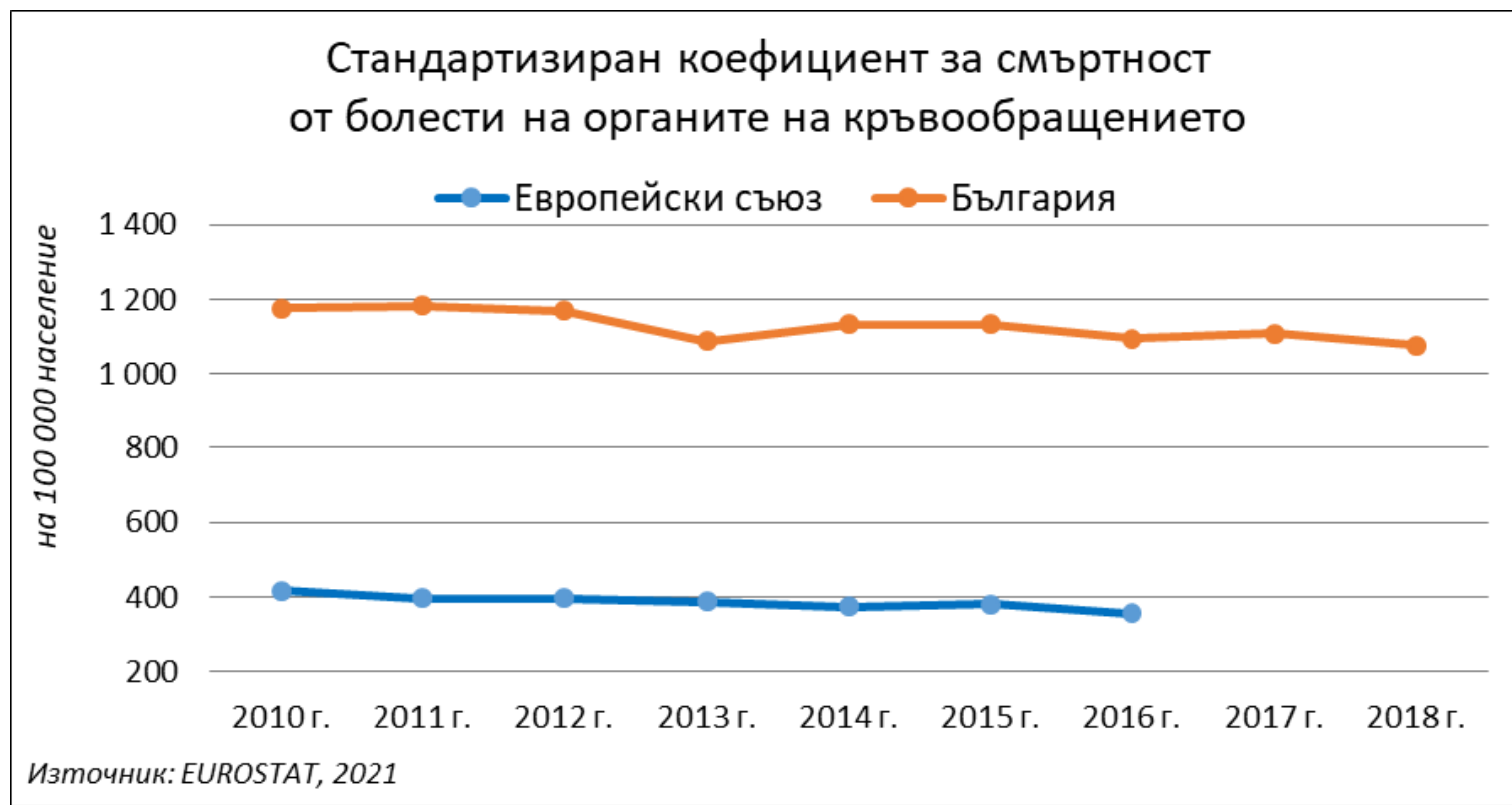
- ▶ Стандартизираните коефициенти за смъртност показват същите позиции на България спрямо общия показател за ЕС, както и спрямо останалите държави.
- ▶ Средно за ЕС стандартизираният коефициент за смъртност е 997.6‰ (2016 г.), а за България - 1601.9‰ (2016 г.) и 1588.6‰ (2018 г.), което я определя като държавата с най-висок стандартизиран коефициент за смъртност сред държавите членки за всяка една година от разглеждания период

Стандартизиран коефициент за смъртност

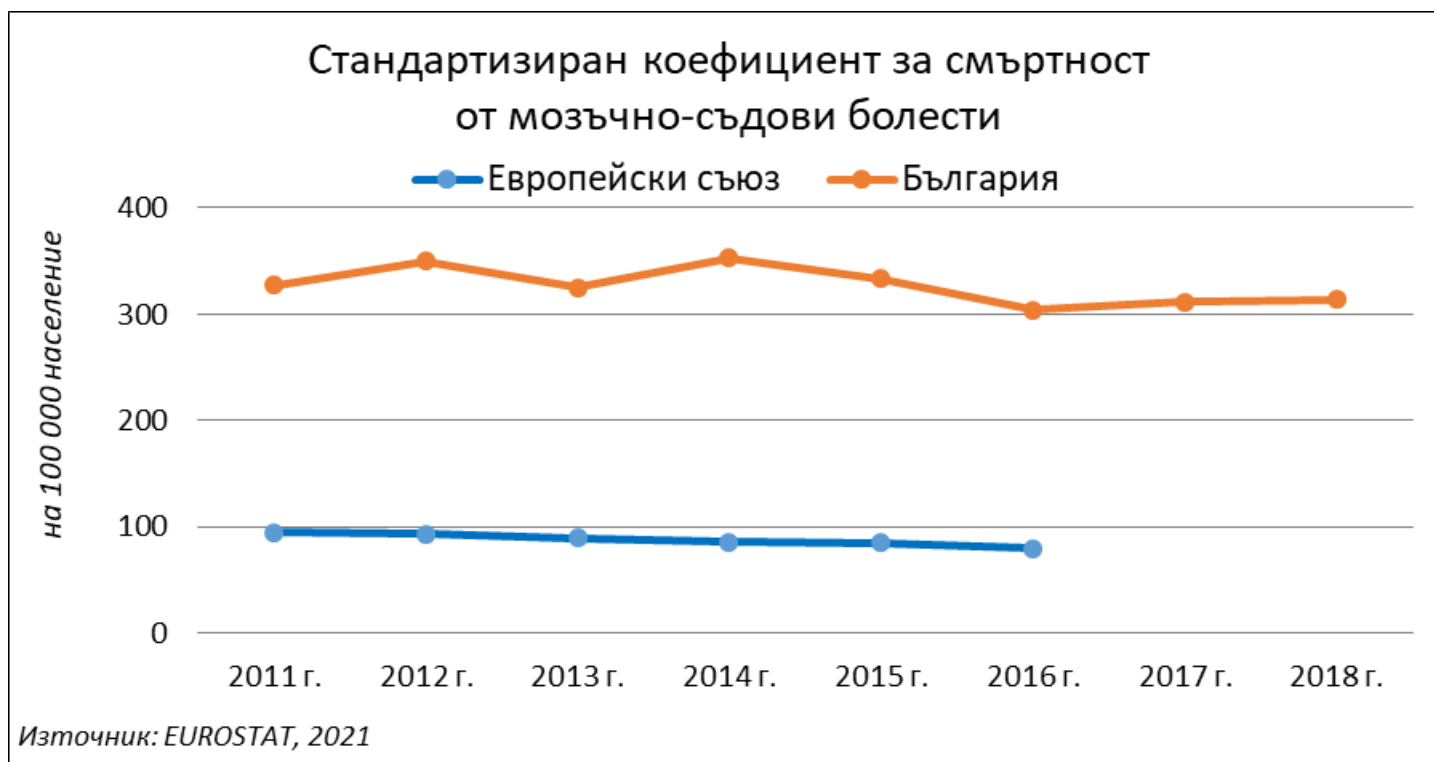


Източник: EUROSTAT, 2021

През 2016 г. *стандартизираният коефициент за смъртност* от болести на органите на кръвообращението средно за страните от ЕС е 356‰, а за България три пъти по-висок - 1095‰, а през 2018 г. възлиза на 1076‰.

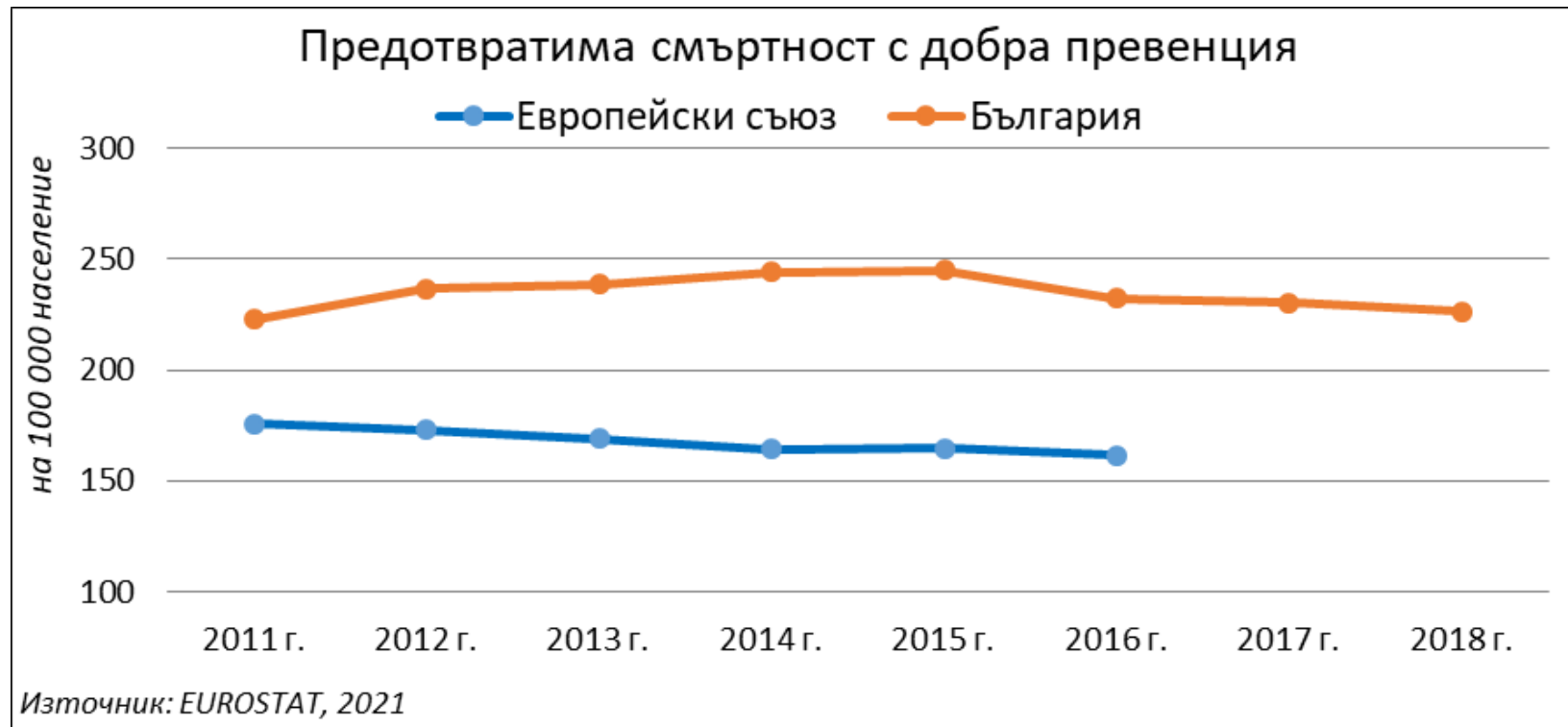


България се нарежда на първо място сред страните от ЕС и по стандартизирания коефициент за смъртност от мозъчно-съдова болест. През 2016 г. този показател за ЕС възлиза на 79‰, а за България - над три пъти по-висок - 304‰ и 314‰ през 2018 г.

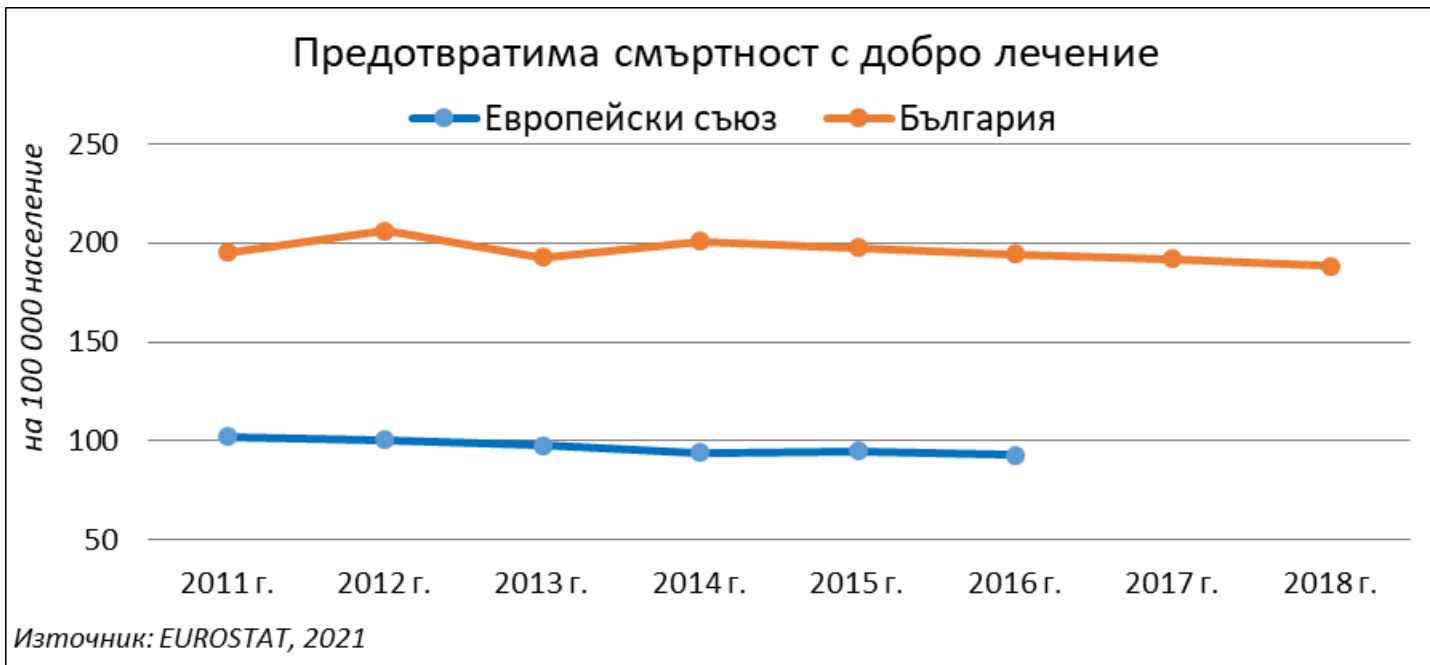


Концепцията за предотвратима смърт се основава на идеята, че определени смъртни случаи не биха настъпили на даден етап, ако са съществували по-ефективни здравни и медицински интервенции, както и да бъдат избегнати чрез интервенции в областта на общественото здраве, насочени към факторите на поведението и начина на живот, социално-икономически статус и фактори на околната среда.

По данни на Евростат показателят за предотвратима смъртност с добра превенция средно за ЕС е 162‰ (2016 г.), а за България - 232‰ (2016 г.) и 226‰ (2018 г.). Седем държави от ЕС имат по-висок показател от този на България.



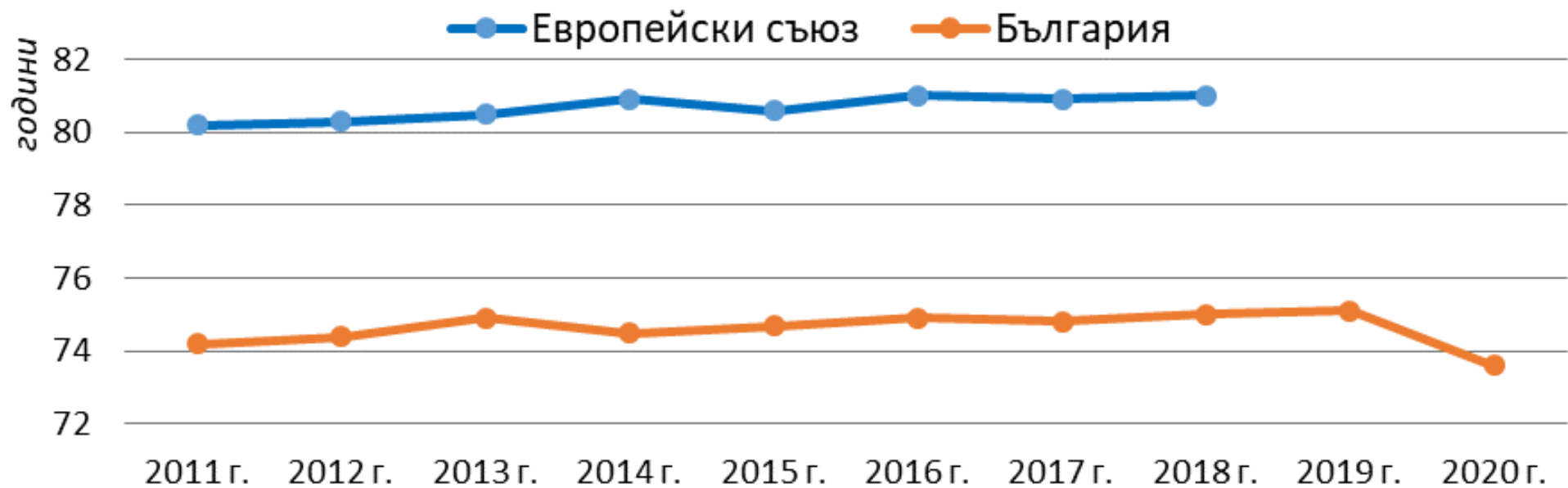
В по-неблагоприятна позиция се нарежда България по отношение на показателя за предотвратима смъртност с добро лечение. Средният показател за страните от ЕС е 93‰ (2016 г.), а за България два пъти по-висок - 194‰ (2018 г.) и 188‰ (2018 г.). Само две държави от ЕС имат по-висока стойност на този показател от България.



Продължителност на живота

- ▶ Очакваната продължителност на живота у нас запазва тенденцията към повишение през последните пет години от 2014 до 2019 г., но през 2020 г. намалява с 1.5 години, което е рязък спад на фона на бавното и плавно изменение на този показател в годините.
- ▶ По данни на Евростат през 2018 г. този показател в България е с 6 години по-малък от този в ЕС.
- ▶ България е на последно място в ЕС по очаквана продължителност на живота през последните 7 години.

Средна продължителност на живота



Източник: EUROSTAT, 2021

- ▶ Още по-тревожно е, че годините живот в здраве са по-малко от средните за ЕС, което успоредно с нарастващата възраст на населението с множество хронични заболявания, ще се окаже предизвикателство пред здравната система.
- ▶ Тези данни показват, че е необходимо да се формират политики, насочени към редуциране на смъртността в България на база анализ на основните детерминанти за здраве и на възможностите на здравната система.

Смъртност в България през периода от 1 март 2020 г. до 30 май 2021 г.

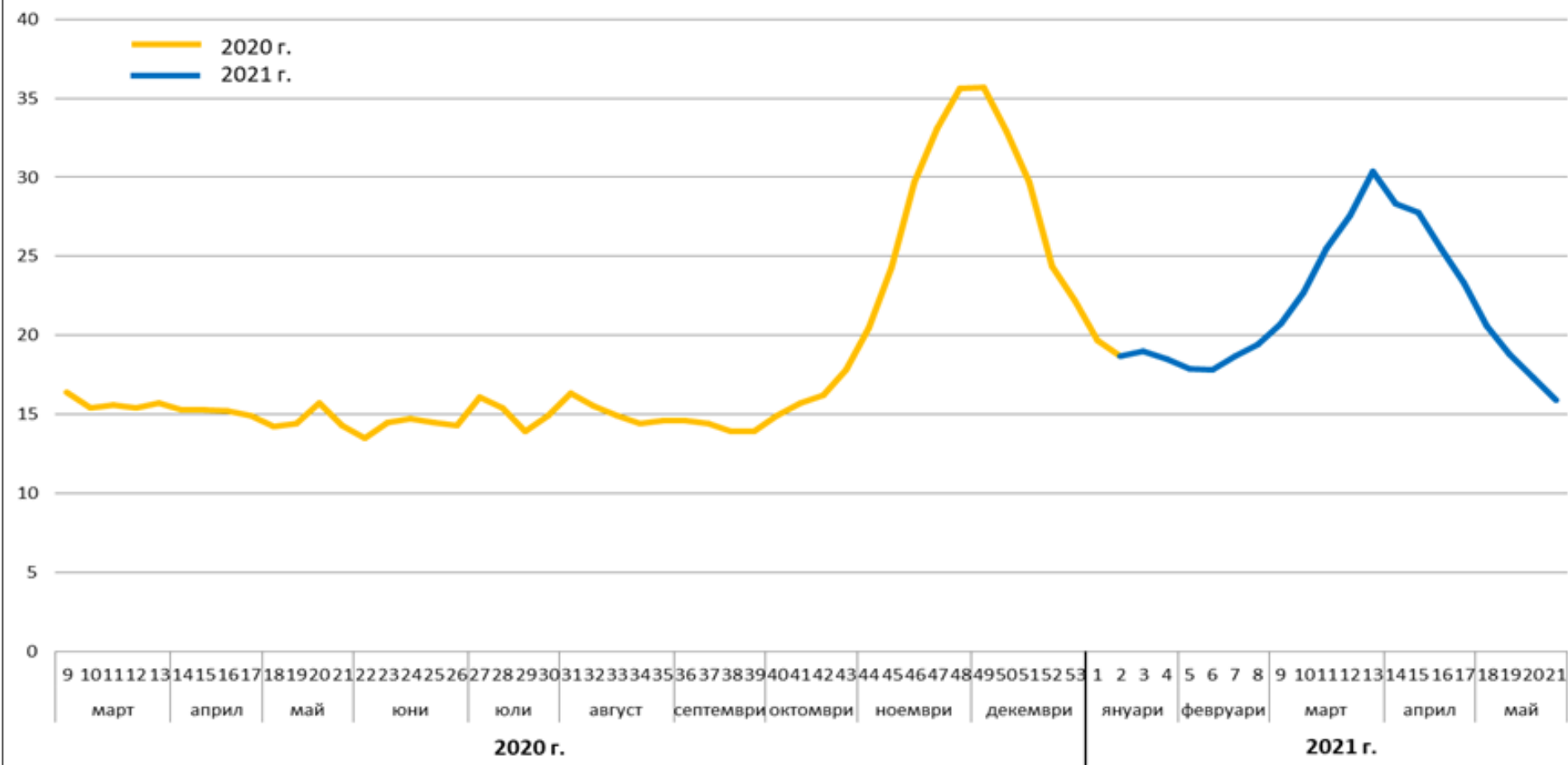
- ▶ Починали общо 166 050 души.
- ▶ 80-89 г. - 31%
- ▶ 70-79 г. - 29%
- ▶ 60-69 г. - 18%
- ▶ 78% от всички починали са на възраст от 60-89 г.

Интензитет на умиранията

Седмичен коефициент на обща смъртност (‰).

- ▶ Най-висок интензитет на умирания се наблюдава в два времеви интервала, на две вълни.
- ▶ първа вълна - (от 44-та до 53-та седмица през 2020 година), максимална стойност през 48-ма и 49-та седмици (36‰).
- ▶ втора вълна - (от 9-та до 18-та седмица през 2021 година), максимална стойност през 13-та седмица (30‰).

Коефициент на смъртност (на 100 000 население)

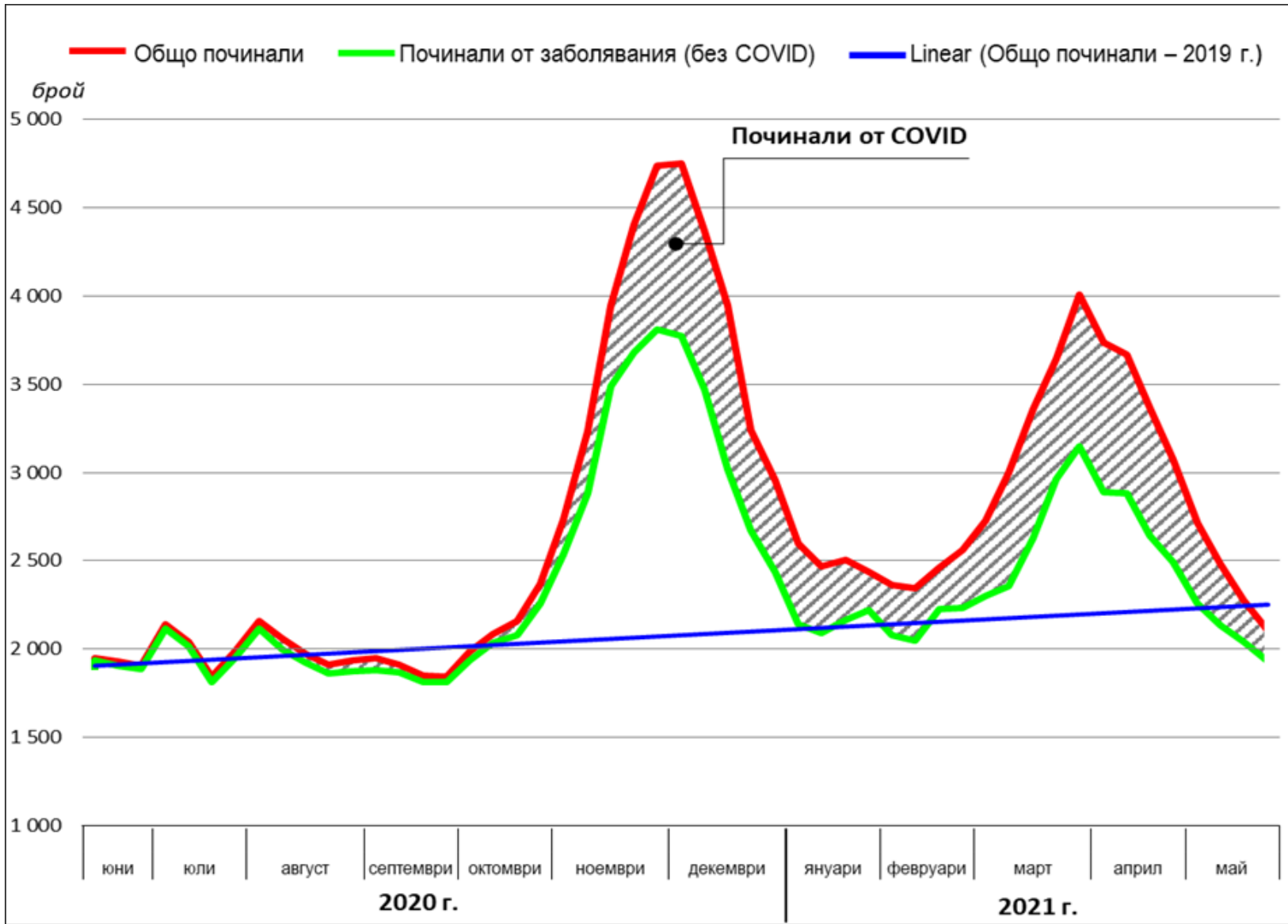


- ▶ През периода от 44-та до 53-та седмица през 2020 година са починали 38 330 лица, което е увеличение със 104% в сравнение със същия период на предходната 2019 година.
- ▶ През периода от 9-та до 18-та седмица през 2021 година са починали 33 298 души, което е увеличение с 63% спрямо същия период на 2020 г.
- ▶ Увеличение с 58 % спрямо същия период на 2019 г.

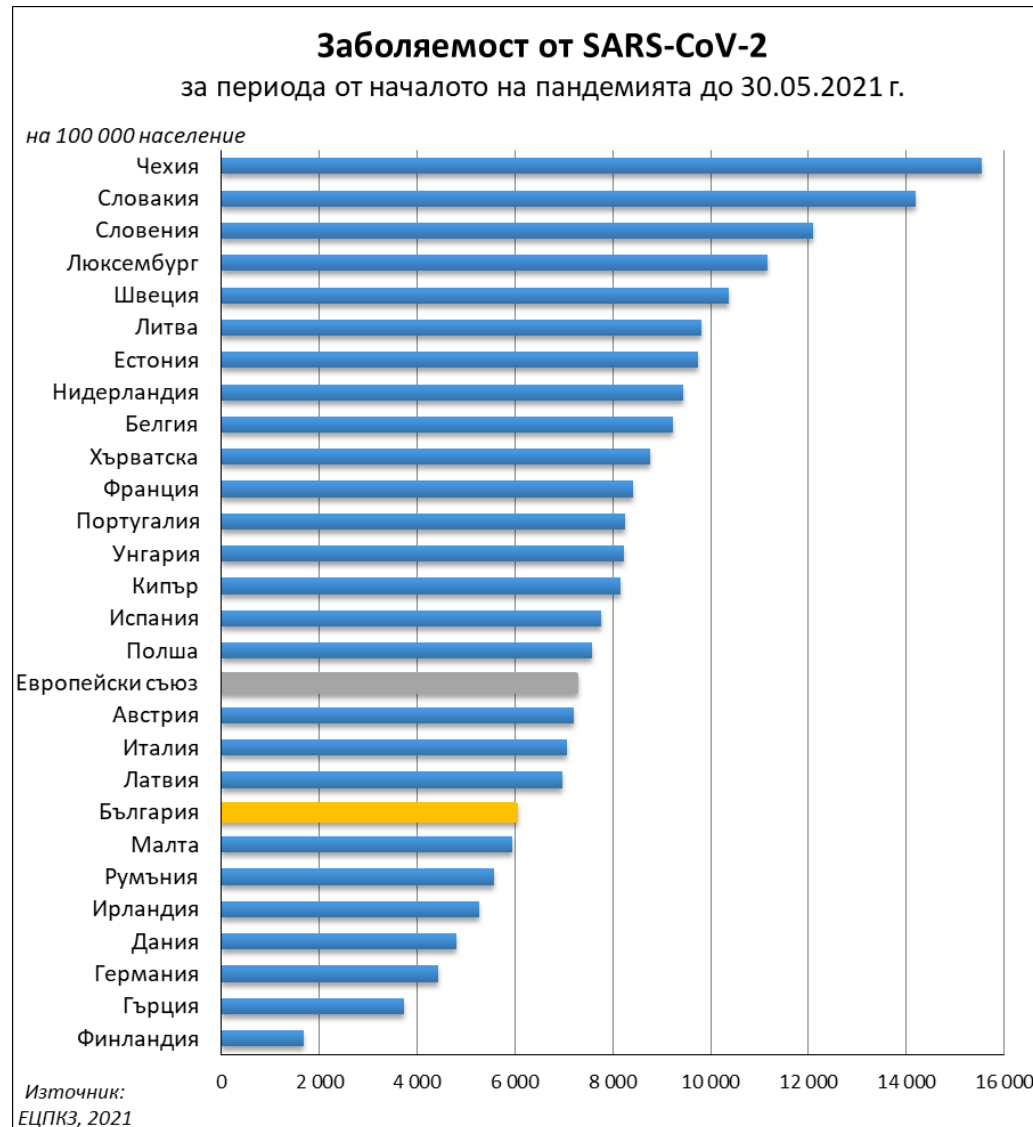
Смъртност по причини - класове болести

Коефициентите за смъртност показват, че през 2020 г., в сравнение с предходната, е нараснала смъртността от болести на органите на кръвообращението от 998.2‰ на 1090.1‰, от болести на дихателната система - от 60.1‰ на 86.6‰.

Смъртността от COVID-19 е 123.4‰, а при останалите класове болести не се наблюдават съществени разлики.



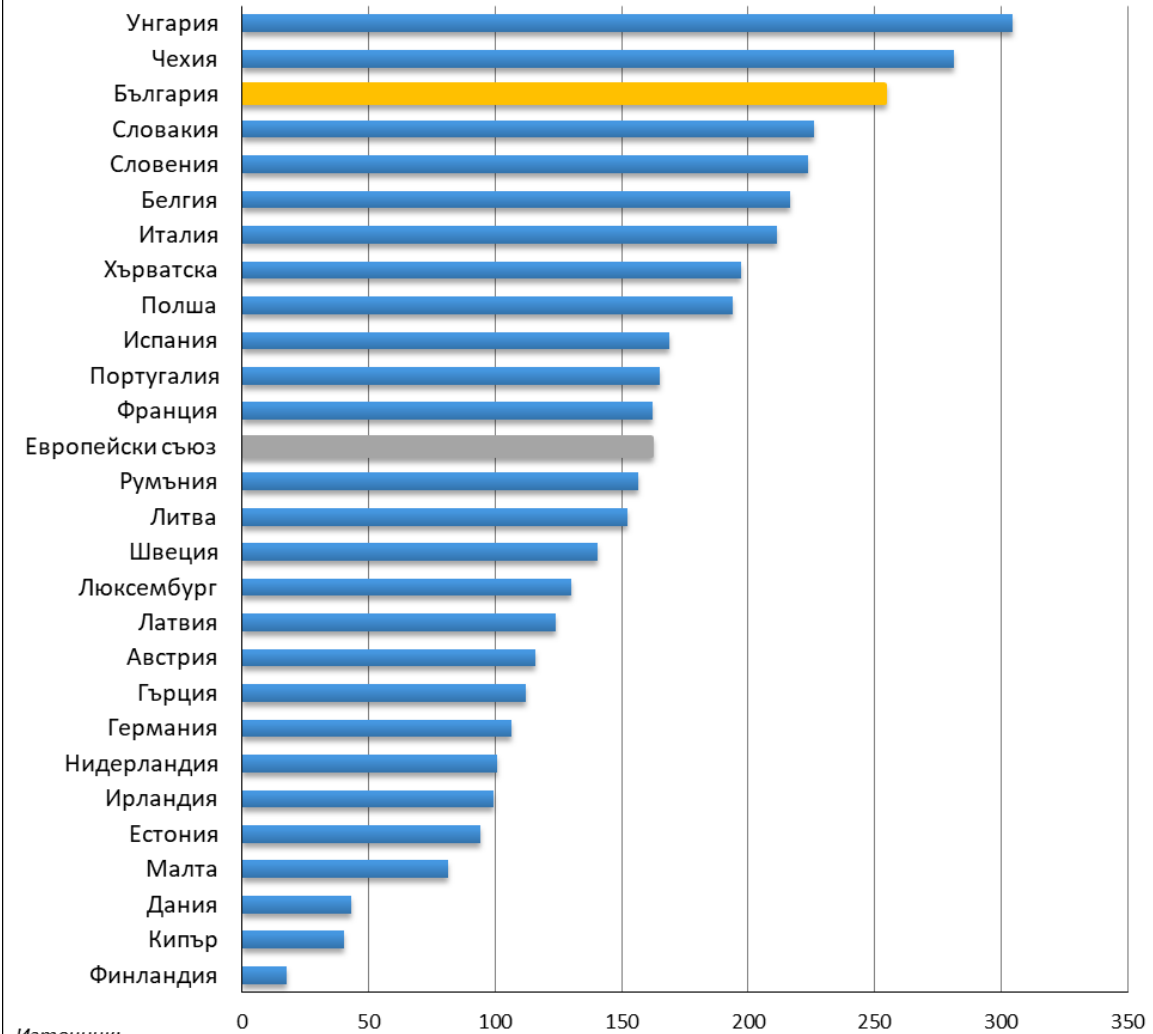
Заболяемост и смъртност в международен аспект



Смъртност от SARS-CoV-2

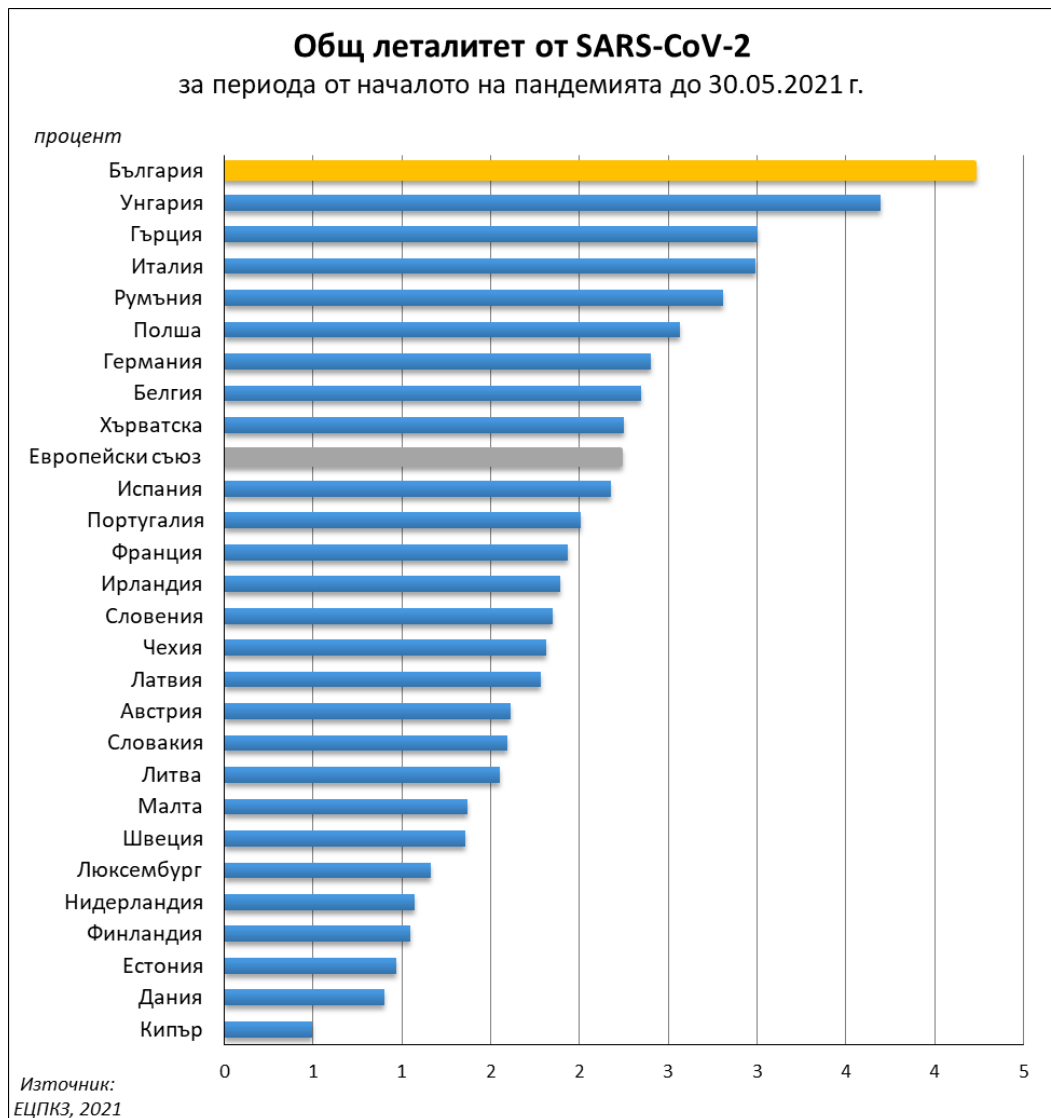
за периода от началото на пандемията до 30.05.2021 г.

на 100 000 население



Източник:
ЕЦПКЗ, 2021

Изчисленият общ леталитет (относителен дял на умрелите от SARS-CoV-2 от общия брой заболели от SARS-CoV-2) показва, че България е на първо място по стойност на този показател - 4.2%, което е почти два пъти повече от средния за ЕС - 2.2%.



Изводи

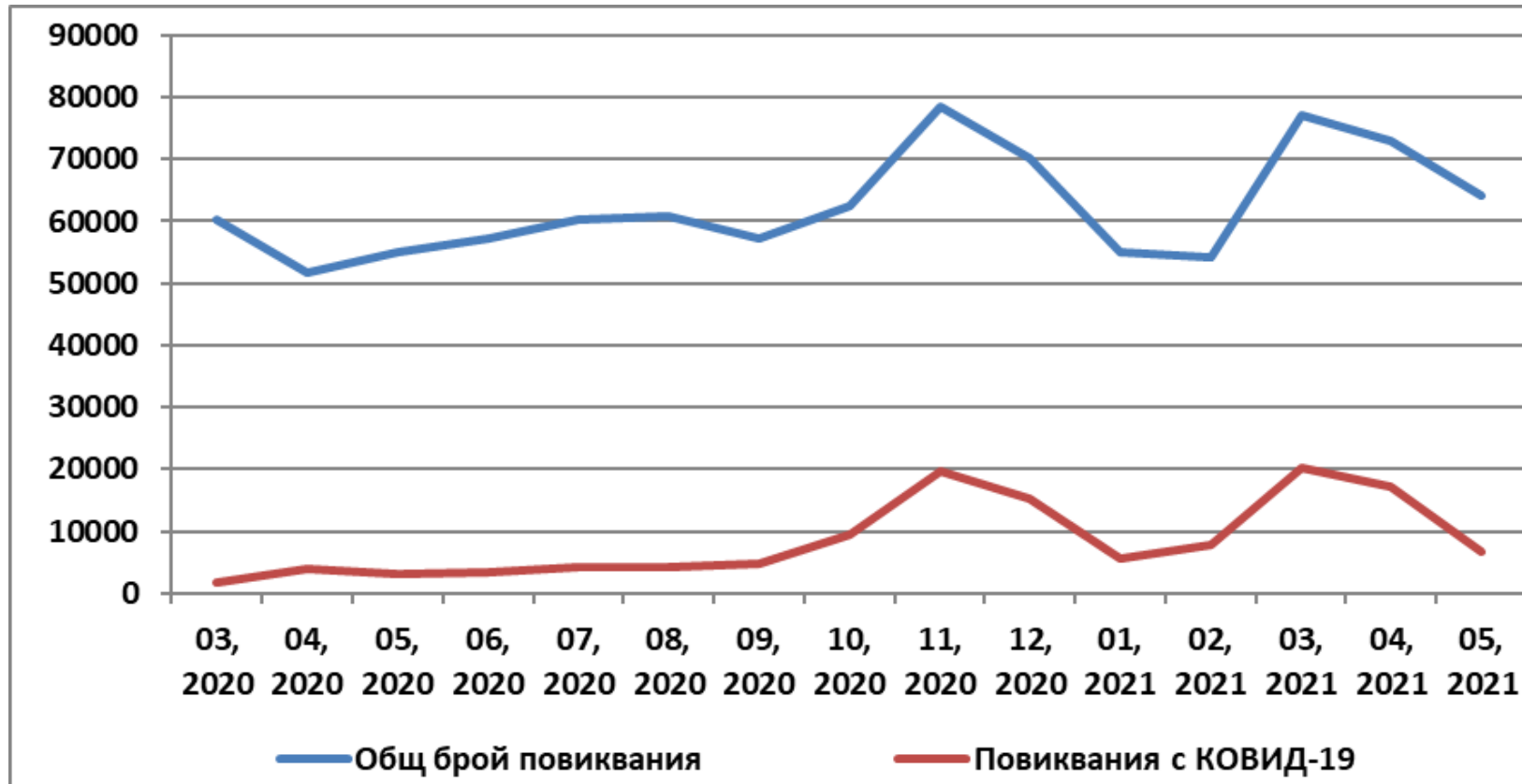
- ▶ При нисходящо ранжиране на показателите, България заема 21-во място по заболяемост, но 3-то по смъртност и 1-во по общ леталитет.
- ▶ Особено тревожен е фактът, че в България заболяелите от инфекцията са сравними с данните на средноевропейско ниво, докато смъртността е водеща дори в световен мащаб.
- ▶ Причините за тези съотношения имат комплексен характер - възрастова структура на населението, заболяемост от сериозни хронични болести, множество социално - икономически причини, поведенчески фактори и др., т.е. няма някакъв уникален фактор, който да обясни това разминаване.
- ▶ Най-вероятното обяснение е, че регистрацията на заразените и заболяелите е непълна и че здравната система не се е справила добре с пандемията.

Част 2.
Анализ на дейността
на центровете за спешна
медицинска помощ

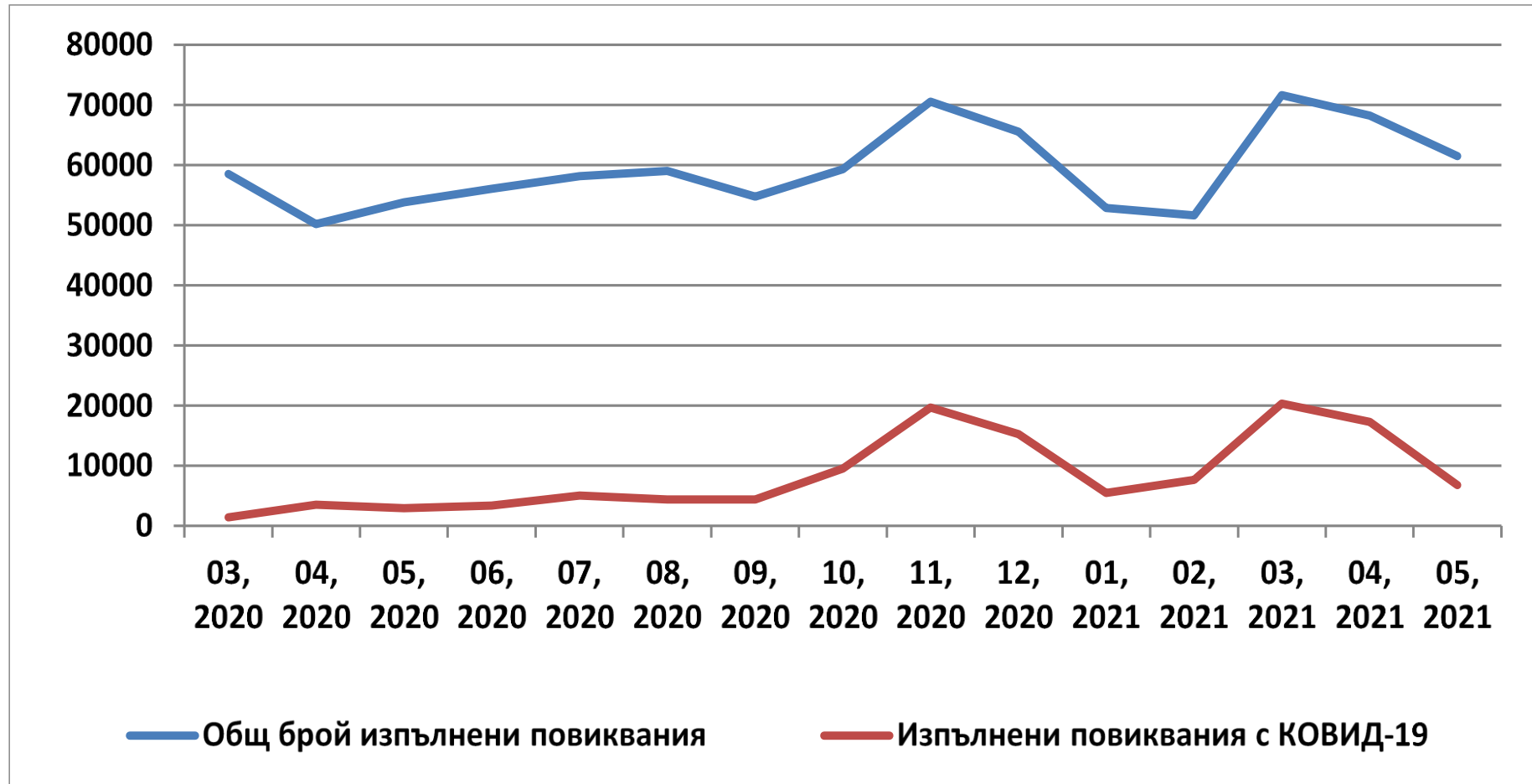
Критерии за оценка на дейността, състоянието на системата и пораженията от пандемията

- ▶ Постъпили и изпълнени повиквания.
- ▶ Брой хоспитализирани лица от ЦСМП и откази за хоспитализация.
- ▶ Осигуреност с медицински персонал.
- ▶ Материално-техническа база.
- ▶ Персонал в ЦСМП с COVID-19 - заразени и починали.
- ▶ Брой дни загубени в неработоспособнос.т

Постъпили повиквания



Изпълнени повиквания



- ▶ Делът на изпълнените повиквания спрямо всички постъпили повиквания е 95.22%, а на изпълнените повиквания за COVID-19 спрямо постъпилите - 99.95%.
- ▶ Делът на изпълнените повиквания за COVID-19 е съществено по-висок от този на общо изпълнените повиквания спрямо постъпилите - почти 100%.

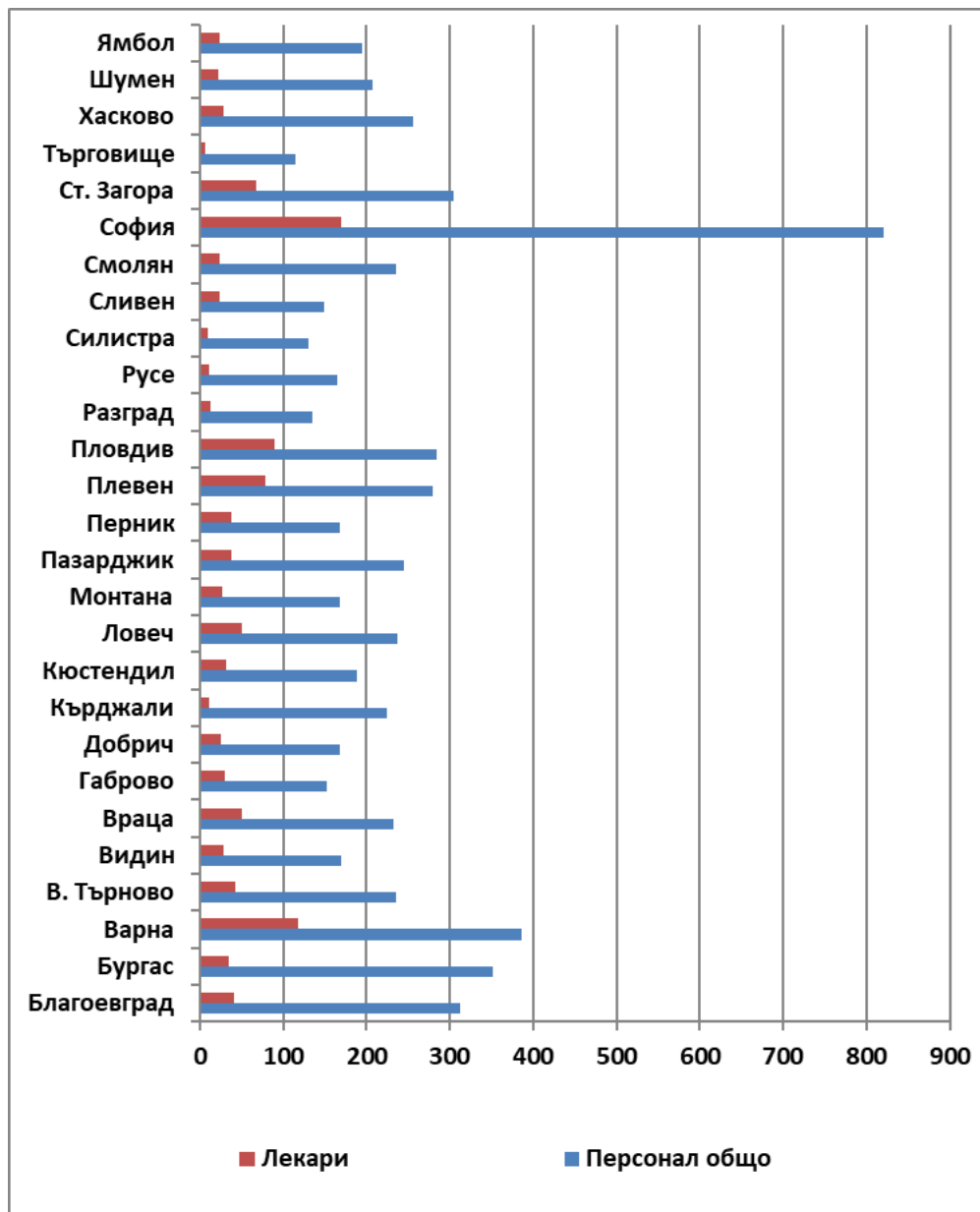
Брой хоспитализирани лица от ЦСМП и откази за хоспитализация

- ▶ Общият брой на хоспитализирани лица от ЦСМП в страната за разглеждания период е 243 885.
- ▶ От тях хоспитализираните с COVID-19 са 69 119, което представлява 28.34% от всички хоспитализирани, т.е. почти всеки 3-ти хоспитализиран е по повод на COVID-19.
- ▶ Най-голям брой хоспитализирани лица от ЦСМП общо са посочени в София (40 276 лица), Пловдив (31 367 лица), Бургас (22 065 лица) и Варна (19 356 лица), т.е. в най-големите градове и висока осигуреност с болнични легла.
- ▶ Информацията за хоспитализираните лица е непълна поради липсваща обратна връзка между ЦСМП и приемащото за хоспитализация лечебно заведение.
- ▶ Индикаторите са изчислени без данните за Пазарджик, Кюстендил и Кърджали поради липсваща информация.

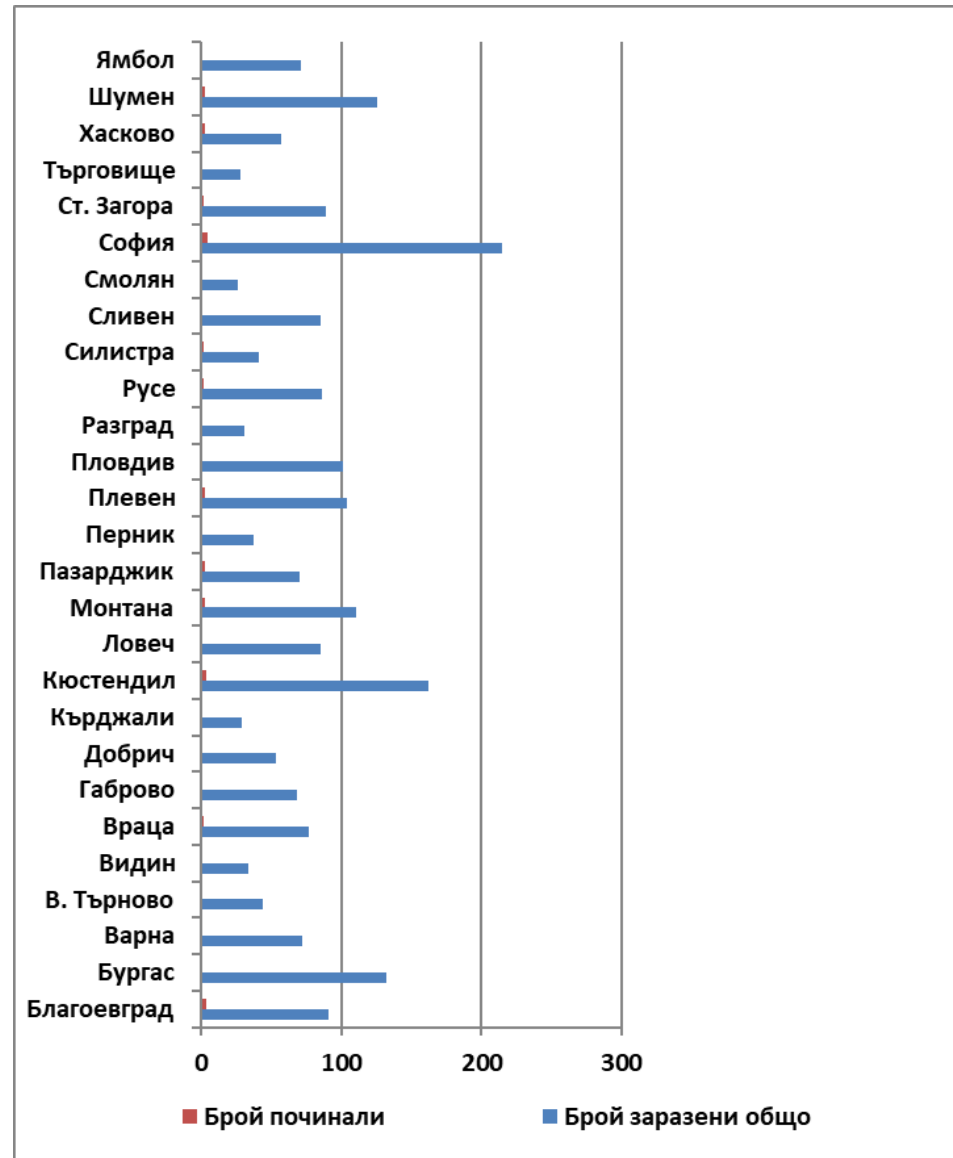
Брой хоспитализирани лица



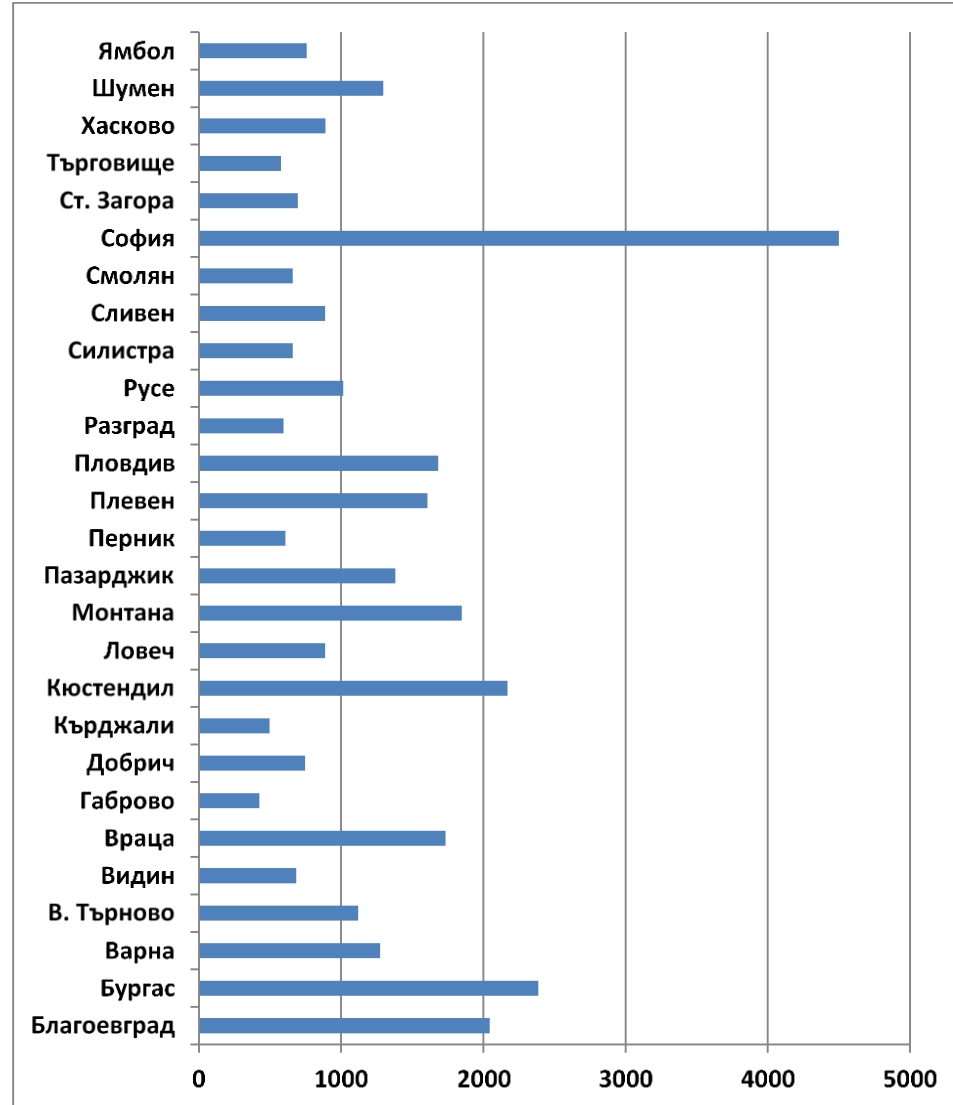
Осигуреност с медицински персонал



Персонал в ЦСМП с COVID-19



Брой загубени дни с временна неработоспособност поради COVID-19 (общо 33636 дни)



Материално-техническа база

- ▶ Общият брой линейки към 31.05.2021 г. в центрoвете за спешна медицинска помощ е 816.
- ▶ Най-голям е той в ЦСМП София (115), в Плевен и Варна са по 49, в Бургас - 44.
- ▶ Най-малък е броят им в Габрово и Търговище - по 14 линейки, Шумен 16, Разград 17 линейки.
- ▶ Повечето от линейките са оборудвани (800 линейки).
- ▶ През 2020 г. на центрoвете за спешна медицинска помощ са доставени 226 нови напълно оборудвани с медицинска апаратура линейки, в т. ч. 148 със стандартно задвижване и 78 със задвижване 4x4.

Изводи

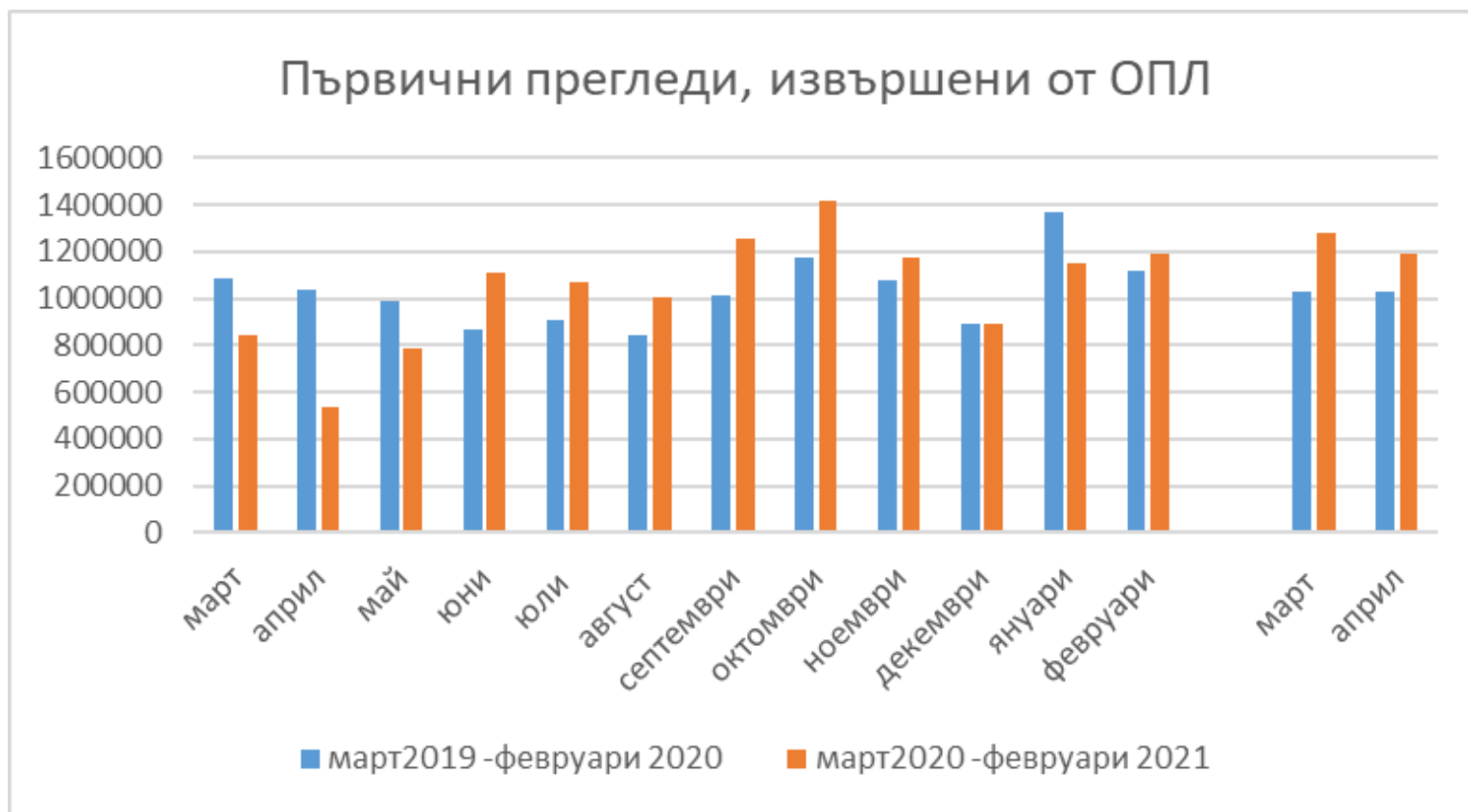
- ▶ Дисбаланси в осигуреността и използваемостта.
- ▶ Значителна по обем дейност, свързана с дейности, които не попадат в обхвата на оказване на спешна медицинска помощ,
- ▶ Липсва комуникация между екипите на извънболничната помощ и спешните екипи от болничните портали.
- ▶ В началото на пандемията липсва единен протокол на поведение на медицинския персонал в ЦСМП.
- ▶ В началото на пандемията липсват подходящи лични предпазни средства, вкл. достатъчно дезинфектанти по същите причини - липса на готовност за бързи и адекватни реакции при това заболяване.
- ▶ Недостиг на лекари и фелдшери и влошена възрастова структура.
- ▶ Сравнително голям брой заразени с COVID-19 служители - всеки трети; починалите служители от заболяването общо са 42, в т.ч. 12 лекари.
- ▶ Продължително пребиваване на пациентите в линейките поради нисък пропускателен режим на спешните отделения.
- ▶ Липса на легла в пиковете на пандемията.
- ▶ Липсва адекватна статистика за хоспитализираните лица от спешната медицинска помощ.
- ▶ В някои центрове сградният фонд изисква обновяване и ремонт.
- ▶ Недостатъчен брой оборудвани линейки.
- ▶ Част от медицинската апаратура, ползвана от мобилните екипи, е значително амортизирана и не може да осигури възможности за адекватна спешна медицинска помощ.

Част 3.
Анализ на дейността на първичната
извънболнична помощ

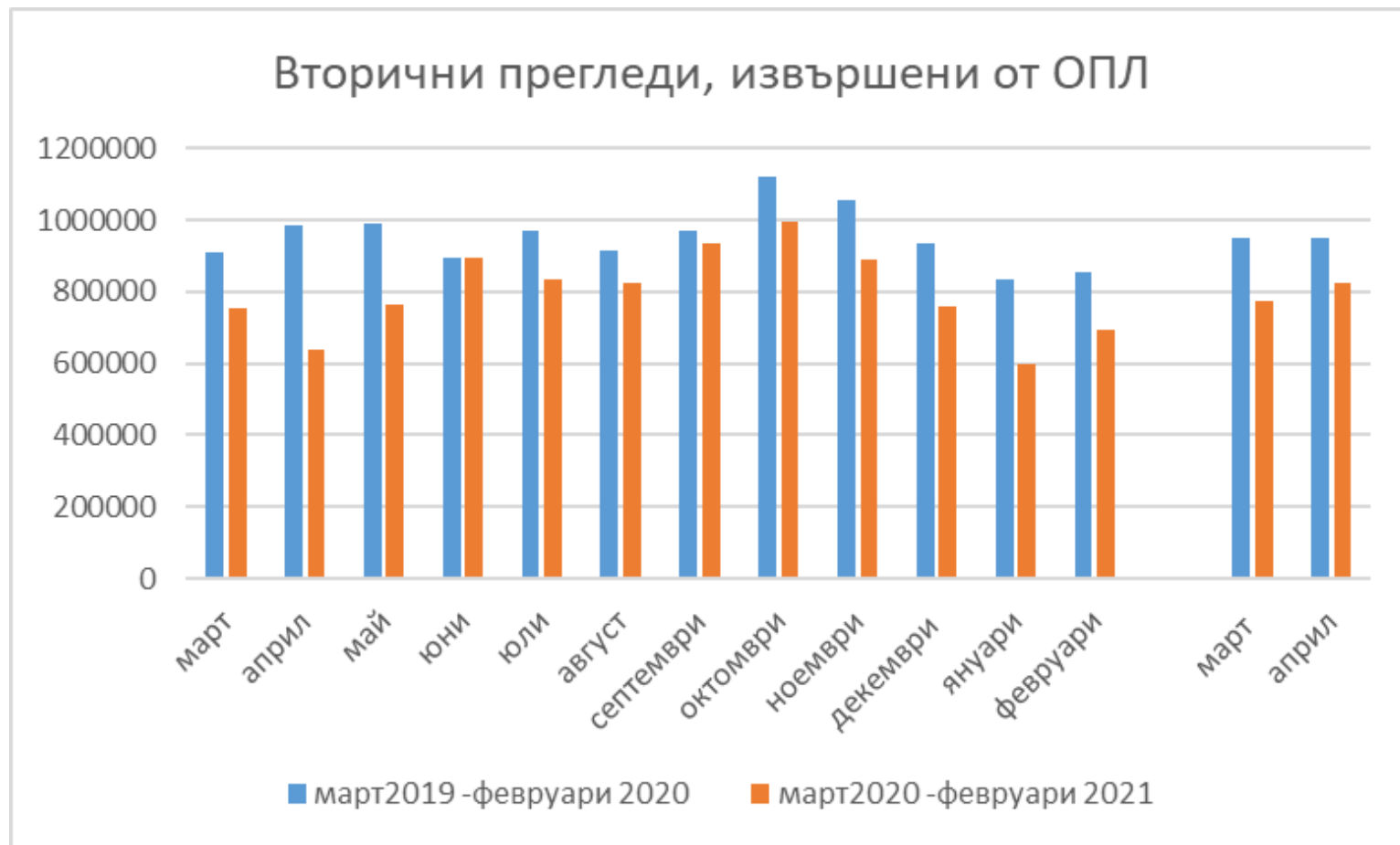
Критерии за оценка

- ▶ Извършени прегледи по видове.
- ▶ Профилактични прегледи под 18 г.
- ▶ Издадени направления от ОПЛ.
- ▶ Назначени изследвания от ОПЛ.
- ▶ Назначени изследвания и издадени направления за хоспитализации за COVID-19 от ОПЛ.
- ▶ Издадени карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване.
- ▶ Инцидентни посещения при ОПЛ.
- ▶ Ваксиниране срещу COVID-19.
- ▶ Брой издадени болнични листове.

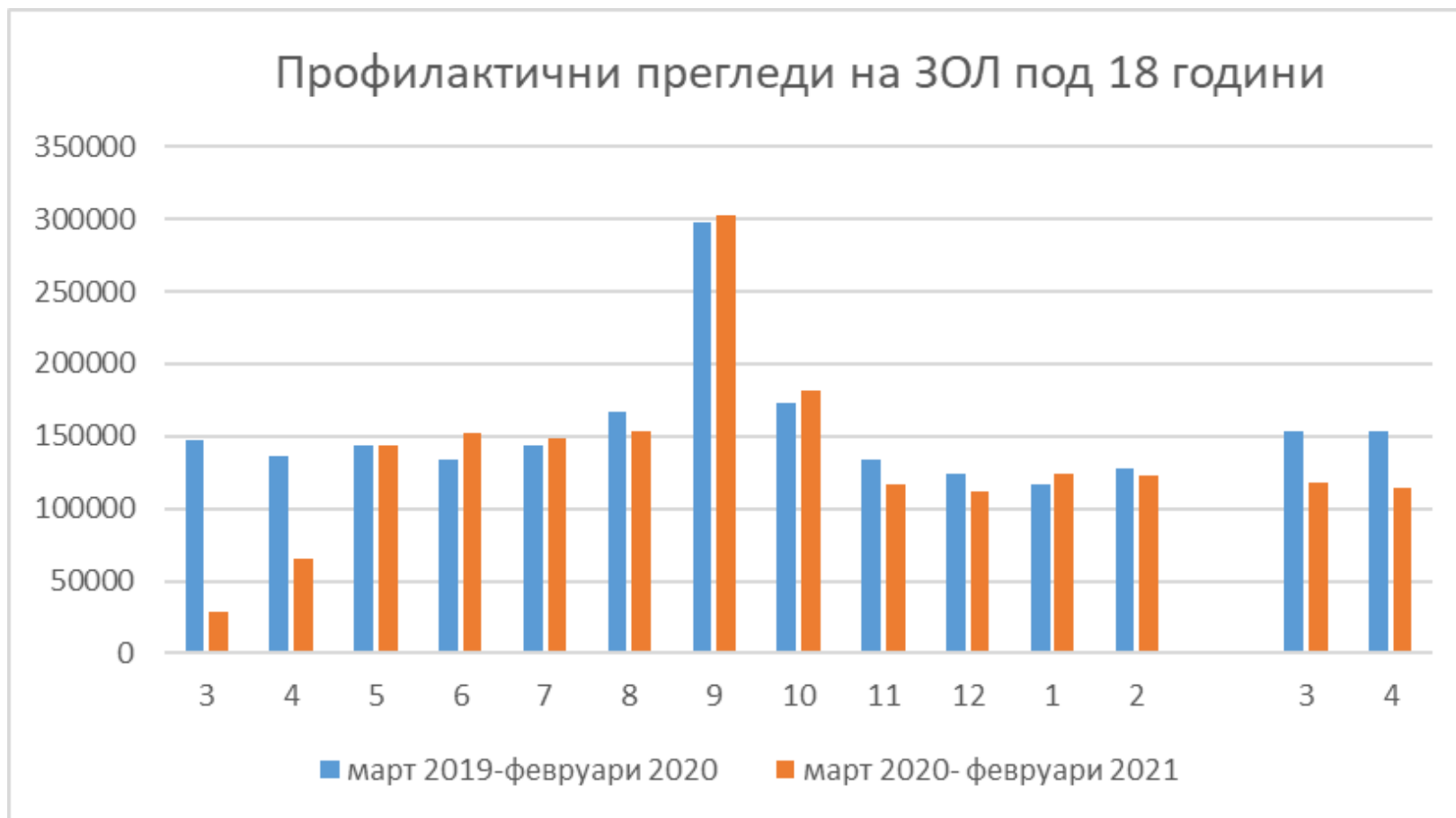
Най-малък брой първични прегледи са извършени през месеците март, април и май, като намалението е значително - 22% през месец март, 49% през месец април 2020 г. и с 21% през месец май 2020. Намаление с 15% се наблюдава и през месец януари на 2021 г., но през всички останали месеци се наблюдава значително по-голям брой първични прегледи.



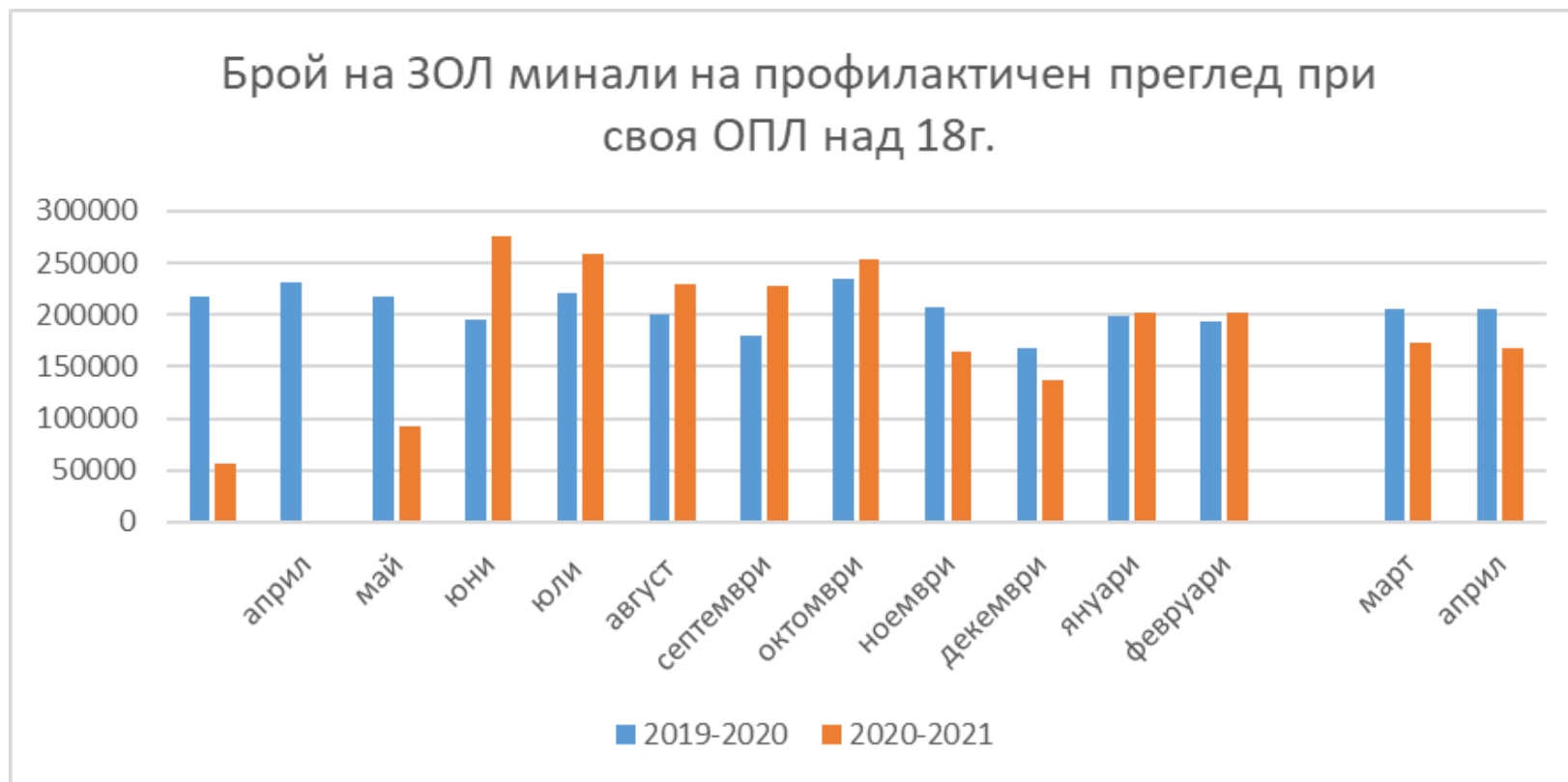
Вторичните прегледи са по-малко с 16% в сравнение с предходния
едногодишен период



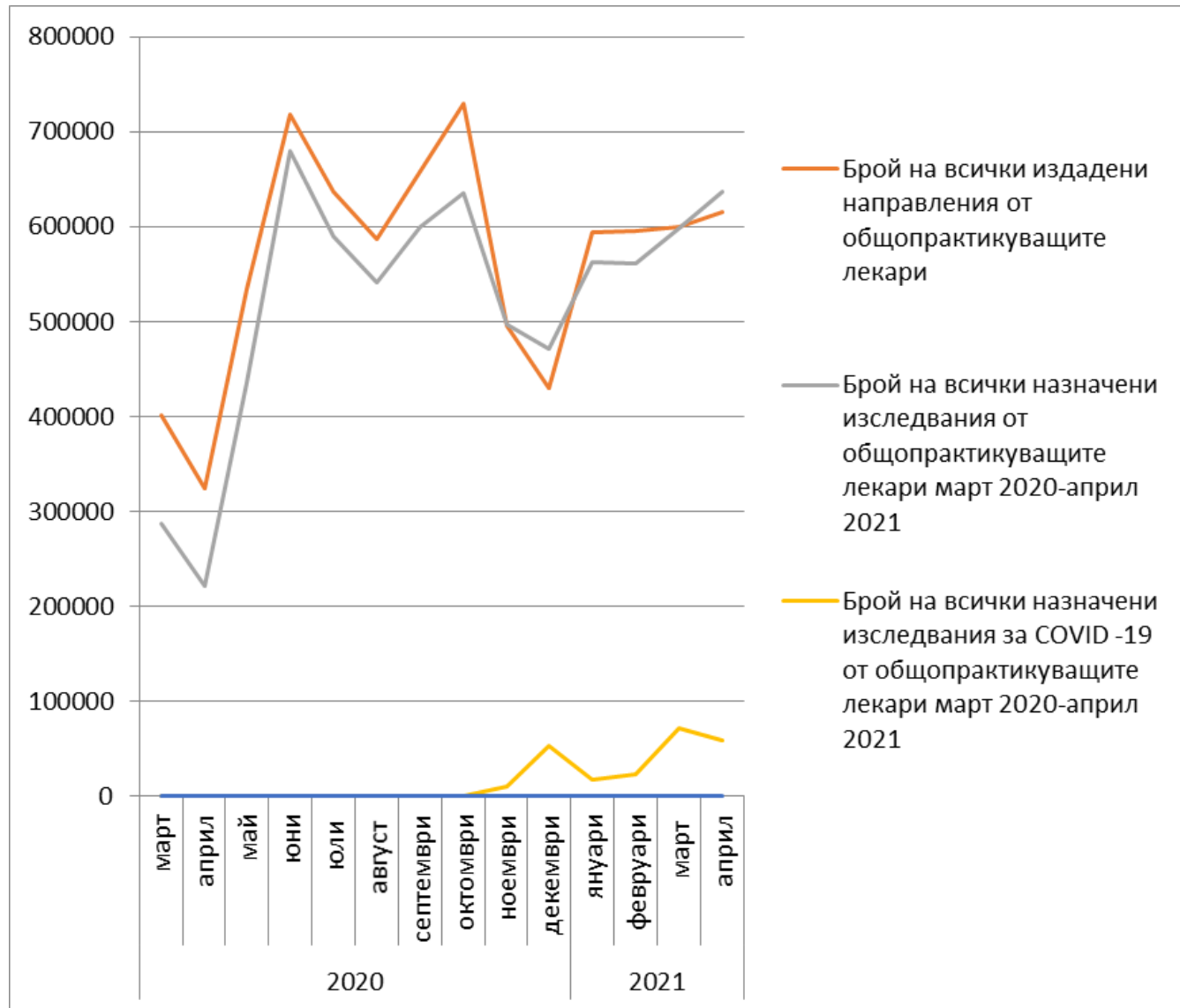
Намаление с 10,3 % в сравнение с предходния едногодишен период



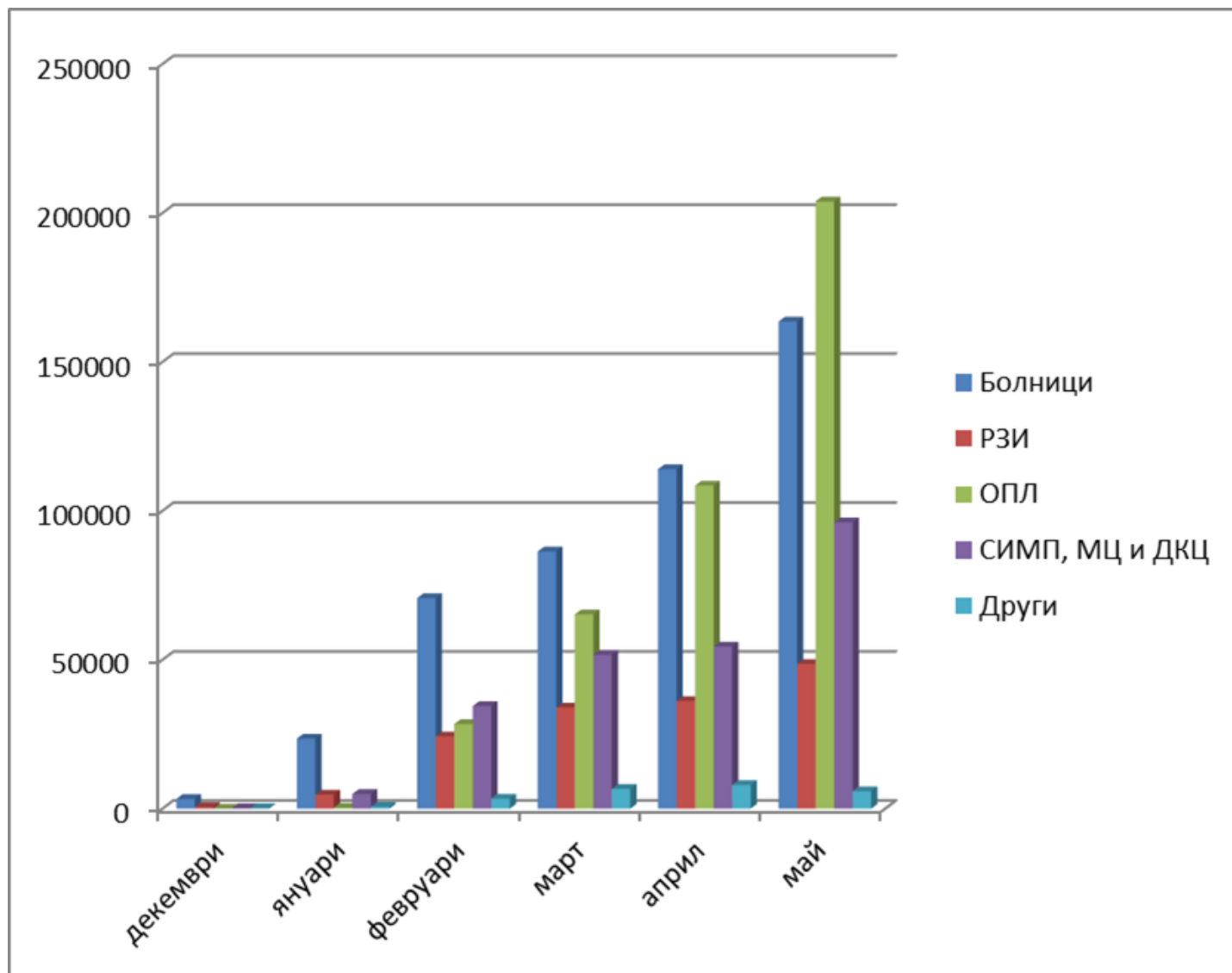
Намаление с 15% по отношение на предходния едногодишен период



Назначени направления и изследвания от ОПЛ



Ваксиниране срещу COVID-19



Изводи

- ▶ Най-големият спад в дейностите на ОПЛ се е състоял в периода март, април и май 2020 г., последван в по-малка степен и основно за профилактичните дейности в периодите на двете големи кризи на разпространение на COVID-19 - ноември-декември 2020 г. и март-април 2021 г.
- ▶ Не се потвърди изцяло хипотезата за намаляване достъпа до услугите на общопрактикуващите лекари през целия период на разпространението на COVID-19 в страната, защото през всички месеци с по-ниско разпространение на вируса след първия голям локдаун общопрактикуващите лекари в България са реализирали повече дейности, отколкото през същите месеци в годината преди пандемията.

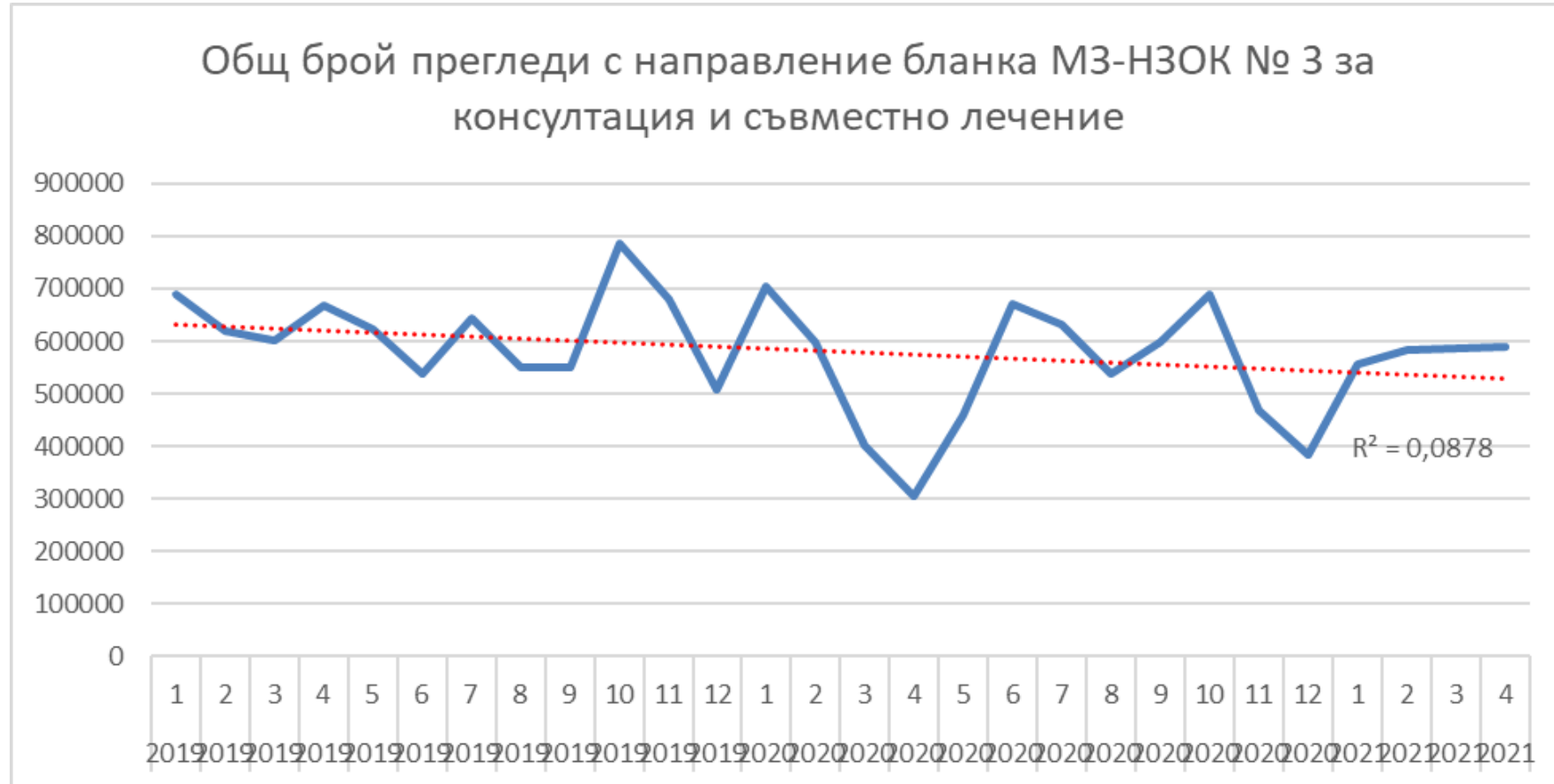
Част 4.

Анализ на дейността на
специализираната извънболнична помощ

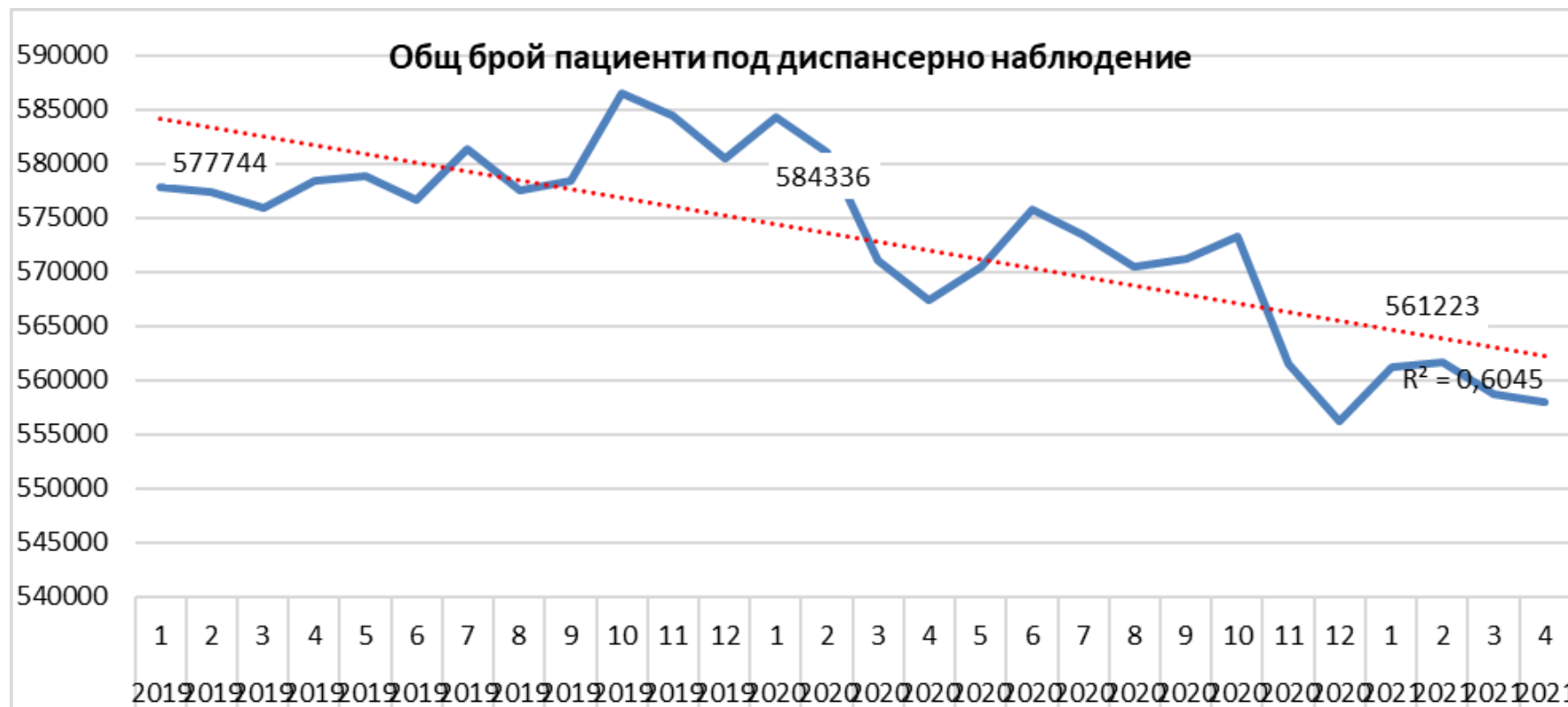
Критерии за оценка

- ▶ Консултации, направени от специалисти с направление № 3;
- ▶ Проведени диспансерни прегледи;
- ▶ Лица, водещи се на диспансерно наблюдение;
- ▶ Назначени МДД (Медико-диагностична дейност);
- ▶ Назначени ВСД (Високоспециализирана дейност);
- ▶ Направления за хоспитализации.

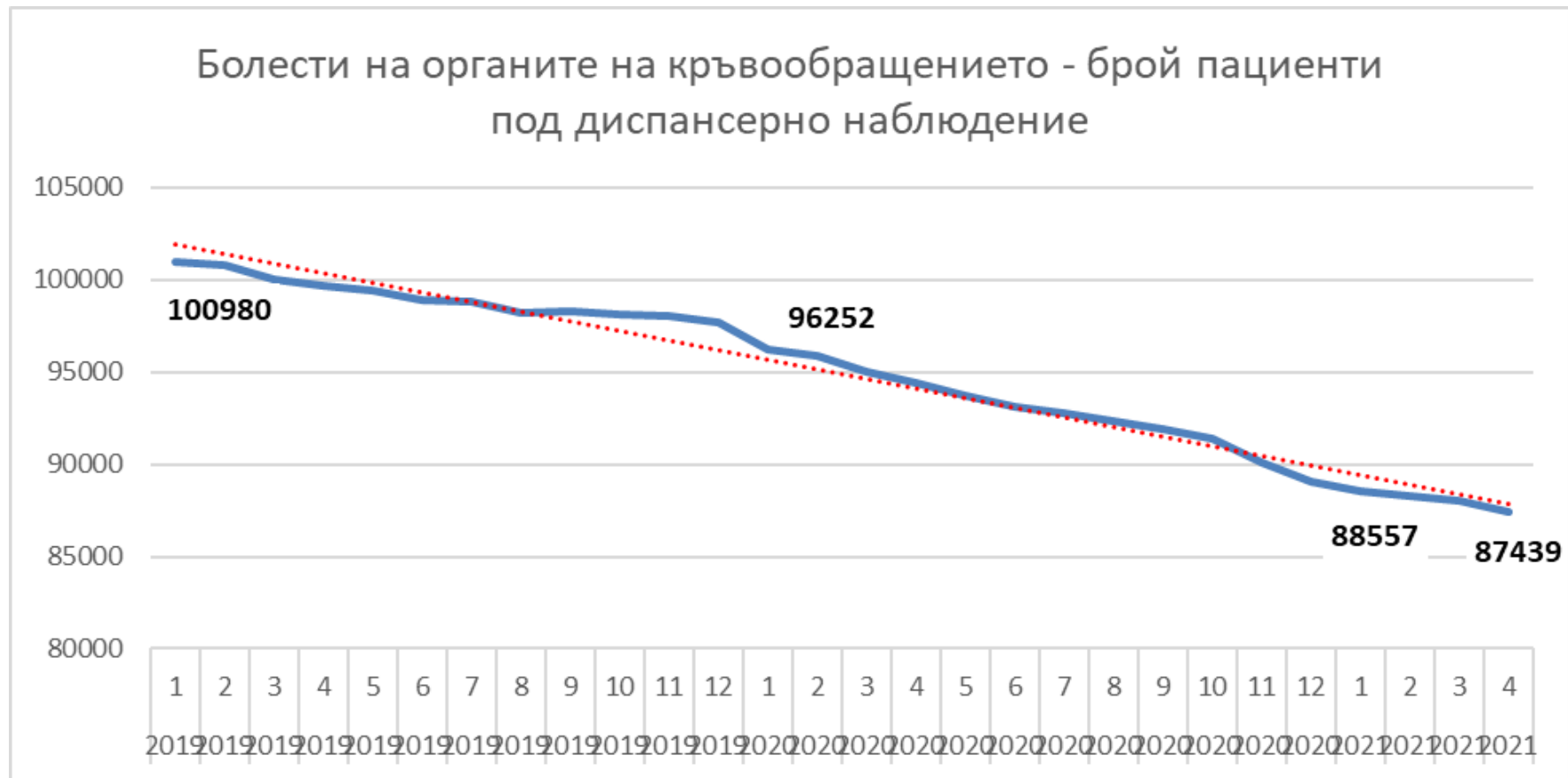
Извършени прегледи и диспансеризации от СИМП



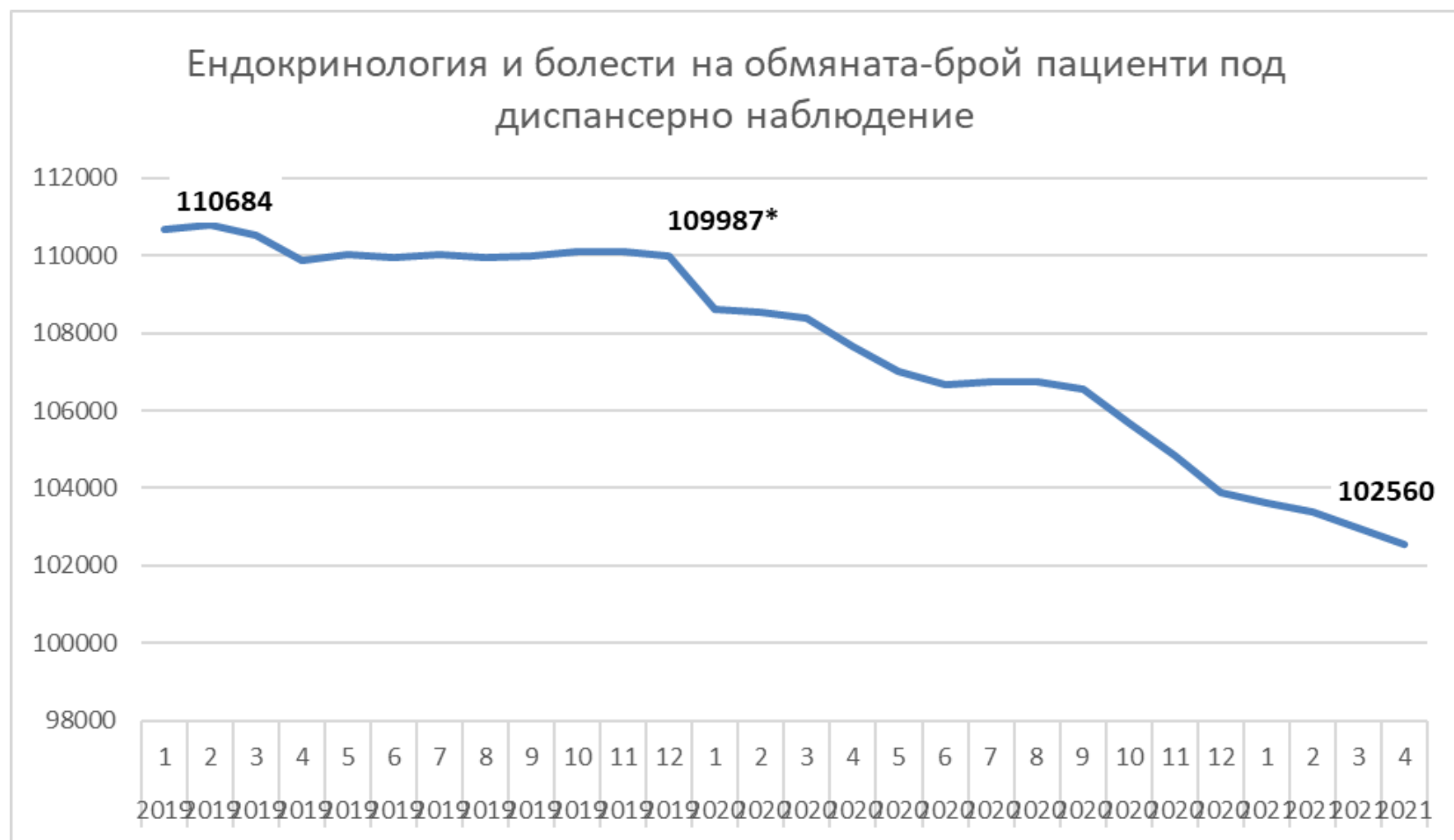
Броят на хората с всички хронични болести, проследявани от СИМП, е намалял с около 23 000 души



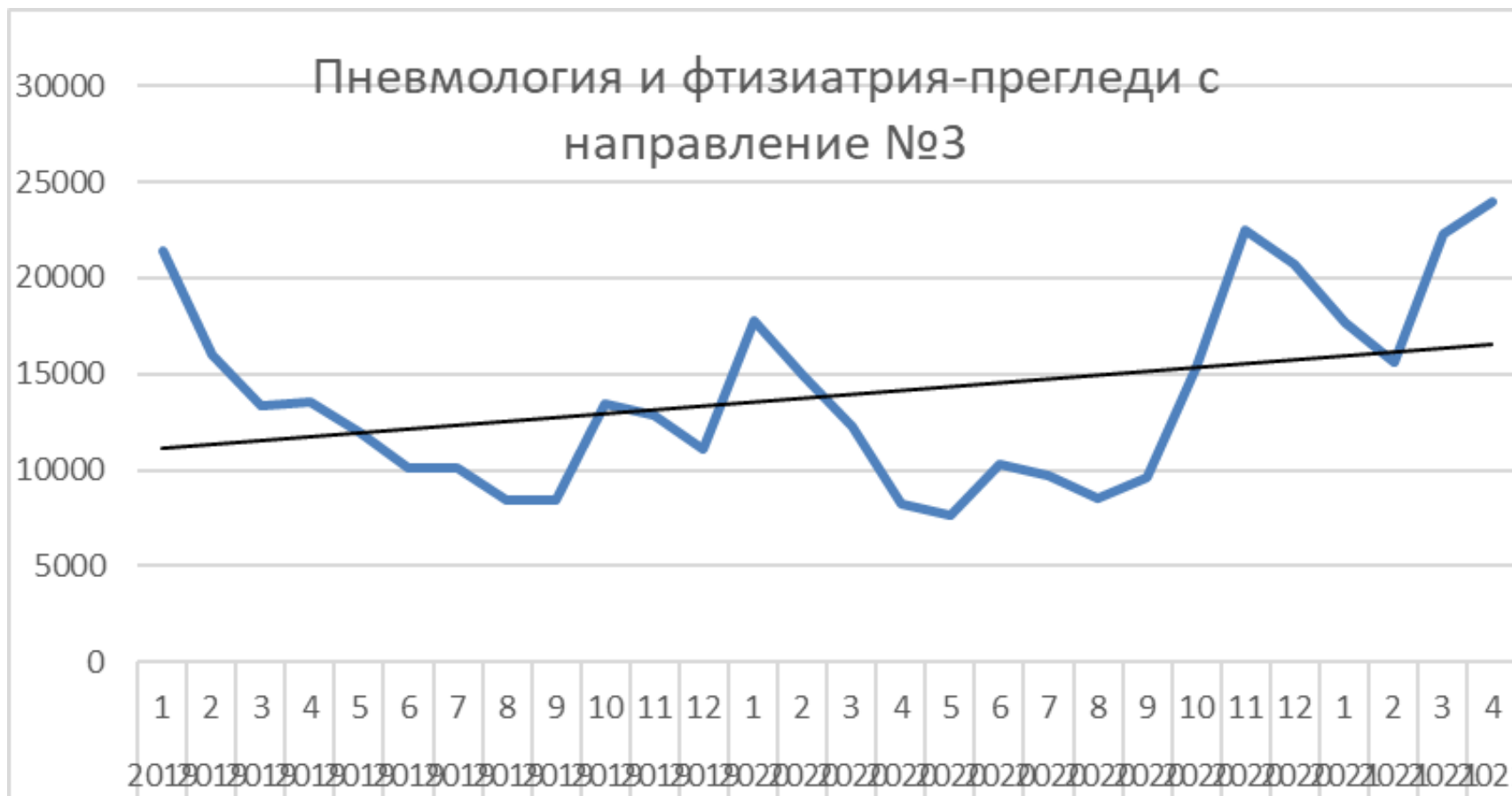
Броят на диспансеризирани случаи през 2020 г. намалява с около 7700 души



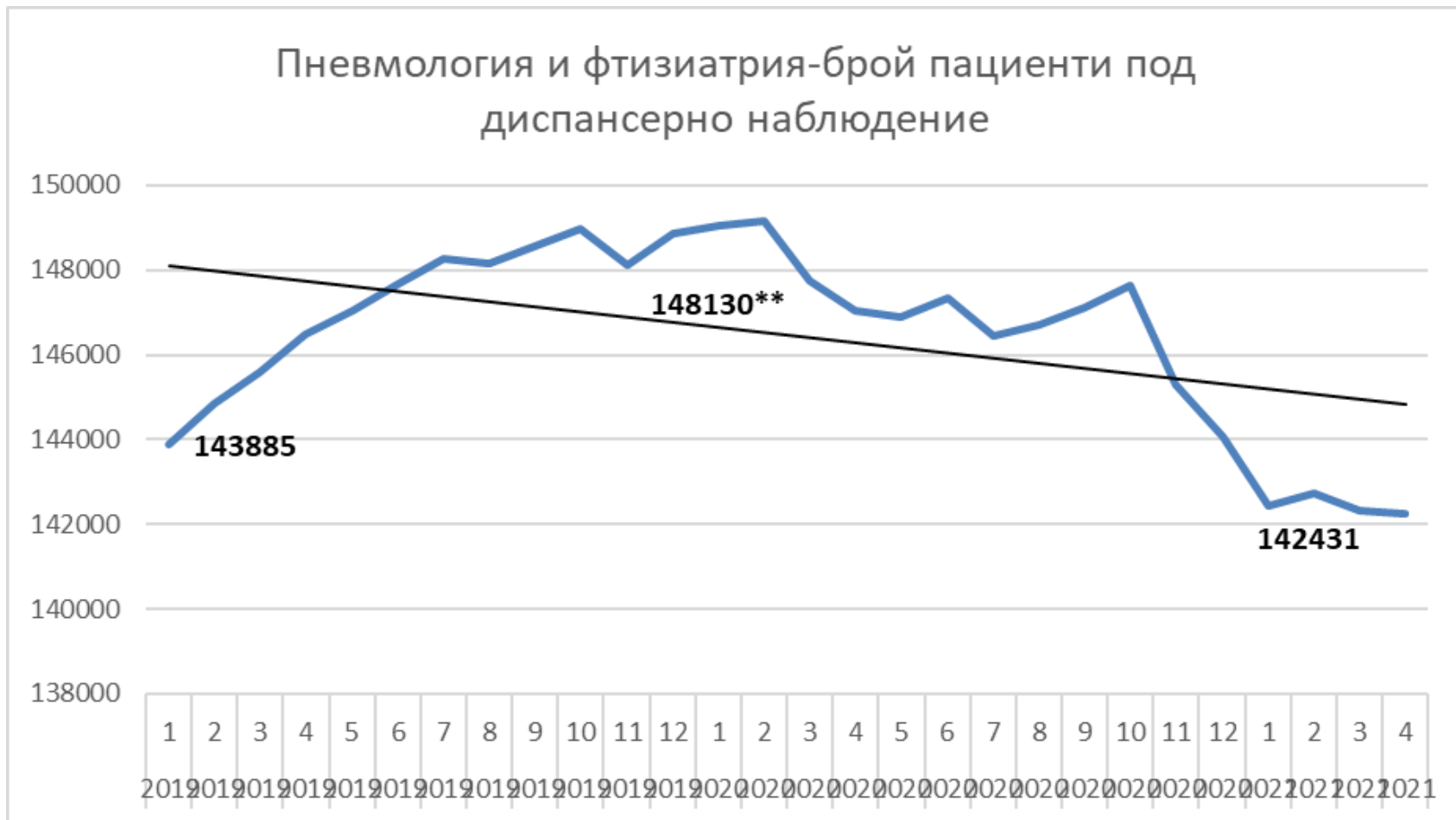
Намаляване на броя на диспансеризираните с ендокринни заболявания пациенти - с около 7200 души



Възходяща тенденция за амбулаторните консултации по време на първата година от пандемията



Редукция в броя на диспансерните случаи с около 5700 души



Най-малко прегледи онкологите са осъществили през април и декември 2020 г.



Заб.: Данните от НЗОК са само за извършените консултации в амбулаторни условия.

Ваксинации

- ▶ Преизчислени, данните, предоставени на НЦОЗА от РЗИ на 100 000 души население и разгледани на ниво региони на планиране в България, става ясно, че ваксинациите основно са дейност най-вече на общопрактикуващите лекари и СИМП. Изключение прави само Югозападният регион на планиране (включващ София-град и София област), където болниците са водещи ваксинационни центрове.

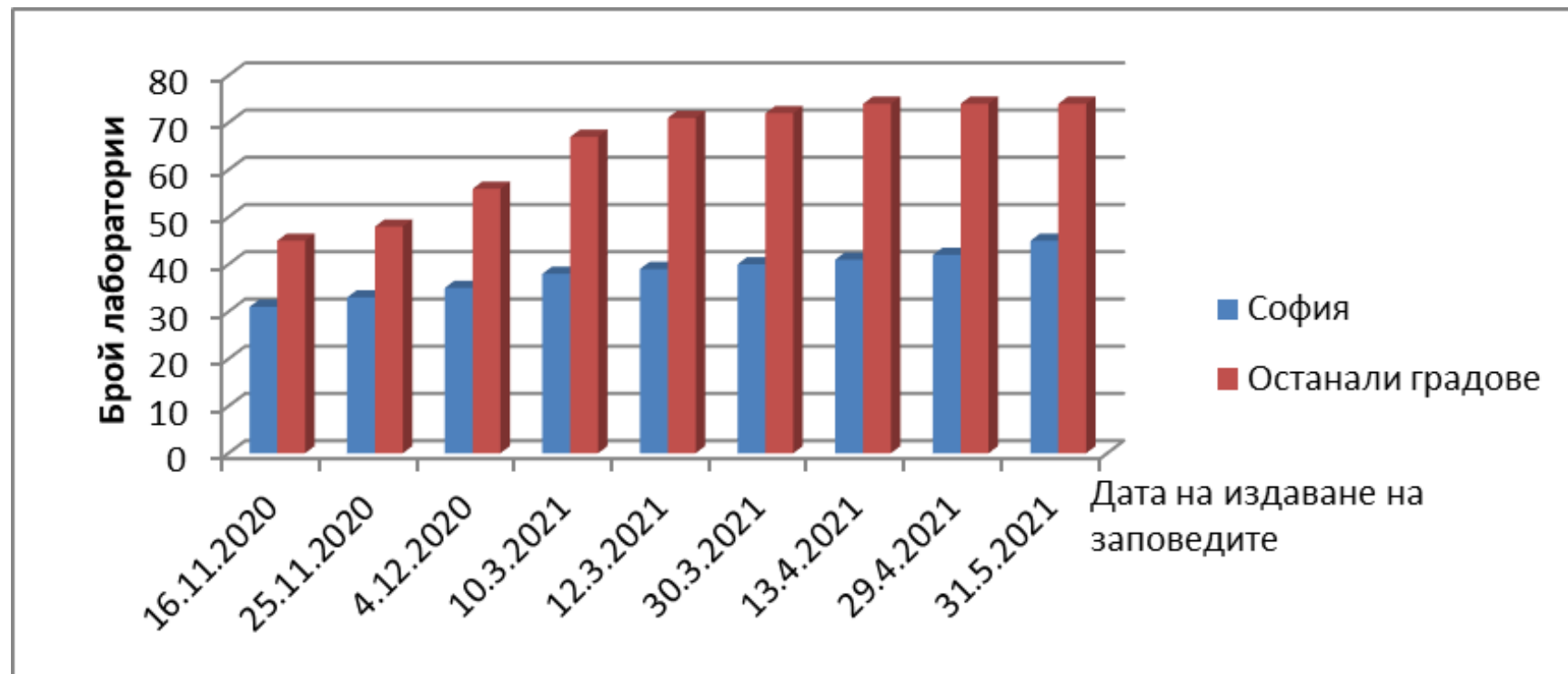
Изводи

- ▶ Два периода на намаляване на дейността: март-април 2020 г., ноември-декември 2020 г.
- ▶ Драстично намаляване на броя на диспансеризирани лица.
- ▶ Устойчива тенденция за намаляване броя на лицата под диспансерно наблюдение за сърдечно-съдовите, ендокринните, белодробните и неврологичните заболявания.
- ▶ Най-вероятната причина за отпадане от диспансеризация за изброените социално значими заболявания е смърт на диспансеризирани лица.
- ▶ Въвличането на големите болници с т.нар. „зелени коридори“ не води до покачване на мотивираната ваксинационна активност на гражданите. Основна роля във ваксинационния процес извън Югозападния регион (включващ София-град и София-област) имат в най-голяма степен общопрактикуващите лекари, специалистите в индивидуалните си практики, както и медицинските центрове и диагностично консултативните центрове.

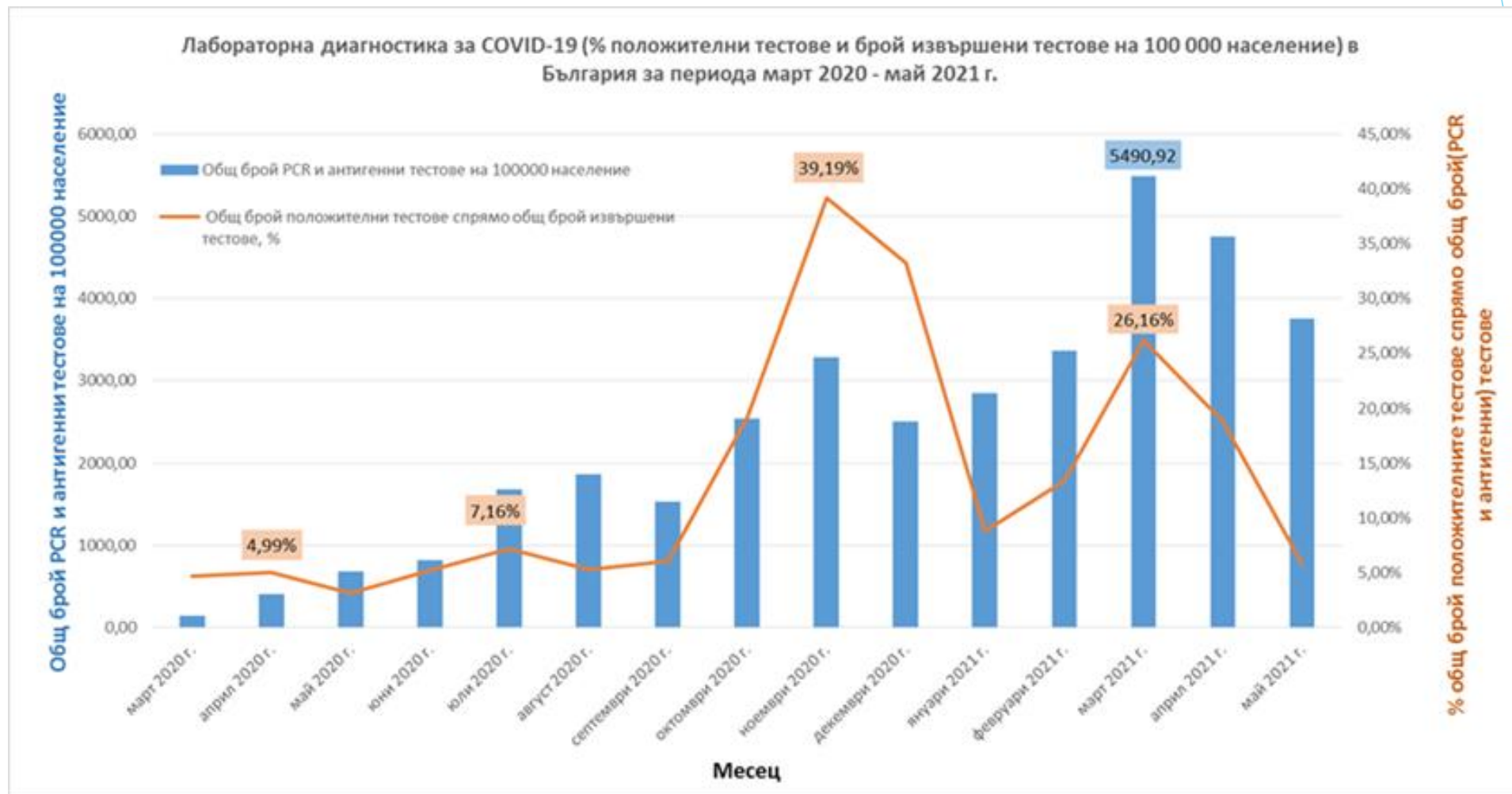
Част 5.

Анализ на дейността на лабораториите в страната.

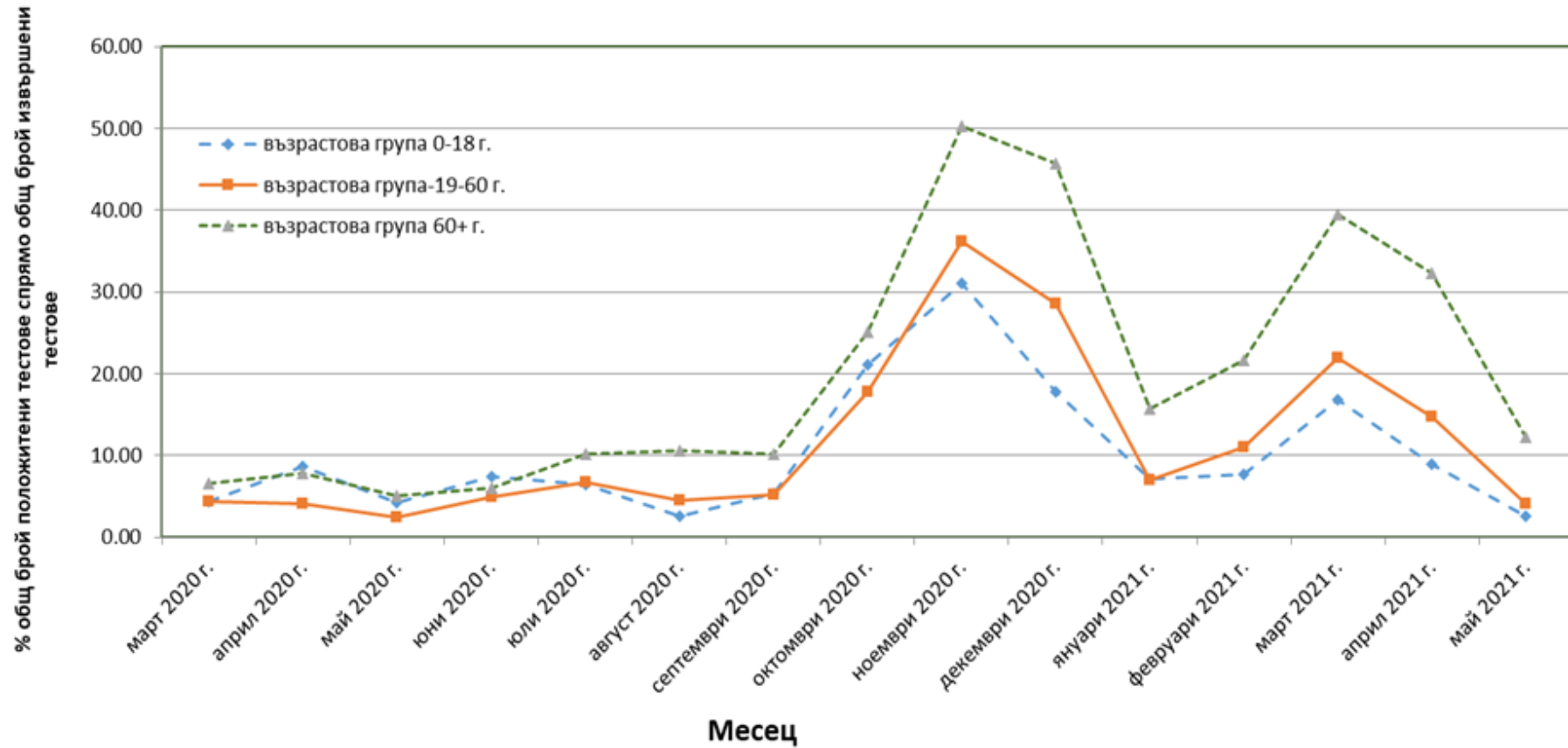
Действащи оторизирани лаборатории за PCR тестове в София и останалите градове



Лабораторна диагностика на COVID-19 (% положителни тестове и брой направени PCR и бързи антигенни тестове на 100 000 население)



Относителен дял на положителните тестове за COVID-19 в България спрямо общия брой извършени тестове за периода март 2020 г. – май 2021 г. по месеци и възрастови групи

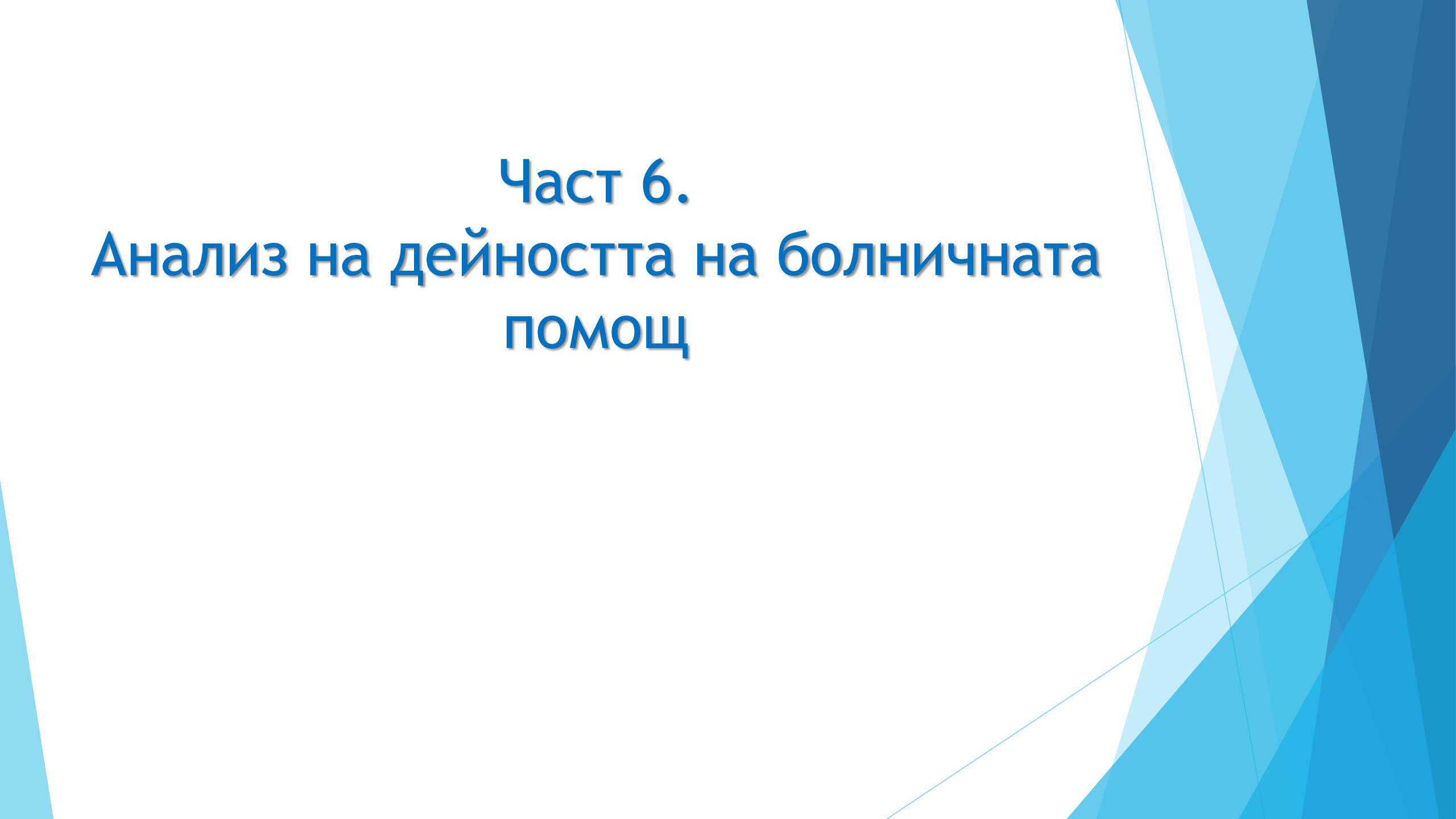


Лаборатории, извършващи изследвания за диагностика на COVID-19 в България за периода март 2020 г. - май 2021 г.



Изводи

- ▶ Извършените в страната тестове за лабораторна диагностика на COVID-19 от март 2020 г. до май 2021 г. отразяват тенденцията в развитието на епидемичната обстановка. Увеличаването на общия им брой, както и относителният дял на положителните проби кореспондира и определя много ясно двете вълни на пандемията.
- ▶ Специализираните изследвания показват развитието и интензивността на епидемичния процес, свързан с COVID-19 при всички възрастови групи, вкл. и при децата, но особено изразен при възрастните хора.
- ▶ Високата цена на РТ-qPCR тестовете се отразява на общия брой изследвания. За разлика от други европейски страни (напр. Франция - напълно безплатно, Австрия - два пъти седмично антигенен тест, Германия- един антигенен тест на човек на ден), където се извършва безплатно тестване, в България то се заплаща от пациента. Би било добре за ранната диагностика на заболяването, както и по отношение управлението на пандемията, в бъдеще този род изследвания да се поемат от Здравната каса (поне частично).

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of blue, ranging from light sky blue to dark navy blue, creating a modern, layered effect.

Част 6.

Анализ на дейността на болничната ПОМОЩ

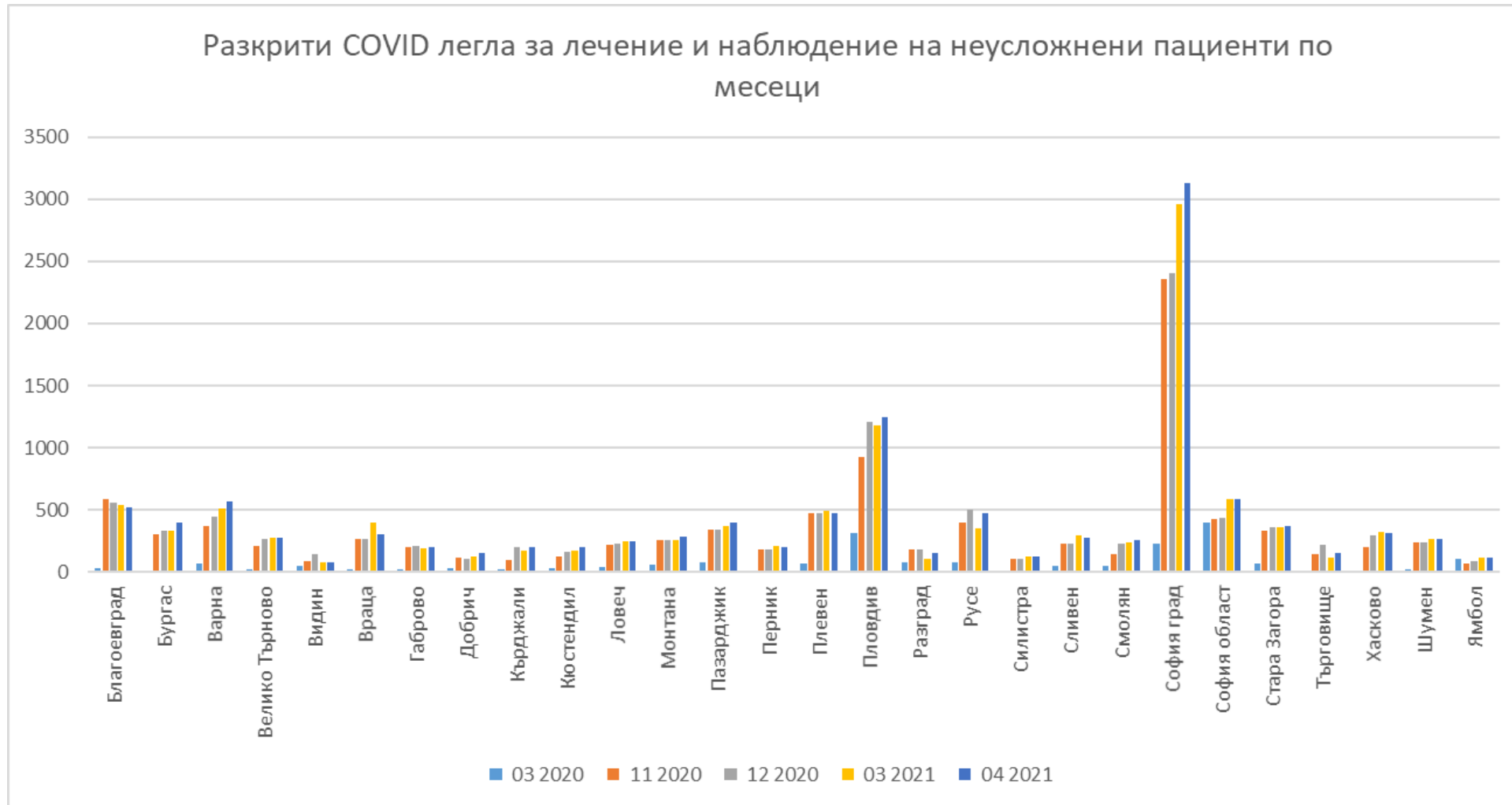
Брой легла за неусложнени пациенти и легла за интензивно лечение

Област	Легла за лечение и наблюдение на неусложнени пациенти	Легла за интензивно лечение ОАИЛ/КАИЛ
Благоевград	280	53
Бургас	251	55
Варна	278	67
Велико Търново	286	24
Видин	69	6
Враца	192	28
Габрово	155	13
Добрич	133	11
Кърджали	109	15
Кюстендил	234	24
Ловеч	212	13
Монтана	231	22
Пазарджик	366	67
Перник	129	10
Плевен	382	24
Пловдив	725	178
Разград	106	16
Русе	279	48
Силистра	115	14
Сливен	284	27
Смолян	168	9
София-град	1137	430
София-област	333	26
Стара Загора	281	56
Търговище	147	22
Хасково	218	38
Шумен	165	16
Ямбол	126	12

Динамика на разкриването на легла за лекуване и наблюдение на неусложнени случай с COVID-19.



Най-много легла за неусложнени пациенти от общия брой такива легла има в София-област - 20,1%, Пловдив - 15,9% и София-град - 11,5%. Съответно най-малко са леглата в Перник - 0%, Силистра - 0,1% и Хасково - 0,3%



Динамика на трансформиране на интензивни легла



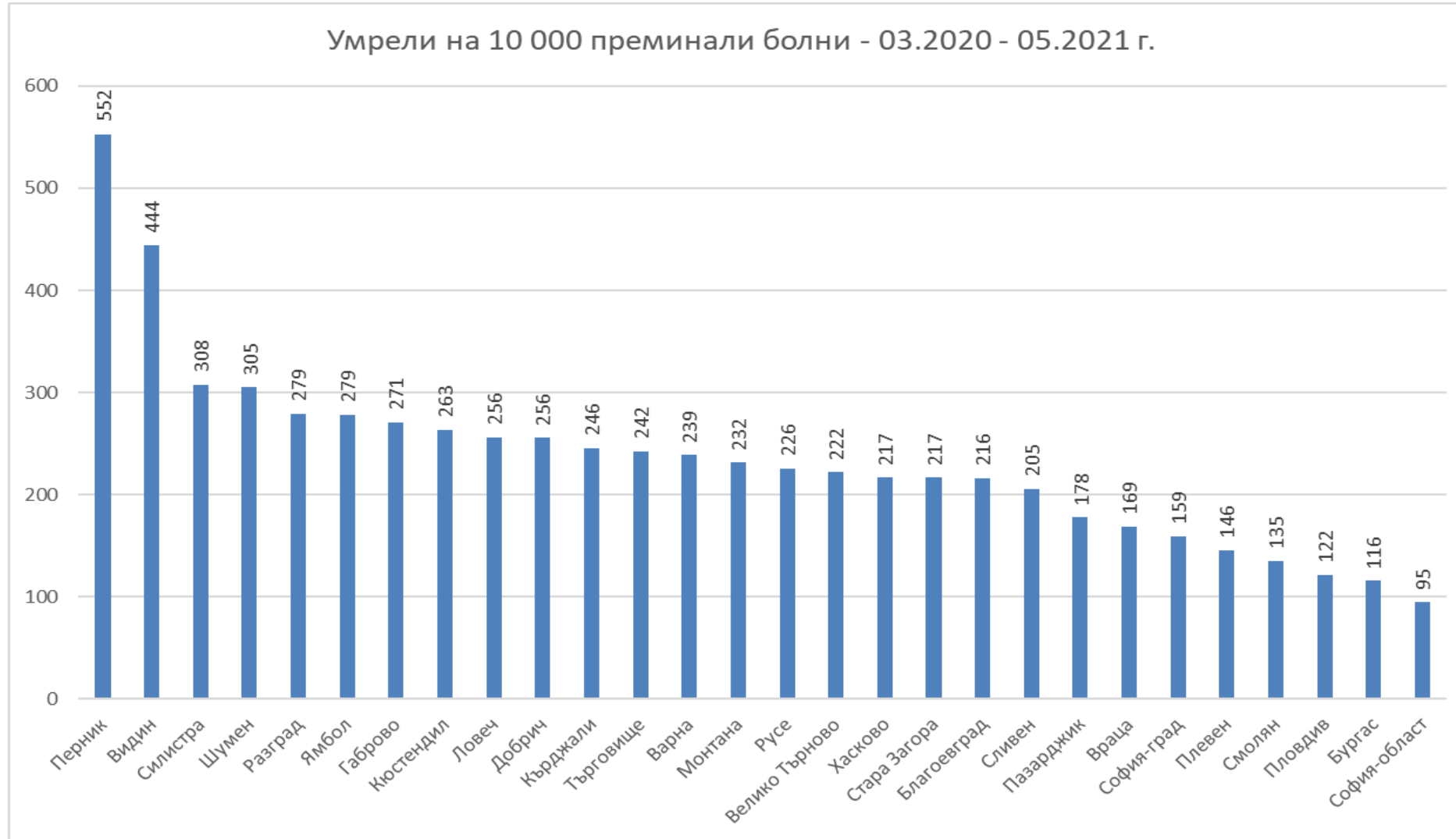
Хоспитализациите в България за 2020 година бележат значим спад спрямо същия показател за 2019 година. Като цяло те намаляват с 621 786, въпреки хоспитализираните с COVID-19, което в процент представлява намаление с 25,8%.



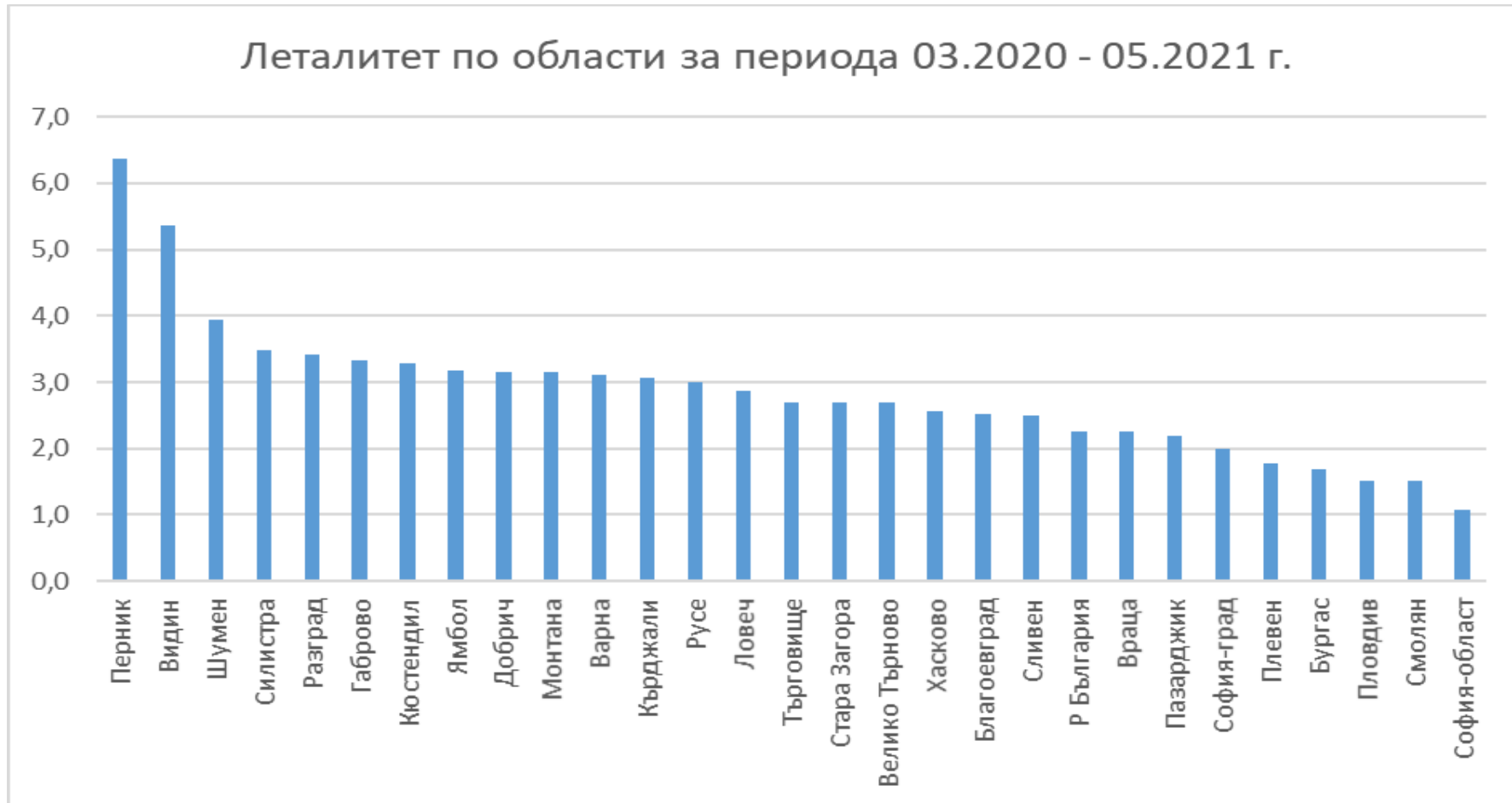
Нивата на хоспитализации по месеци остават по-ниски от тези през месец февруари 2020 година



Умиранията по области на 10 000 души преминали болни показват две рязко открояващи се области - Перник и Видин.



Най-неблагоприятното съотношение между умрели и напуснали болни е в Перник и Видин.



ИЗВОДИ

- ▶ Системата на болничната помощ се оказва неподготвена за пандемията от COVID-19 от началото на 2020 година;
- ▶ Здравните власти са се опитали да реагират съобразно обстановката, специално в частта за реструктуриране на болничните структури;
- ▶ Недостатъчно добре оползотворено време от март до септември за предприемането на по-адекватни мерки и действия, с оглед очакваната ескалация на пандемията през есенните и зимни месеци;
- ▶ Хоспитализациите намаляват с над 25% през 2020 година, спрямо 2019 година;
- ▶ В част от областите, поради първоначална ниска осигуреност на населението с легла, се стига до ситуация, в която на почти половината налични болнични легла се лекуват болни с COVID;
- ▶ Най-много умирания в ЛЗБП са били по клас XXII, Кодове за специални случаи (COVID-19).

Част 7.

Анализ на правителствените решения и на Националния оперативен щаб

Решения на Министерския съвет във връзка с пандемията от COVID-19

- ▶ За целите на настоящия доклад от сайта на Министерския съвет (МС) са извадени решенията, свързани с пандемията от COVID-19, за периода 08.03.2020 – 31.05.2021 г.
- ▶ В хронологичен ред са разгледани всички решения на МС за период, като в доклада са отбелязани по-важните от тях.
- ▶ Извън официално публикуваните решения на МС е налице цял набор от решения, говорене и действия на най-високо правителствено ниво, които намират отражение в медийното пространство.

Изводи

- ▶ Избраната стратегия на правителството е да се въвежда карантинен режим за болници и/или сектори, при които е установен източник на зараза, което на практика означава затваряне на тези структури.
- ▶ Решението за компенсация на различни сектори (мярката 60/40) от икономиката не е ясна мотивацията за подкрепа на едни сектори най-вече от сферата на услугите и развлекателния бизнес за сметка на основни сектори от икономиката, вкл. и хуманната медицина.
- ▶ В началото на настъпващата пандемия не са предприети съществени мерки за укрепване на болничната база с необходимото оборудване и системи за кислородотерапия.
- ▶ До края на 2020 г. не се наблюдава сериозна финансова подкрепа за болничната помощ.
- ▶ В края на 2020 г. е приет Национален противоепидемичен план почти заедно с Плана за ваксиниране.
- ▶ В началото на пандемията кризата е управлявана без достатъчно доказателства и статистически данни и без достатъчно широка консултация със съответните медицински специалисти.
- ▶ По отношение на медийното съобщаване на кризата се вижда ясно липсата на стратегическо планиране и визия за нейното решаване.

Решения от Националния оперативен щаб (НОЩ)

- ▶ 53 протокола за периода 26.02.2020 г. - 28.05.2020 г.
- ▶ Представените документи, отразяващи работата на НОЩ, са за твърде кратък период от пандемията и не дават ясна представа за поведението на НОЩ по време на двете сериозни вълни в края на 2020 г. и началото на 2021 г.
- ▶ Работата, извършена от щаба, е огромна по мащаб и натовареност на хората работещи там.
- ▶ Съставът на НОЩ не е напълно съответен на предизвикателството от пандемията.
- ▶ Наред с редица мерки, които са необходими и медицински издържани, са вземани и такива, които се оказват непоследователни, или половинчати, а някои въобще и ненужни поради факта, че не почиват на достатъчно медицинска аргументация.
- ▶ Най-неудачното е решението за равномерно разпределение на легла за болни от коронавирусната инфекция за цялата болнична мрежа.

Част 8.

Анализ на дейността на ръководството на МЗ,
както и на системата на РЗИ,
Националните центрове по общественото здраве
(НЦОЗА, НЦЗПБ)
и Националната здравноосигурителна каса.

Заповеди на министрите К. Ананиев и К. Ангелов за периода 1 март 2020 г.- 31. май 2021 г.

- ▶ Разгледани са 125 заповеди на министър К. Ананиев и 105 заповеди на министър Ангелов, свързани с дейности по отношение на пандемията от COVID-19.

Изводи

- ▶ Липса на цялостна концепция за справяне с пандемията,
- ▶ Липса на достатъчно информация за ставащото в страната,
- ▶ Половинчатост и непоследователност в противоепидемичните мерки,
- ▶ Избирателност за някои пропускателни режими,
- ▶ Вземане на конюнктурни решения следващи събитията, а не стъпващи на епидемични прогнози (присъствието на математици в НОЩ не допринася особено много за прилагането на превантивни мерки),
- ▶ Подчиняване в редица случаи на политическата логика и целесъобразност, отколкото на медицинските съображения,
- ▶ Недопускане на противоречащи становища и липса на консултации със съответните специалисти (създаването на Медицински консултативен съвет в един етап от протичането на пандемията е по решение на премиера и е в резултат от редица противоречащи на официалната политика мнения от други специалисти),
- ▶ Вземане на решения, противоречащи на епидемиологичната наука и знание и пр.

Изводи 2

- ▶ Цялостното впечатление от издаваните заповеди на министрите Ананиев и Ангелов е, че те следват друга политико-популистка целесъобразност и не показват енергията и куража да се отстоява медицинската логика и медицинската наука. Най-драстичните примери за тази оценка са няколко заповеди, които по наше мнение допринасят, а не предотвратяват разпространението на заразата.
- ▶ На първо място това е решението за разкриване на легла за лечение на COVID-19 пациенти във всички болнични заведения в страната, включително (!) в комплексните онкологични центрове, където се намира най-рисковият контингент пациенти.
- ▶ Втората мярка, която допълва отрицателното въздействие върху системата, е забраната за планов прием и планови операции за всички болници в страната.
- ▶ Третата мярка е заповедта за болнично лечение да се приемат само COVID-19 пациенти, включително и с леко протичане на заболяването и дори такива, които не могат да бъдат изолирани в домашна среда. Резултатът е претоварване на болниците само с един вид пациенти, което води касада от проблеми.

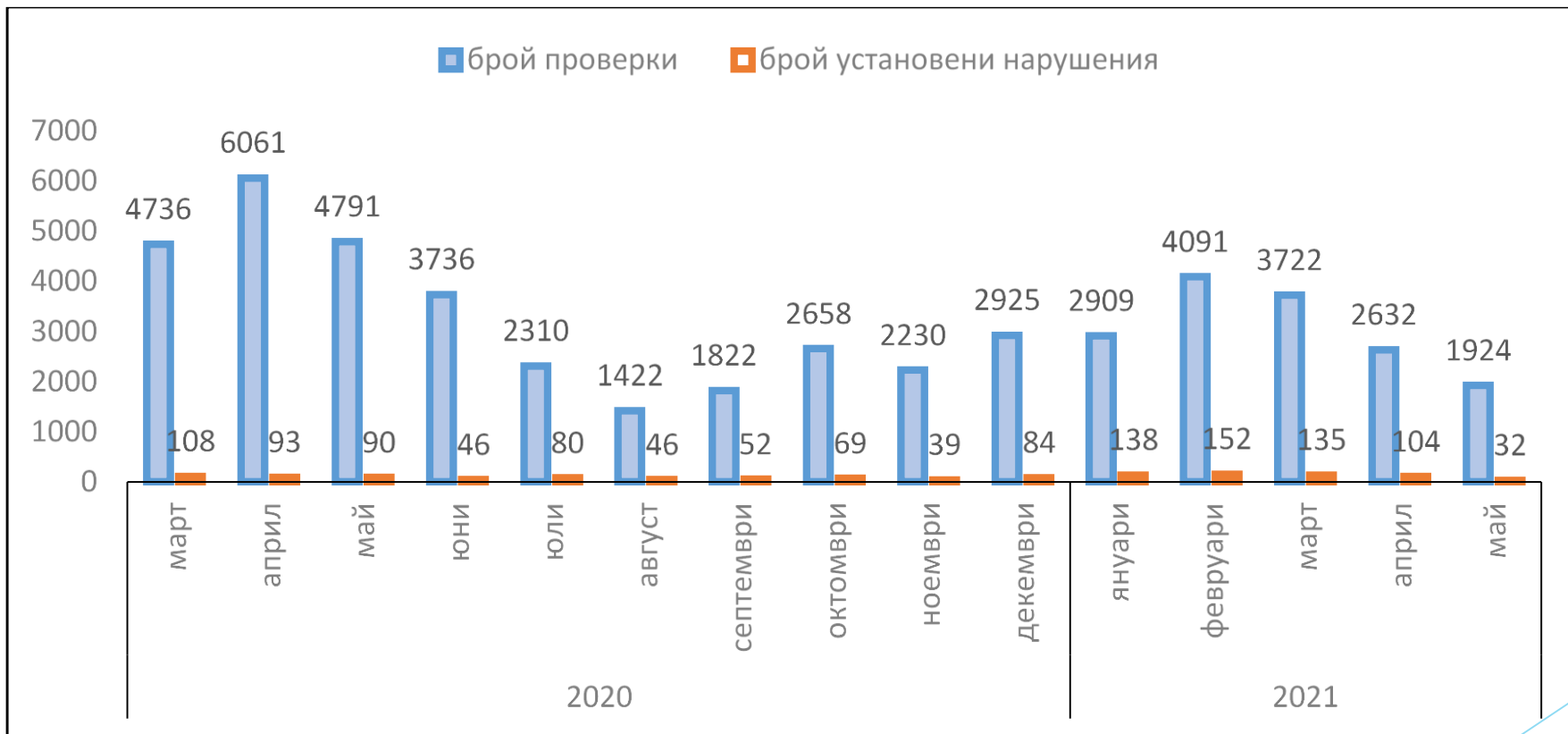
Заклучение

Независимо от честните усилия на всички медицински ръководители и специалисти да се отговори адекватно на заплахата, като цяло управлението на кризата е по-скоро политическо, отколкото медицинско. Едно много важно следствие е дискредитирането на властта и институциите, отговорни за справяне с пандемията, което отваря пространство за конспиративни теории, политиканстване, спекулации и непрофесионални медийни изяви. В резултат от това имаме недоверие в усилията на властта да се справи с пандемията, включително и антиваксинационни настроения. Всичко това изисква сериозни усилия за възстановяване на доверието в институциите и професионализма на работещите в системата на здравеопазването и техните ръководители.

Част 9.

Анализ и оценка на ефекта от прилаганите
обща противоепидемични мерки.

Общ брой проверки и установени нарушения по месеци в периода март 2020 г. - май 2021 г. относно спазване на противоепидемичните мерки: преустановяване или ограничаване на дейността на питейни и хранителни заведения, спортни клубове и фитнеси, преустановяване на масови мероприятия



Част 10.

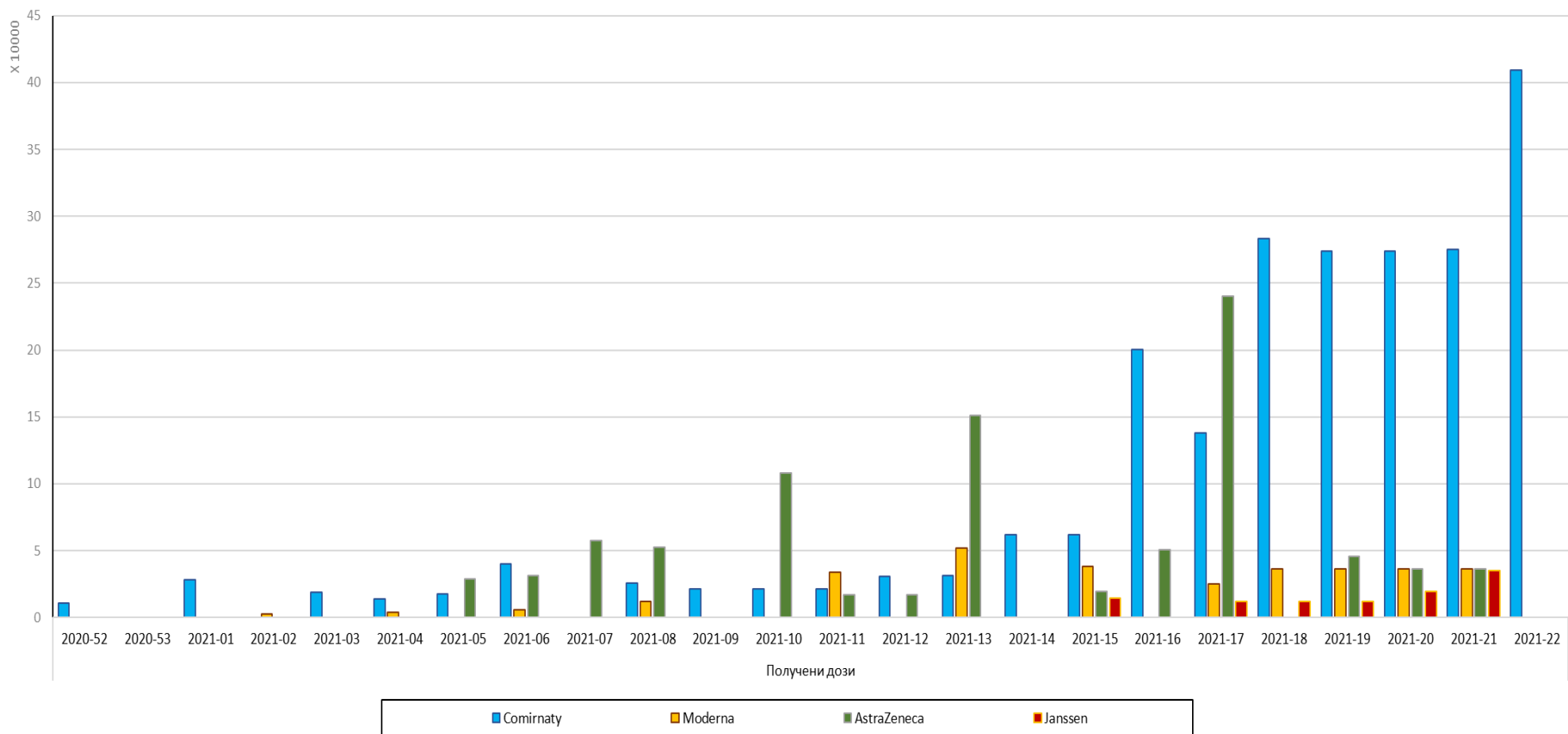
Анализ на профилактичните дейности,
свързани с COVID-19 - ваксинационен
план, снабдяване и осигуряване с
ваксини и решения на Националния
ваксинационен щаб

Хронология на първите доставки на ваксини срещу COVID-19, разрешени в ЕС

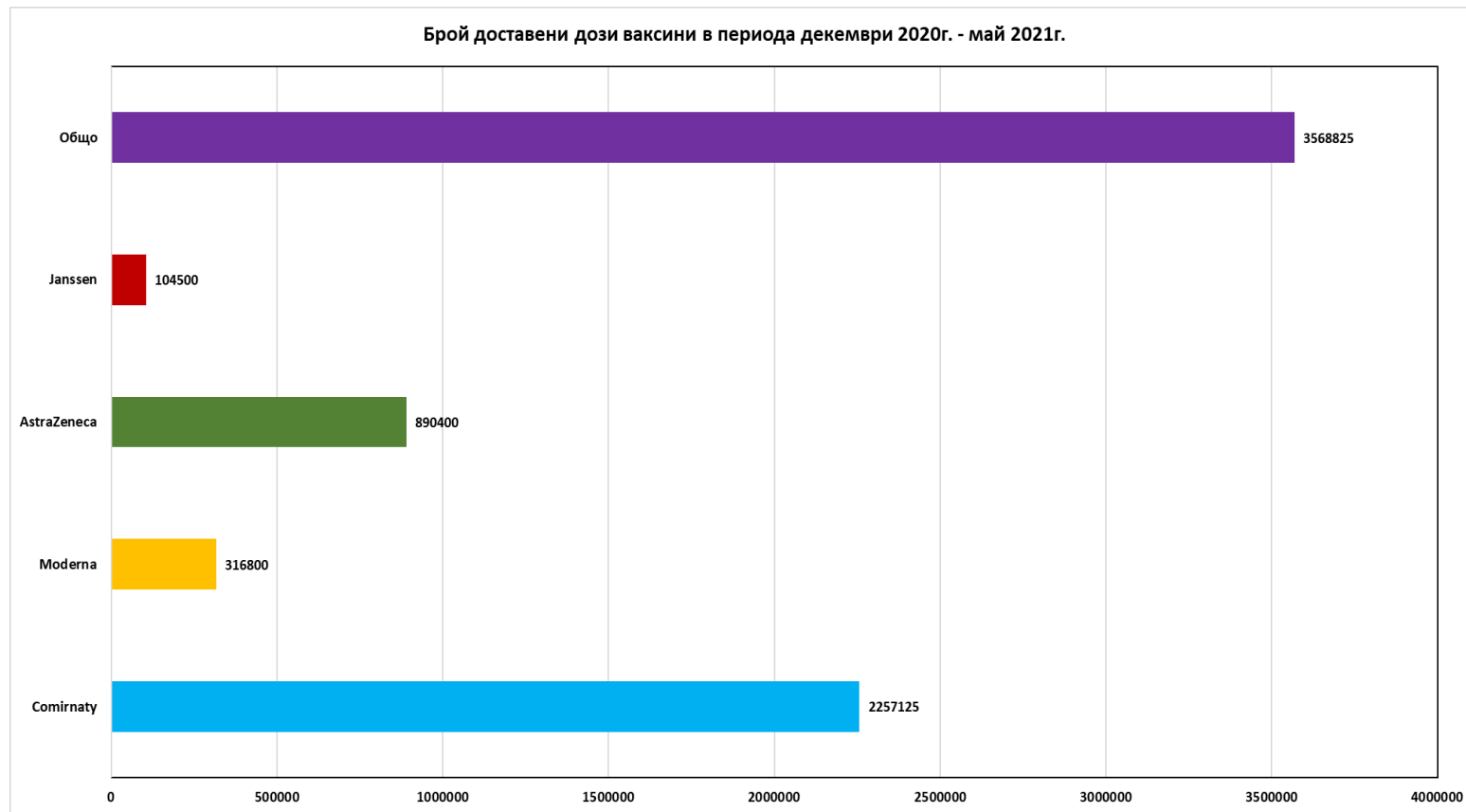
Ваксина-вид	Разрешена за употреба в ЕС (дата)	Първа доставка в Р България (дата)
PfizerBioNTech Comirnaty	21.12.2021	26.12.2020
Moderna	06.01.2021	13.01.2021
Astra Zeneca (сега Vaxzevria)	29.01.2021	07.02.2021
Janssen	11.03.2021	15.04.2021

Хронология на доставките на ваксини срещу COVID-19 на седмична база

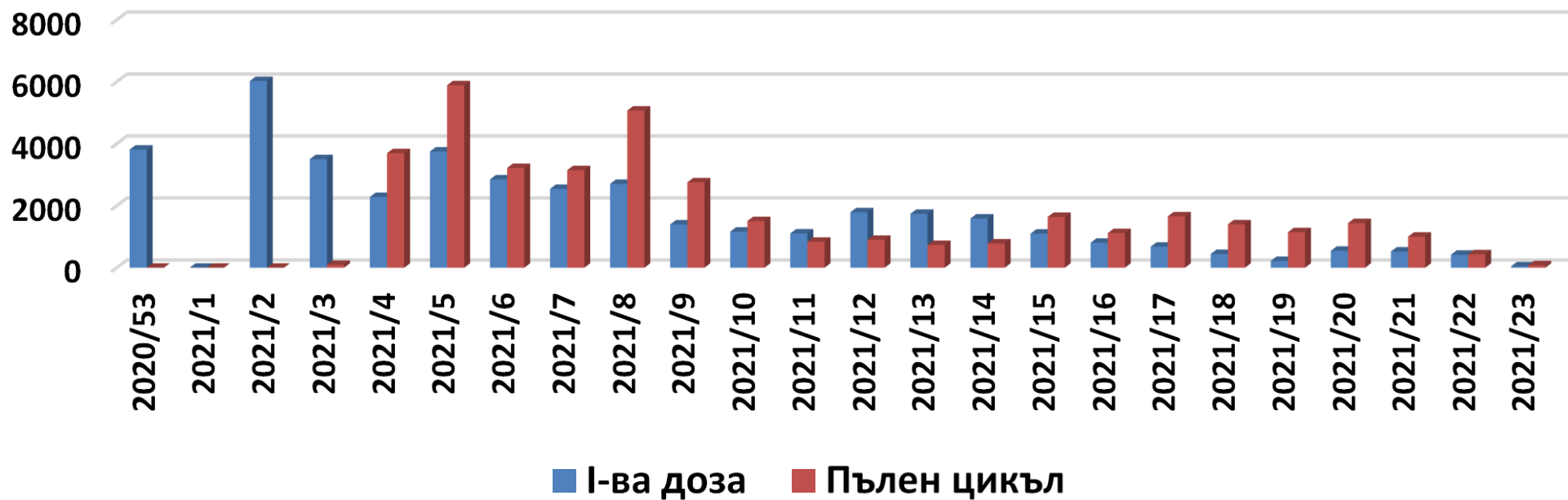
Периодичност на доставката на ваксини през периода декември 2020 г. – май 2021 г.



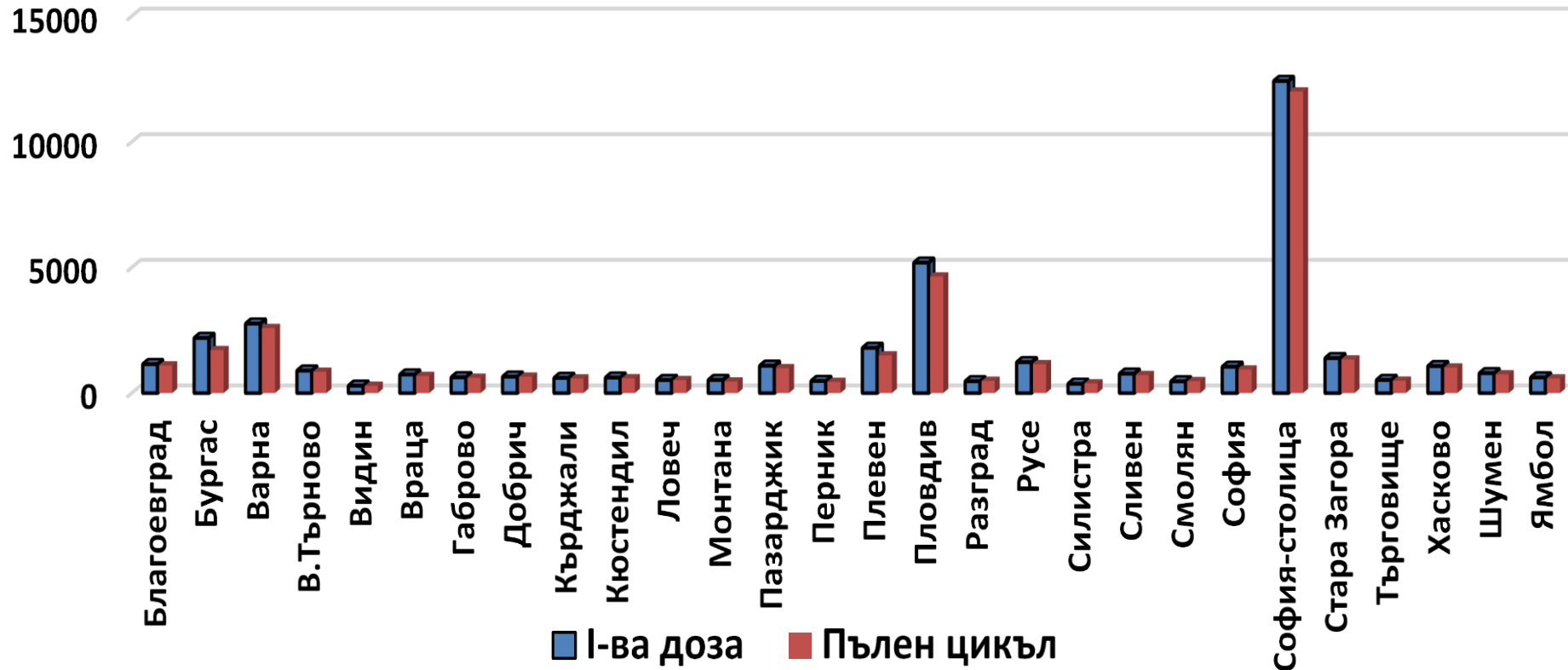
Към края на май 2021 г. в страната са получени общо 3 568 825 дози ваксини от четирите производителя. Най-голямо е количеството от Pfizer/BioNTech Comirnaty (2 257 125 дози), следвано от другите две двудозови ваксини - AstraZeneca (890 400 дози) и Moderna (316 800 дози). Сравнително по-малки количества са получени от еднодозовата ваксина Janssen (104 500 дози).



Ваксинирани здравни работници в периода декември 2020-май 2021 г. на седмична база

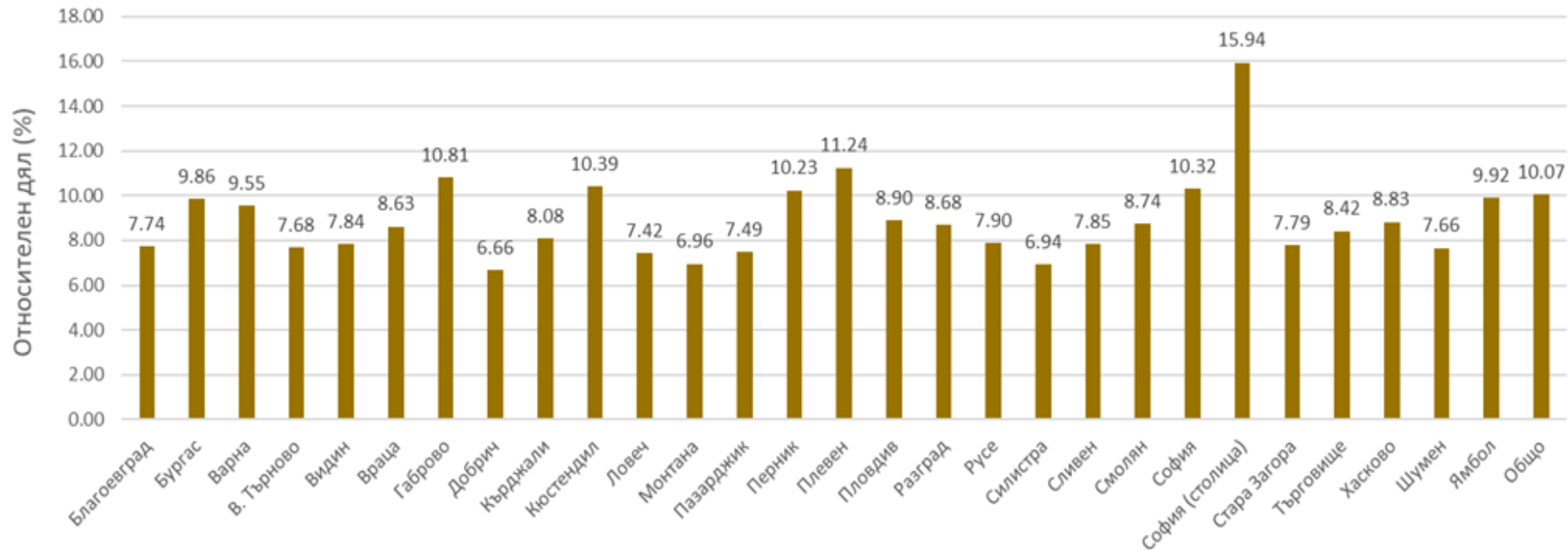


Ваксинирани здравни работници по области за периода декември 2020 - май 2021 г.

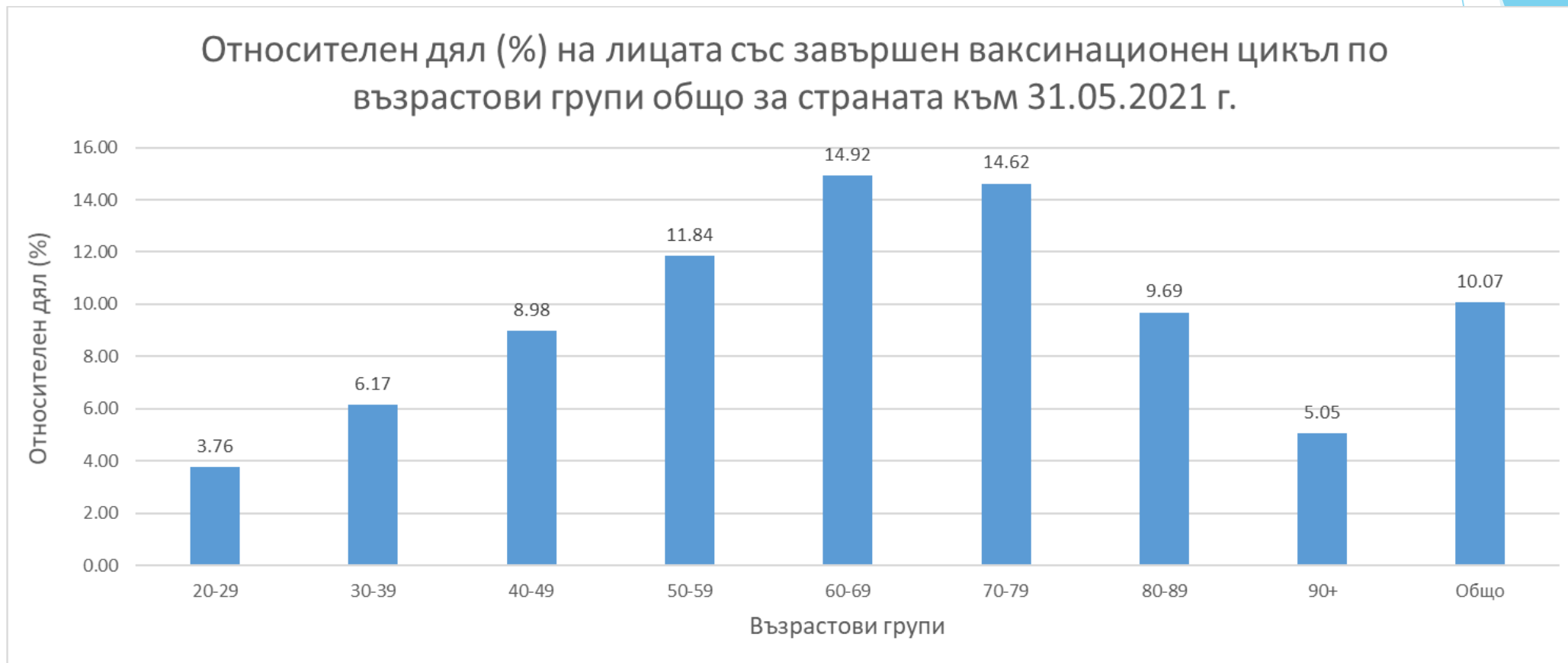


За наблюдавания период средният дял на лицата със завършен цикъл на ваксинация срещу COVID-19 във възрастовата група 20-29 г. в страната е 3.76%.

Относителен дял (%) на лицата със завършен ваксинационен цикъл по области и общо за страната към 31.05.2021 г.



Най-голям е дялът на рисковите възрастови групи 60-69 години (14.92%) и 70-79 години (14.62%), следван от групата 50-59 (11.84%).



Изводи

- ▶ На национално ниво е създадена организация за провеждане на ваксинационния процес чрез приемане на Национален план за ваксиниране срещу COVID-19 и формиране на Национален ваксинационен щаб за координация и контрол на неговото изпълнение;
- ▶ Определени са фази за приоритетно ваксиниране и рискови групи, като при изпълнението на ваксинационния процес те са адаптирани в съответствие с конкретните потребности и обстановка;
- ▶ Осигуряването на ваксини в България стартира веднага след получаване на разрешение от съответните европейски структури;
- ▶ Доставката на ваксини продължава регулярно, с постепенно включване на всички ваксини, разрешени в ЕС и непрекъснато увеличаване на техните количества;
- ▶ Разпределението на ваксините се определя централно, като имунизационната кампания срещу COVID-19 се организирана на регионално ниво от РЗИ;
- ▶ Ваксинационният процес стартира с обхващане на лицата от целевите групи от фаза I на Плана, с първоначален приоритет на медицинския персонал от първа линия, продължава поетапно и при целевите групи на фаза I - V, като при изразено желание и наличие на ваксини се допуска и ваксиниране на лица извън тях;
- ▶ Към края на май 2021 г. относителният дял на лицата със завършен ваксинационен цикъл е нисък (10.07% средно за страната), с най-високо ваксинационно покритие на национално ниво във възрастовите групи 60-69 год. (14.92%) и 70-79 год. (14.62%), и едва 3.76% във възрастта 20-29 год.

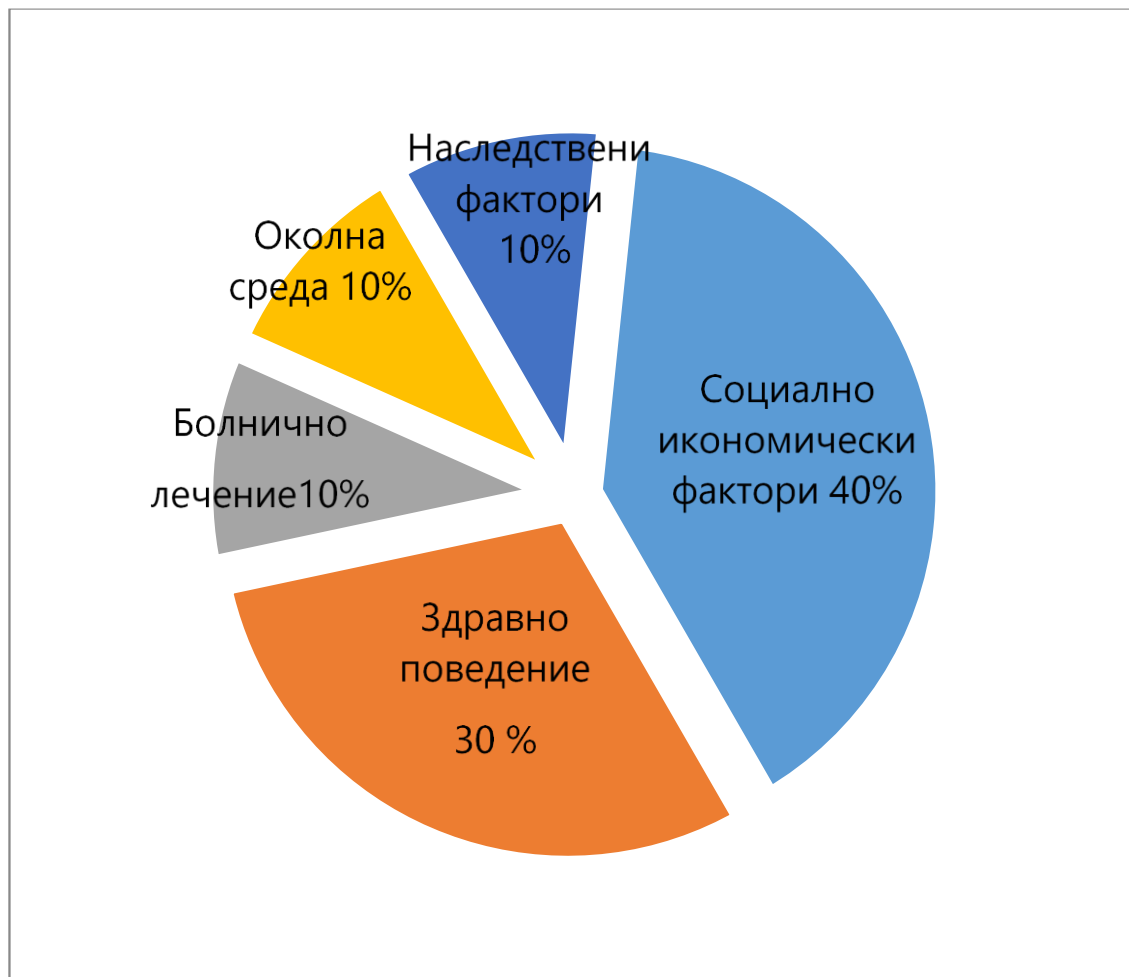
Заключение

- ▶ Пандемията от Корона вирус беше неочаквана и постави на изпитание всички здравни и социални системи в страните по света.
- ▶ България не направи изключение от това правило, нещо повече, оказа се, че тя влезе в пандемията с редица проблеми от обществено-здравен характер.
- ▶ Кризата освети като през увеличително стъкло всички недъзи и недостатъци на здравната система, които през последните две десетилетия бяха ситематично negliжирани и недооценявани.
- ▶ Тя извади на дневен ред ценностния въпрос за здравето на българското население и шансовете му за оцеляване през новия век.
- ▶ Неочаквано високата извънредна смъртност в двата пика на пандемията през 2020 г. и 2021 г. в международен план постави България на челните места в негативните световни класации.

Причините за това могат да бъдат групирани в следните категории

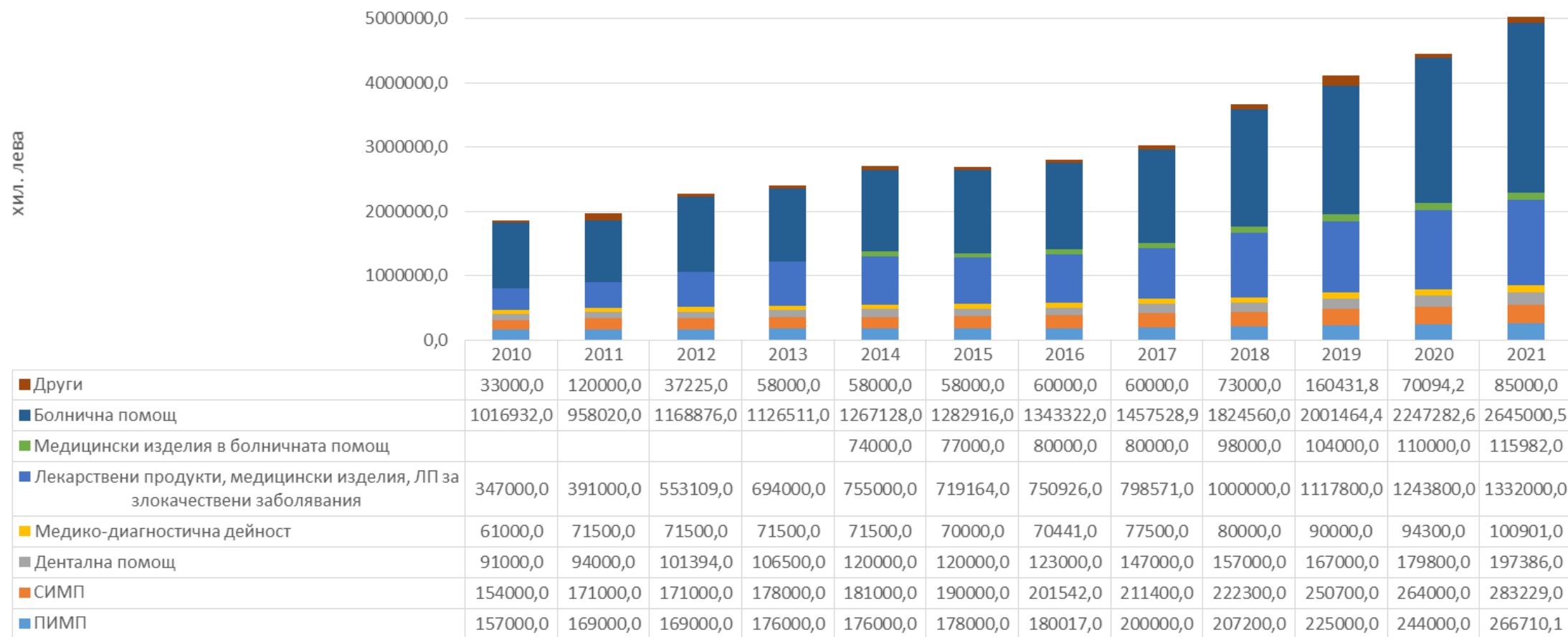
- ▶ Състоянието на общественото здраве и здравно-демографските показатели на българския народ, с които той посреща пандемията.
- ▶ Състоянието на здравната система.
- ▶ Организацията и действията за справяне с пандемията.

Лошо състояние на общественото здраве и лоши здравно-демографски показатели на българския народ



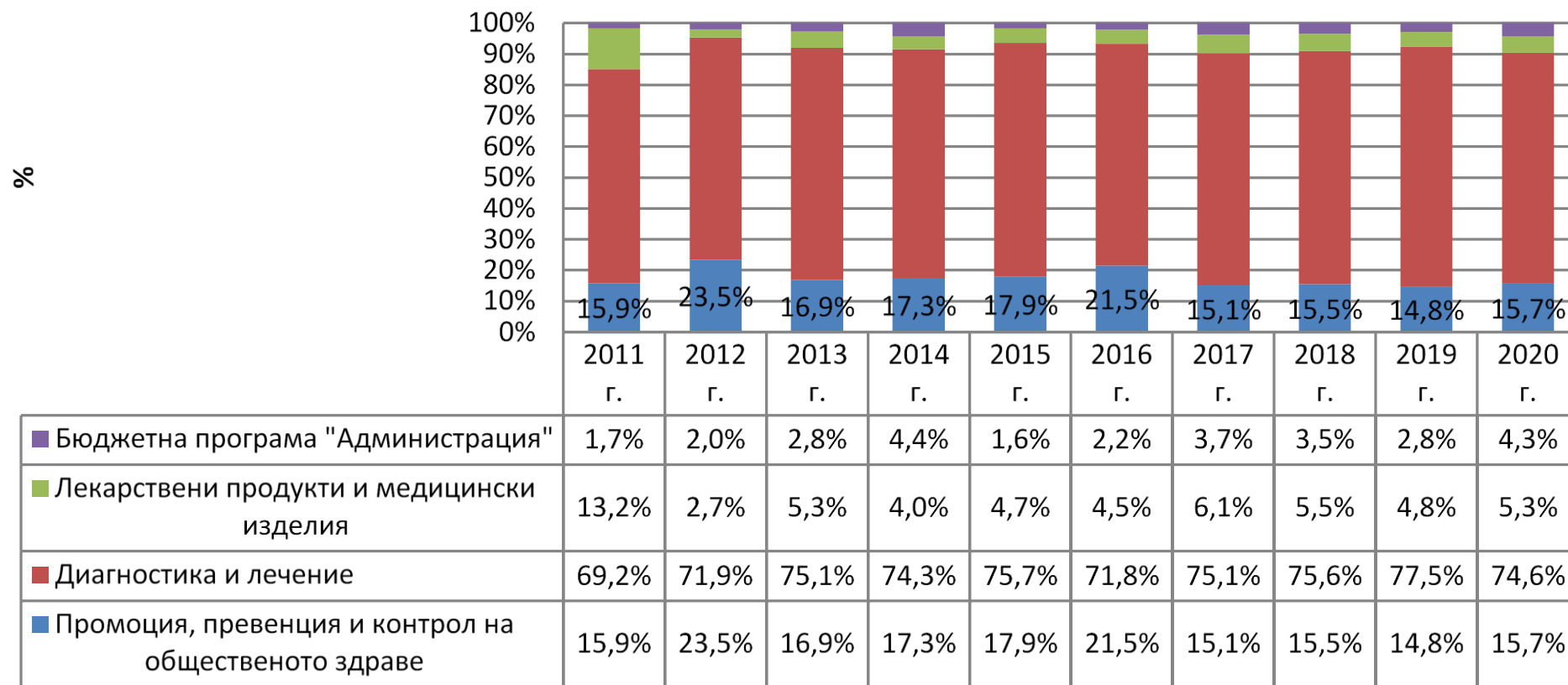
Финансиране на здравната система

Разпределение на здравноосигурителните плащания по видове съгласно закона за бюджета на НЗОК по години
(в хил. лева)



Разходи за промоция, превенция и обществено здраве

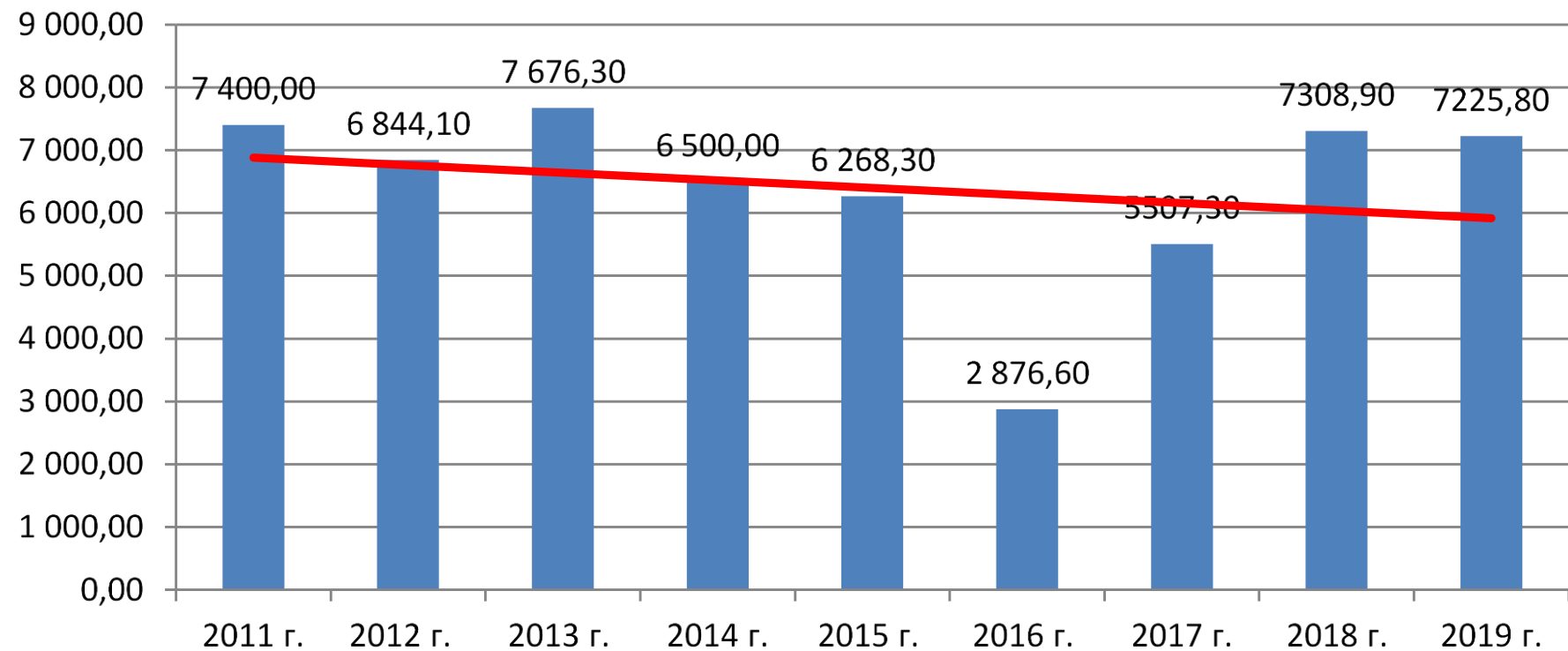
Разходи по политики и програми 2011-2020 г. (по бюджета на Министерство на здравеопазването)



Разходи за профилактични национални програми

Разходи за национални програми, заплащани от МЗ за 2011-2019

Г. в хил.лева



Кризата, която предизвика в България COVID-19, е управлявана предимно с политически и по-малко медицински подход. За това не може да се търсят конкретни виновни лица - всеки е действал според собствените си убеждения в името на доброто за всички. Съществуват обективни обстоятелства, на които и най-доброто или най-некадърното управление не може да влияе. Тази криза е породена до голяма степен от такива обстоятелства. Проблемът е, че липсата на подготовка, адекватно финансиране и позитивно отношение към общественото здраве се показва с убийствена яснота именно по време на такива изпитания за цялата страна.

Благодаря за вниманието

<https://ncpha.government.bg/>