



State of Health in the EU

България

Здравен профил на страната 2019 г.

Поредицата „Здравни профили на държавите“

В здравните профили на държавите, публикувани в изданието *State of Health in the EU*, се предоставя кратък и свързан с политиката преглед на здравето и системите на здравеопазването в ЕС/Европейското икономическо пространство. Основното ударение в тях се поставя върху специфичните особености и предизвикателства във всяка държава в контекста на съпоставки между държавите. Целта е политиките и заинтересованите страни да бъдат подпомогнати със средство за взаимно обучение и доброволен обмен.

Профилите са продукт на съвместната работа на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и European Observatory on Health Systems and Policies в сътрудничество с Европейската комисия. Екипът благодари за ценните коментари и предложения, предоставени от мрежата на платформата Health Systems and Policy Monitor, здравния комитет на ОИСР и експертната група на ЕС по здравна информация.

Съдържание

1. АКЦЕНТИ	3
2. ЗДРАВЕТО В БЪЛГАРИЯ	4
3. РИСКОВИ ФАКТОРИ	8
4. СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	10
5. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	13
5.1 Ефикасност	13
5.2 Достъпност	16
5.3 Устойчивост	19
6. ОСНОВНИ КОНСТАТАЦИИ	22

Източници на данни и информация

Данните и информацията в здравните профили на държавите се основават главно на официалните национални статистически данни, предоставени на Eurostat и ОИСР, които бяха валидирани, за да се гарантират най-високи стандарти за съпоставимост на данните. Източниците и методите, на които се основават тези данни, са достъпни в базата данни на Eurostat и здравната база данни на ОИСР. Някои допълнителни данни са получени също и от Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), изследванията Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) и Световната здравна организация (СЗО), както и от други национални източници.

Изчислените средни стойности за ЕС са претеглените средни стойности на 28-те държави членки, освен ако не е посочено друго. Тези средни стойности за ЕС не включват Исландия и Норвегия.

Настоящият профил беше завършен през август 2019 г. въз основа на данните, налични през юли 2019 г.

За да изтеглите файла в Excel, съдържащ всички таблици и графики от настоящия профил, трябва само да въведете следния URL във вашия интернет браузър: <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Bulgaria.xls>

Демографски и социално-икономически контекст в България, 2017 г.

Демографски фактори	България	ЕС
Население (средногодишен брой)	7 076 000	511 876 000
Дял от населението на възраст над 65 години (%)	20,7	19,4
Коефициент на плодовитост ¹	1,6	1,6
Социално-икономически фактори		
БВП на глава от населението (ППС в EUR ²)	14 800	30 000
Относителен дял на бедните ³ (%)	23,4	16,9
Коефициент на безработица (%)	6,2	7,6

1. Брой родени деца на жена от населението на възраст 15 — 49 години. 2. Паритетът на покупателната способност (ППС) се определя като обменния валутен курс, при който покупателната способност на различните валути се уравнива, като се премахват разликите в равнищата на цените между държавите.

3. Процент на лицата, живеещи с по-малко от 60 % от средния разполагаем доход.

Източник: базата данни на Eurostat.

Отказ от отговорност: Изразените в настоящия документ мнения и аргументи са единствено на авторите и не отразяват непременно официалните виждания на ОИСР или на нейните държави членки, или на European Observatory on Health Systems and Policies или някой от нейните партньори. По никакъв начин не може да се счита, че вижданията, изложени в настоящия документ, отразяват официалната позиция на Европейския съюз.

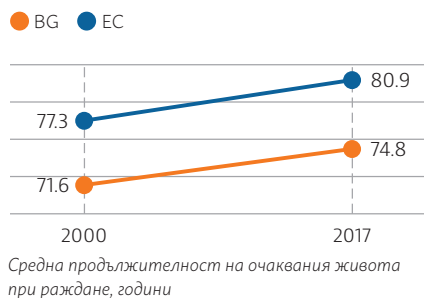
Настоящият документ, както и всички данни и карти, включени в него, не засягат статута или суверенитета на дадена територия, нито определянето на международни граници или името на дадена територия, град или област.

Допълнителни сведения за отказ от отговорност на СЗО могат да бъдат прегледани на адрес <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

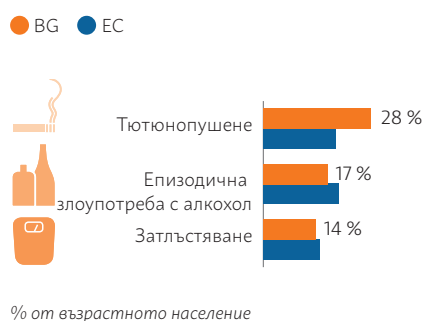
1 Акценти

Очакваната средна продължителност на живот на българите се е увеличила, но все още е най-ниската в ЕС. Недостатъчно развитите превантивни мерки и извънболнична (или амбулаторна) помощ допринасят за слабите резултати в областта на здравеопазването. Системата за социално здравно осигуряване е задължителна, но на практика съществуват значителни разлики по отношение на покритието на населението и това, което се предлага в пакета от здравни дейности. Последните инициативи за реформи бяха съсредоточени върху контрола върху разходите и повишаването на ефективността, включително въвеждането на оценка на здравните технологии (O3T) за целите на реимбурсирането на лекарствените продукти, и изместването на фокуса от болничната помощ.



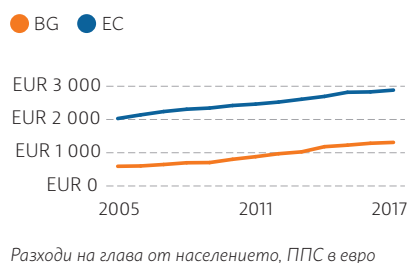
Здравен статус

Очакваната средна продължителност на живота в България се е увеличила с над три години през периода 2000—2017 г., но по-голямото нарастване в други държави — членки на ЕС, увеличава разликата между България и средната стойност за ЕС. Болестите на органите на кръвообръщането и онкологичните заболявания са основните причини за умирање, като съществуват значителни различия в здравното състояние според пола, региона и образованието. Заболяемостта от инфекциозни болести, като туберкулоза (ТБ), също продължава да бъде притеснителна.



Рискови фактори

Ограничаването на широкото разпространение на поведенческите рискови фактори представлява сериозно предизвикателство. Въпреки слабото намаление на употребата на тютюн, равнището на тютюнопушенето сред възрастните е най-високото в ЕС, като през 2014 г. достига 28 % (36,4 % сред мъжете). Тютюнопушенето сред подрастващите също е разпространено. Консумацията на големи количества алкохол през 2014 г. е малко под средното равнище за ЕС при възрастните, но се увеличава сред подрастващите момчета. Макар че процентът на затлъстяване сред възрастните е малко под средния за ЕС, проблемът сред децата нараства, като едно на всеки пет деца страда от наднормено тегло или затлъстяване.

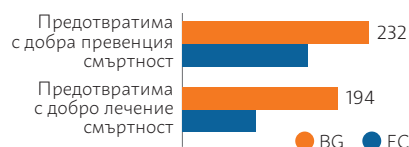


Здравна система

Макар размерът им да се е удвоил от 2005 г. насам, разходите за здравеопазване на глава от населението в размер на 1311 EUR са четвъртите най-ниски в ЕС през 2017 г. Това представлява 8,1 % от БВП, което е под средната стойност за ЕС от 9,8 %, но е по-високо от равнището в съседните държави. Директните плащания (ДП) от потребителите през 2017 г. са най-високите в ЕС (46,6 % в сравнение с 15,8 % като средна стойност) и се обуславят главно от доплащанията за лекарствени продукти и извънболнична помощ. Разпространението на неофициалните плащания също увеличава разходите на домакинствата за здравеопазване.

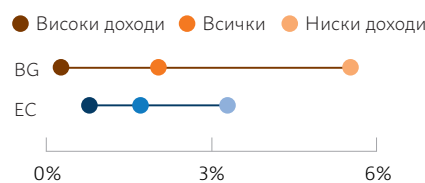
Ефикасност

Както предотвратимата с превенция смъртност, така и предотвратимата с добро лечение, са сред най-високите в ЕС, което свидетелства за големи възможности за подобряване на профилактиката и ефикасността на медицинската помощ. Липсата на данни по ключови показатели възпрепятства мониторинга на качеството на здравеопазването.



Достъпност

Въпреки че заявените неудовлетворени потребности са на най-ниското равнище от 2008 г. насам, групите с ниски доходи са по-силно засегнати. Високите директните плащания и липсата на здравно осигуряване при значителен дял от населението са основните пречки пред достъпа.



Устойчивост

Финансовата устойчивост на здравната система е поставена на изпитание поради прекомерното разчитане на частните разходи, както и поради намаляващото население в трудоспособна възраст, допринасящо за приходите на социалното здравно осигуряване. Усилията да се подобри ефективността чрез преориентиране на предоставяването на услуги и на ресурсите от болниците към извънболничната помощ се оказаха трудно осъществими.



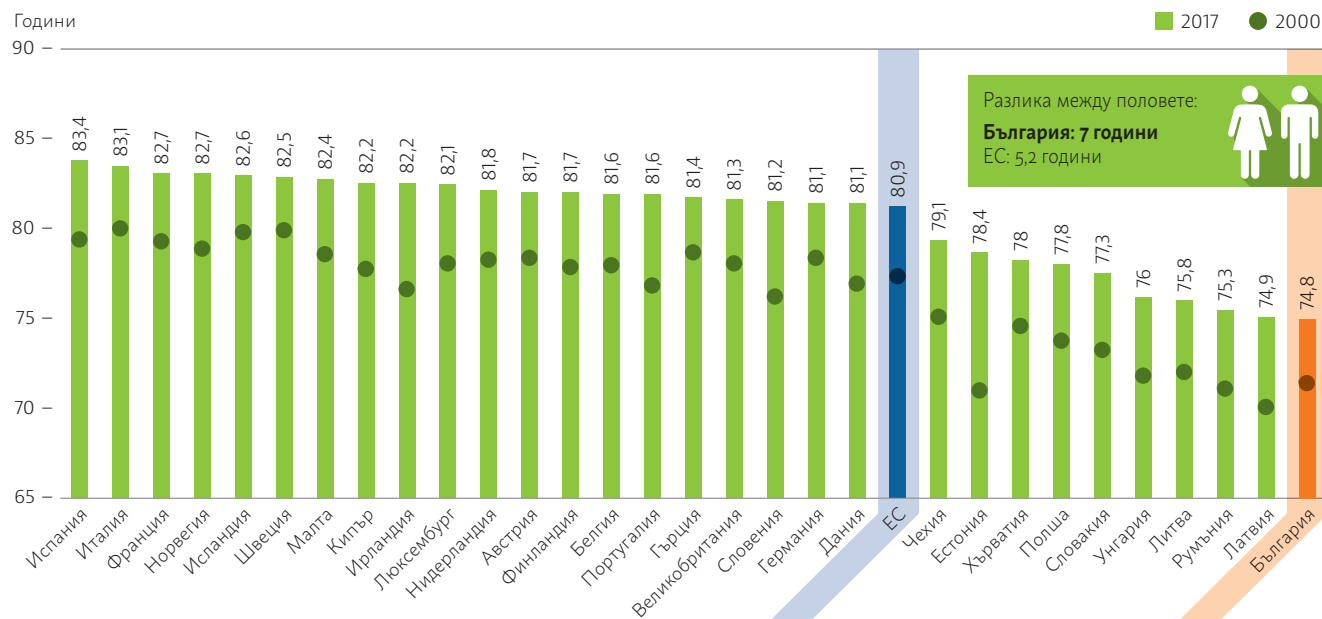
2 Здравето в България

Очакваната средна продължителност на живота при раждане в България се е увеличила, но продължават да съществуват големи различия между мъжете и жените

Макар че средната продължителност на живота в България се е увеличила от 71,6 години през 2000 г. на 74,8 години през 2017 г., тя е най-ниската в ЕС (фигура 1). Въпреки че Латвия, Естония и Румъния са регистрирали по-кратка средна продължителност

на живота през 2000 г., увеличението в тези държави изпреварва това в България. Повишението на средната продължителност на живота е по-голямо сред жените, отколкото сред мъжете, като по този начин съществуващата разлика между половете е нараснала на седем години. Въпреки това жените в България са с най-ниската средна продължителност на живота в ЕС (78,4 години), докато мъжете са с третата най-ниска (71,4 години).

Фигура 1. Населението на България е с най-кратката очаквана продължителност на живота в ЕС



Източник: База данни на Eurostat.

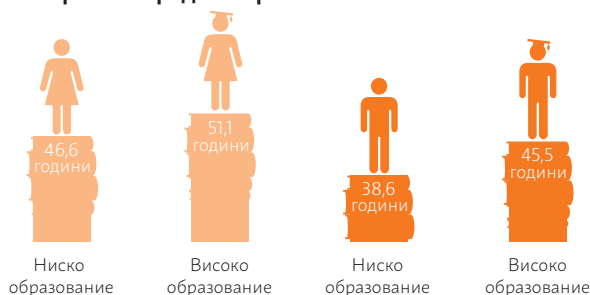
Неравенствата в очакваната средна продължителност на живота според образователното равнище са значителни

Както е показано на фигура 2, мъжете с ниско образование на възраст 30 години живеят средно с 6,9 години по-малко от тези с висше образование, макар че тази разлика е по-малка от средната стойност за ЕС от 7,6 години. При жените разликата е по-слабо изразена — 4,5 години, но малко по-голяма от средната за ЕС от 4,1 години. Тази разлика в продължителността на живота може да се обясни отчасти с различната експозиция на рискови фактори, като например употреба на тютюн и нездравословно хранене¹.

Детската смъртност намалява, но продължават да съществуват регионални различия

През периода 2000—2018 г. България постига значителни подобрения по отношение на детската смъртност, която намалява значително от 13,3 на

Фигура 2. Очакваната средна продължителност на живота на българите с висше образование надвишава с до седем години тази на българите, които не са завършили средно образование



Разлика в продължителността на живота според образованието:
България: 4,5 години
ЕС21: 4,1 години
България: 6,9 години
ЕС21: 7,6 години

Забележка: Данните се отнасят за средната продължителност на предстоящия живот на възраст 30 години. Високото образование се отнася за лицата, завършили висше образование (равнища 5—8 от ISCED), докато ниското образование се отнася за лицата, които не са завършили средно образование (равнища 0—2 от ISCED).

Източник: База данни на Eurostat (данните се отнасят за 2016 г.).

1: Тъй като хората с по-високо образование обикновено имат по-висок социално-икономически статус, разликите в очакваната средна продължителност на живота според образователното равнище са свързани и с разликите в доходите и жизнения стандарт, което може да повлияе както на излагането на различни рискови фактори, така и на достъпа до здравни услуги.

5,8 смъртни случая на 1000 живородени — резултат, който се дължи и на Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве. Продължават да съществуват обаче значителни регионални различия, като в област Смолян и област София (столица) са отчетени ниски коефициенти от съответно 1,5 и 2,6, докато много по-високи са отчетени в Плевен (11,3) и Разград (10,6) (Национален статистически институт, 2019а).

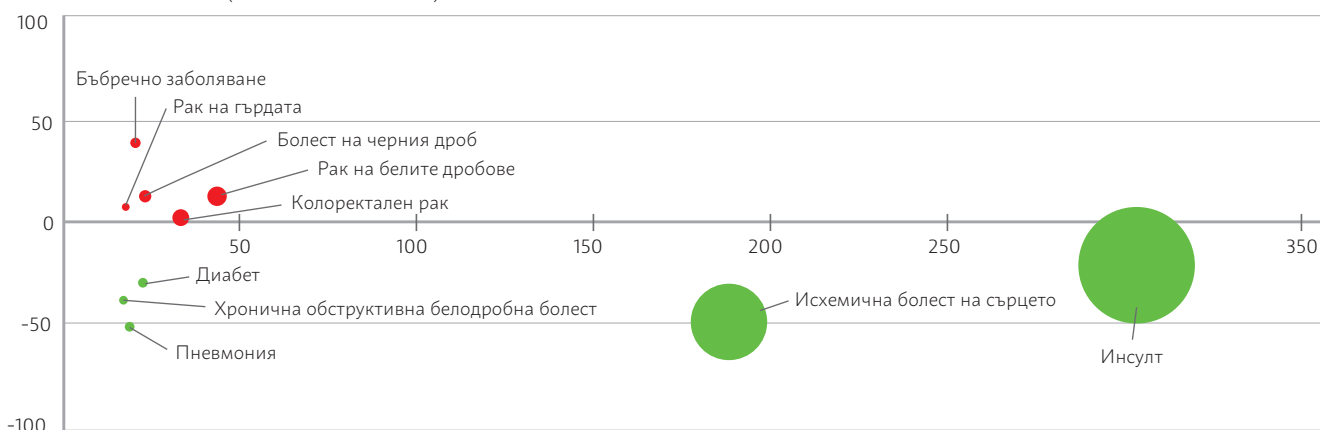
Сърдечно-съдовите заболявания са водещата причина за смърт в България

На болестите на органите на кръвообръщението се дължат най-висок брой умирания в България с над 1100 на 100 000 души за 2016 г. (около три

пъти повече от средната стойност за ЕС, която е 360 на 100 000). На инсулти се дължат 300 от тях (в сравнение с 80 средно за ЕС). Всъщност инсултът е бил причина за около една пета от всички смъртни случаи (фигура 3). За разлика от това, смъртността от исхемична болест на сърцето — втората най-често срещана причина за смърт, е намаляла повече от наполовина от 2000 г. насам. Спадът е по-изразен при жените, отколкото при мъжете, и отчасти се дължи на намаляването на някои поведенчески рискови фактори, както и на подобрената ранна диагностика и лечение (като например безплатни годишни медицински прегледи за сърдечно-съдови заболявания) и увеличената употреба на лекарства за хипертония.

Фигура 3. На сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания се дължи по-голямата част от умиранията в България

% изменение 2000-2016 (или най-близка година)



Стандартизиран по възраст коефициент на смъртност на 100 000 души население, 2016 г.

Забележка: Размерът на окръжностите е пропорционален на коефициентите на смъртност през 2016 г.

Източник: База данни на Eurostat.

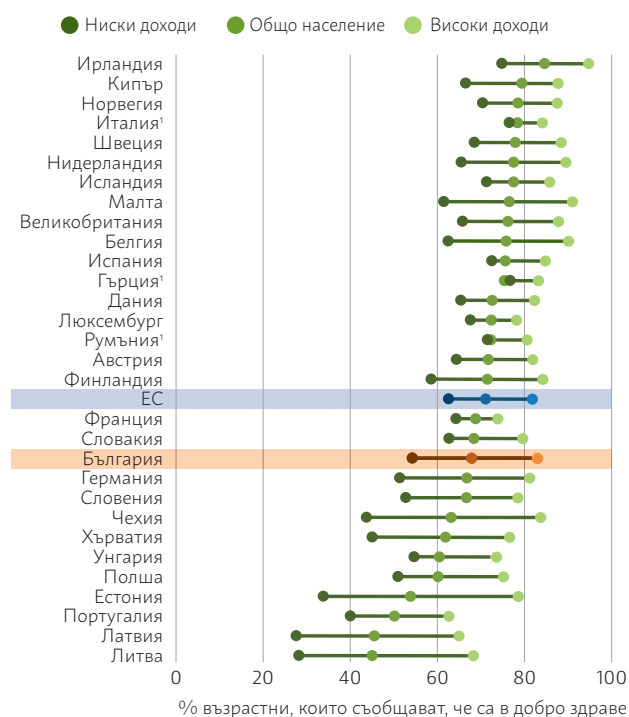
Ракът на белите дробове е най-честата причина за смърт от онкологични заболявания, като смъртността се е увеличила с близо 12 % от 2000 г. насам, което отчасти е отражение на последиците от тютюнопушенето (раздел 3). През последните години е нараснала и смъртността от други видове онкологични заболявания, по-специално от рак на дебелото черво и на гърдата.

По-голямата част от хората съобщават, че са в добро здраве, но съществуват изразени различия в зависимост от размера на доходите

През 2017 г. две трети от населението съобщава, че е в добро здраве, което е близо до средната стойност за ЕС от 69,7 % (фигура 4). Въпреки това в България съществуват по-големи различия между групите с различни доходи, отколкото в ЕС. Повече от четири на всеки пет лица, които попадат в квинтила на най-високите доходи, считат, че са в добро здраве, в сравнение със само около половината от лицата в квинтила на най-ниските доходи.

Забележка: 1. Дяловете за цялото население и тези за населението с ниски доходи са приблизително еднакви.
Източник: База данни на Eurostat, въз основа на EU-SILC (данните се отнасят за 2017 г.).

Фигура 4. Две трети от българското население дават положителна оценка за своето здраве



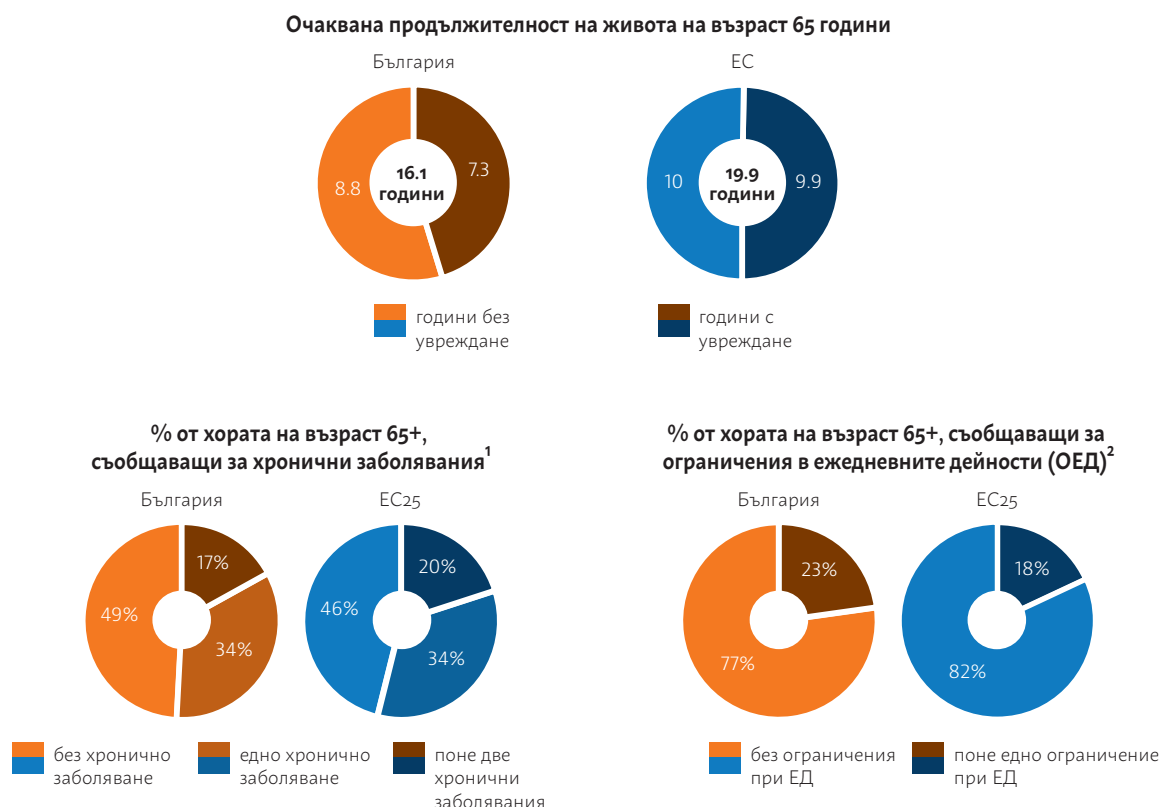
Около две пети от живота след 65-годишна възраст са придружени с някои здравни проблеми или увреждания

През 2017 г. българите на възраст 65 години се очаква да живеят още 16,1 години — увеличение с две години от 2000 г. Въпреки това, както е обичайно и за други държави от ЕС, известен брой години живот след 65-годишна възраст са придружени с някои здравни проблеми или увреждания. В България това са средно около седем години, което е значително по-малко от средната стойност за ЕС (фигура 5). Въпреки че разликата между половете по отношение на средната продължителност на предстоящия живота на възраст 65 години остава значителна, като

българските мъже живеят почти 4 години по-малко от жените (14,1 години спрямо 17,8), разликата в броя на годините живот в добро здраве² е по-малко от 1 година, тъй като жените живеят по-дълго с хронични заболявания или увреждания.

Малко над половината от хората на възраст 65 и повече години съобщават, че имат поне едно хронично заболяване, като този дял е малко под средния за ЕС. Почти една четвърт от населението на възраст 65 и повече години обаче съобщава за тежки увреждания, които ограничават основните ежедневни дейности (ОЕД), като обличане и вземане на душ. Това равнище е много по-високо от средното за ЕС (18 %).

Фигура 5. Половината българи на възраст 65 и повече години имат поне едно хронично заболяване



Забележки: 1 Хроничните заболявания включват инфаркт, инсулт, диабет, болест на Паркинсон, болест на Алцхаймер и ревматоиден артрит или остеоартрит. 2 Основните ежедневни дейности включват обличане, придвижване в стаята, къпане или вземане на душ, хранене, лягане или ставане от леглото и използване на тоалетната.

Източници: База данни на Eurostat за средна продължителност на живота и брой на годините живот в добро здраве (данните се отнасят за 2017 г.); изследването SHARE за останалите показатели (данните се отнасят за 2017 г.).

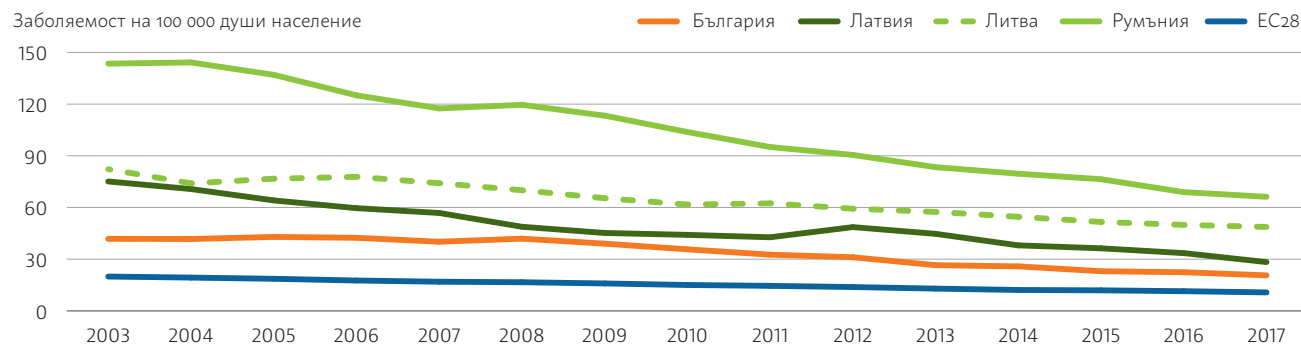
2: Показателят „брой на годините живот в добро здраве“ измерва броя на годините, които хората на различна възраст могат да очакват да изживеят без увреждания.

Пред България все още стоят важни предизвикателства при справянето с инфекциозните болести

Въпреки че броят на новите случаи на ТБ е намалял през последното десетилетие, разпространението все още не е овладяно. През 2017 г. честотата на регистриране е почти двукратно по-голяма от средната за ЕС/ЕИП — 21 нови случая на 100 000 души население в сравнение с 11 на 100 000 души население в ЕС/ЕИП (фигура 6). Освен това заболяемостта от

морбили се увеличава рязко от 0,1 на милион души население през 2016 г. на 23,2 през 2017 г. Тъй като през 2017 г. съседна Румъния е отчела заболяемост от 462 на милион души население, се налага особено внимание при мониторинга на заболяемостта и ваксинациите (вж. раздел 5.1).

Фигура 6. Броят на новорегистрираните случаи на туберкулоза е намалял, но продължава да надвишава средния за ЕС



Източник: Данни от надзора на ECDC



3 Рискови фактори

Повече от половината от всички умирения се дължат на поведенчески рискови фактори

Делът на умиренията дължащи се на поведенчески рискови фактори се оценява на 51 % от всички смъртни случаи в България, спрямо 39 % в целия ЕС (фигура 7). Рисковете, свързани с хранителния режим, включително ниската консумация на плодове и зеленчуци и високата консумация на захар и сол, имат определена роля за 33 % от всички смъртни случаи през 2017 г., което е най-високият дял в ЕС и надвишава почти двойно средната стойност за ЕС (18 %). Тютюнопушенето (включително активното и пасивното пушене) е допринесло за приблизително 21 % от всички смъртни случаи, докато около 5 % се дължат на употребата на алкохол, а 4 % — на ниската физическа активност (фигура 7).

България е с най-висок процент на пушачи сред възрастното население и с втори най-висок процент сред подрастващите момичета

През последните години България е постигнала известен напредък по отношение на контрола на тютюнопушенето (вж. раздел 5.1.), но то продължава да бъде основен проблем за общественото здраве (фигура 8). През 2014 г. равнището на тютюнопушене сред възрастните е най-голямото в ЕС, като повече от един на всеки четирима възрастни (и повече от един на всеки трима мъже) пуши ежедневно. Редовното тютюнопушене сред подрастващите също е изключително обезпокоително, особено сред момичетата. През 2015 г. около 37 % от момичетата на възраст между 15 и 16 години в България са съобщили, че са пушили ежедневно през предходния месец, като това е второто най-високо равнище в ЕС след Италия.

Фигура 7. Рисковете, свързани с хранителния режим, имат принос за една трета от всички умирения



Забележка: Общият брой смъртни случаи, свързани с тези рискови фактори (55 000), е по-малък от сбора на всички случаи, разглеждани поотделно (67 000), тъй като един и същ смъртен случай може да се дължи на повече от един фактор. Рисковете, свързани с хранителния режим, включват 14 компонента, като ниска консумация на плодове и зеленчуци и висока консумация на подсладени със захар напитки.

Източник: IHME (2018 г.), „Global Health Data Exchange“ („Глобален обмен на данни за здравеопазването“) (оценките се отнасят за 2017 г.).

Равнищата на наднормено тегло и затлъстяване при децата са значим проблем за общественото здраве

Въпреки че през 2014 г. равнищата на затлъстяване при възрастните в България (14 %) са малко под средните за ЕС (15 %), консумацията на плодове и зеленчуци при възрастните е много ниска (второто най-ниско равнище измежду всички държави от ЕС). Почти две трети от възрастното население не консумират дори един плод на ден, а повече от половината не консумират зеленчуци ежедневно. Физическата активност сред възрастните също е ниска, като едва 58 % от възрастните упражняват поне умерена физическа активност всяка седмица, което е под средното равнище за ЕС от 64 % (фигура 8).

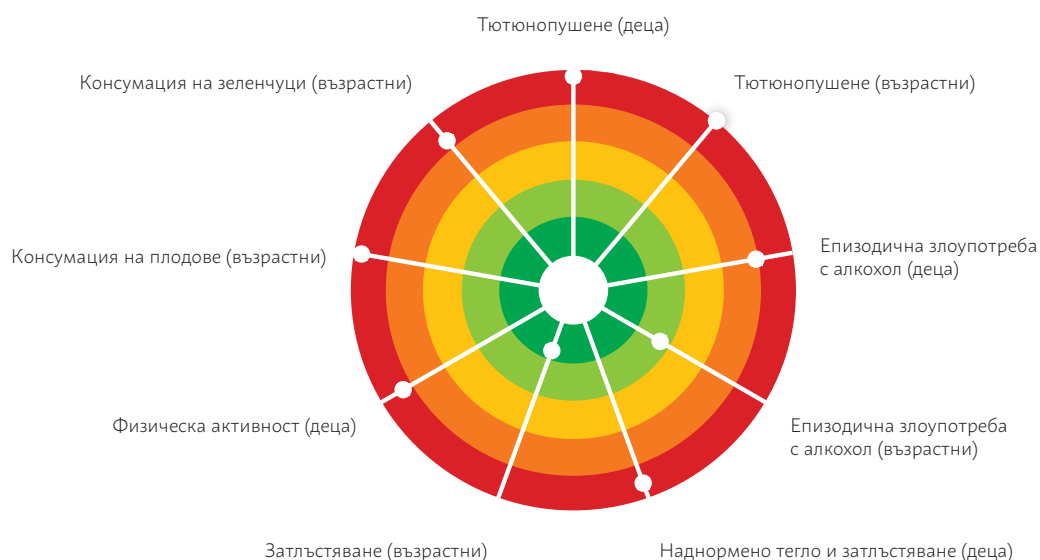
Равнищата на наднормено тегло и затлъстяване се превръщат в основен проблем при децата, като едно на всеки пет деца понастоящем попада в тези категории. Това е четвъртото най-високо равнище в ЕС, като то се е увеличило значително от 2005—2006 г. насам. В отговор на това програмите, насочени към децата в училищна възраст, популяризират здравословното хранене (вж. раздел 5.1). Като положителен аспект, наличните данни сочат, че децата упражняват физическа активност на препоръчителните равнища.

Повече от половината подрастващи момчета в България епизодично злоупотребяват с алкохол

Приблизително един на всеки шестима възрастни (17,1 %) са съобщили, че употребяват големи количества алкохол най-малко веднъж месечно (това е известно и като епизодична злоупотреба с алкохол)³, което е по-малко от средното за ЕС (20 %), но е много по-често явление сред мъжете (26 %), отколкото сред жените (9,2 %). Освен това през 2015 г. повече от половината момчета на възраст между 15 и 16 години

в България са съобщили за най-малко един случай на епизодична злоупотреба с алкохол през предходния месец, което е много над средното равнище за ЕС. Това е особено обезпокоително, като се имат предвид повишения риск от произшествия и злополуки, свързани с употребата на големи количества алкохол, и ефектите от нея върху резултатите на юношите в областта на образованието и социалната реализация.

Фигура 8. Тютюнопушенето и нездравословното хранене са основни проблеми за общественото здраве в България



Забележка: Колкото по-близо е точката до центъра, толкова по-добре се представя държавата в сравнение с другите държави от ЕС. Нито една от държавите не попада в бялата „целева зона“, тъй като във всички държави има възможност за напредък във всички области.

Източници: Изчисления на ОИСП въз основа на проучване на Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD) от 2015 г. и проучване на HBSC за периода 2013—2014 г. относно показателите при децата; и EU-SILC 2017 г., EHIS 2014 г. и статистическите данни на ОИСП за здравеопазването за 2019 г. относно показателите при възрастните.

Социално-икономическите неравенства допринасят за рисковете за здравето

Много поведенчески рискови фактори в България са по-разпространени сред хората с по-ниско равнище на образование и/или доходи, а по-високата степен на разпространение на рисковите фактори сред групите в неравностойно социално положение допринася значително за неравенствата в здравното състояние и средната продължителност на живота. Така например, през 2017 г. почти 14 % от хората с по-ниско образование страдат от затлъстяване, в сравнение с 11 % сред тези с по-високо образование. Изключение прави тютюнопушенето, за което равнищата сред възрастните са почти еднакви, независимо от образователната степен (23—24 %).

3: Епизодичната злоупотреба с алкохол се определя като консумирането на шест или повече алкохолни напитки наведнъж при възрастните и на пет или повече алкохолни напитки при децата.

4 Системата на здравеопазване

Само една публична здравноосигурителна институция и нейните поделения закупуват услуги

България има задължително социално здравно осигуряване, като доброволното здравно осигуряване играе малка роля. Министерството на здравеопазването отговаря за регулирането и координирането на здравната система, както и за лицензирането на разгърнатата мрежа от доставчици на здравни услуги, включително болници (каре 1). В рамките на социалното здравно осигуряване Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и нейните регионални поделения са единствените купувачи на здравни услуги. През юли 2019 г. Министерството на здравеопазването предложи реформа на социалното здравно осигуряване, за да се даде възможност на частни здравноосигурителни фондове да се конкурират с НЗОК при предлагането на обществения пакет от здравни дейности, но тази промяна все още е в ранен етап на обсъждане. Последните няколко години са белязани от предизвикателства пред осъществяването на здравната политика и увеличаващо се влияние на националните съдилища в тази област.

Разходите за здравеопазване са се увеличили значително, но тяхното равнище продължава да е сред най-ниските в ЕС

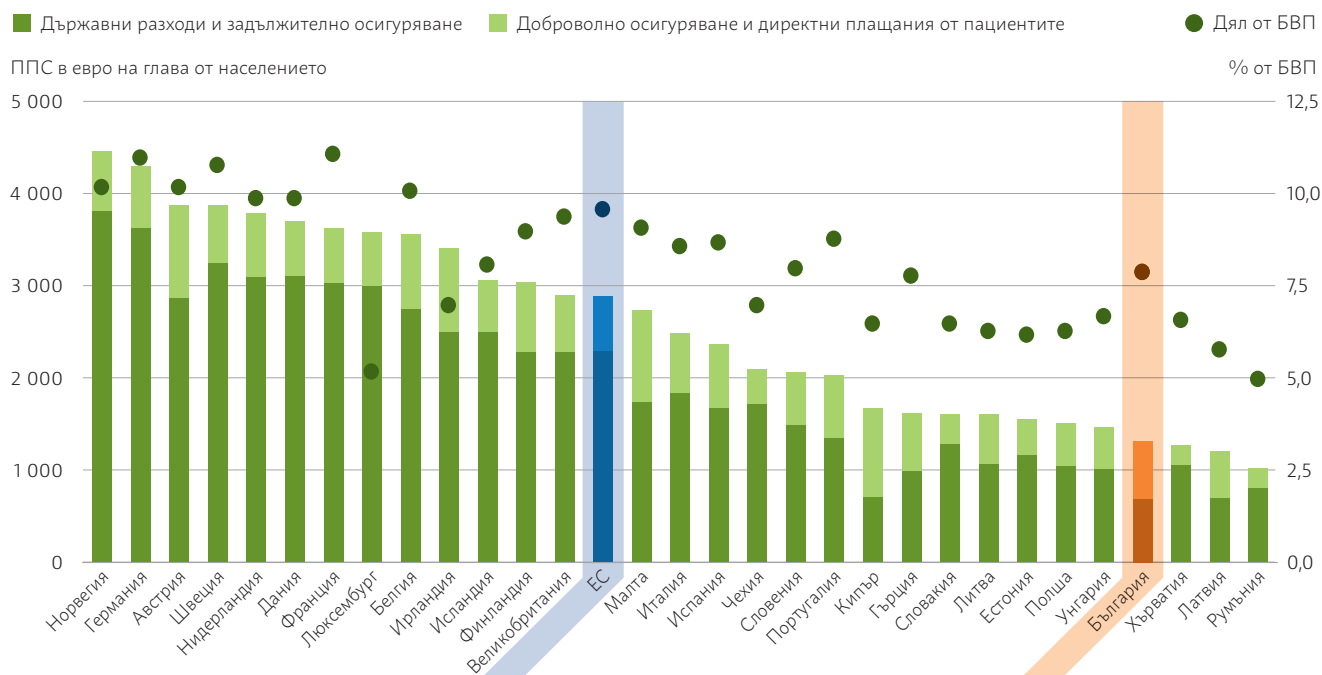
През 2017 г. България е изразходвала 1311 евро на глава от населението (коригирани с разликите в покупателната способност) за здравеопазване, което е четвъртото най-ниско равнище в ЕС. През периода 2005—2017 г. разходите за здравеопазване на глава от населението са се увеличили повече от двойно с 5,3 %

среден годишен темп на растеж от 2009 г. насам, което изпреварва темпа на растеж на всички други държави — членки на ЕС, с изключение на Румъния (вж. раздел 5.3). Разходите за здравеопазване продължават да се увеличават: бюджетът на НЗОК за 2019 г. е с 24 % по-голям, отколкото за 2017 г. Като дял от БВП, през 2017 г. България е изразходвала 8,1 % за здравеопазване, което е под средната стойност за ЕС от 9,8 %, но надвишава равнището на съседните държави (фигура 9).

Каре 1. Инициативите за реформи имат за цел да намалят болничната дейност

Няколко реформи бяха насочени към разрешаване на проблема с големия брой на болниците и интензивната им дейност, като намерението беше да се ограничат свързаните с тях разходи. Общините притежават по-голямата част от публичните многопрофилни и специализирани болници, чийто брой е намалял от 281 на 234 от 2000 г. насам. Легловата база в публичните болници е намаляла, но броят на леглата в частните болници продължава да се увеличава (вж. раздел 5.3). Беше направен опит за въвеждане на Национална здравна карта като инструмент за селективно договаряне между НЗОК и болниците; през 2016 г. обаче съдът спря този процес. През 2018 г. бяха разработени нови планове за селективно договаряне, но все още не е постигнат съществен напредък. Въпреки това през 2019 г. с нормативни актове бяха въведени по-строги процедури за лицензиране на нови болници и забрана на НЗОК да сключва договори с тях.

Фигура 9. Разходите за здравеопазване на глава от населението са ниски, но за тях се заделя значителен дял от БВП



Източник: Статистически данни на ОИСР за здравеопазването за 2019 г. (данните се отнасят за 2017 г.).

Директните плащания от пациентите са най-високите в ЕС

На публичното финансиране се падат 52,1 % от общите разходи за здравеопазване през 2017 г., което е второто най-ниско равнище в ЕС след Кипър. Това е и най-ниското равнище, отчетено за България, след въвеждането на социалното здравно осигуряване през 1998 г. Лицата и работодателите внасят вноските за социално здравно осигуряване, а държавата покрива вноските за децата, пенсионерите, бедните и други чрез данъчни приходи. Други данъчни приходи се разпределят чрез годишните бюджети към Министерството на здравеопазването и общините.

Директните плащания (ДП) от пациентите са 46,6 % от разходите за здравеопазване през 2017 г., което е най-високият дял в ЕС. Основните фактори, способстващи за директните плащания, са плащанията за услуги, които не са обхванати от пакета от здравни дейности на НЗОК (включително повечето дентални услуги и дългосрочните грижи), както и доплащането за редица услуги и лекарствени продукти, които се отпускат с лекарско предписание (вж. раздел 5.2). Неофициалните плащания се оценяват като значителен дял от всички директни плащания от пациентите за здравеопазване и допринасят за натиска върху разходите на домакинствата (Захариев и Георгиева, 2018 г.). От друга страна, на доброволното здравно осигуряване се падат едва 0,5 % от текущите разходи за здравеопазване през 2017 г.

Един на всеки седем българи е здравно неосигурен

Макар и в законодателството в областта на социалното здравно осигуряване да се посочва, че следва да има всеобщо здравно осигуряване, значителен дял от населението е неосигурено. Последните оценки на Министерството на финансите сочат, че през 2017 г. общо 719 000 души (10,2 % от населението) са здравно неосигурени (Министерство на финансите, 2018 г.), въпреки че според НЗОК делът на гражданите, които не са обхванати от социалното

здравно осигуряване, вероятно е около 14 % (при отчитане на онези, които живеят в чужбина постоянно; Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО), 2017 г.). Заедно с високите равнища на директни плащания от пациентите, големият брой неосигурени лица създава сериозни проблеми с достъпа до здравни услуги (Съвет на Европейския съюз); вж. раздел 5.2).

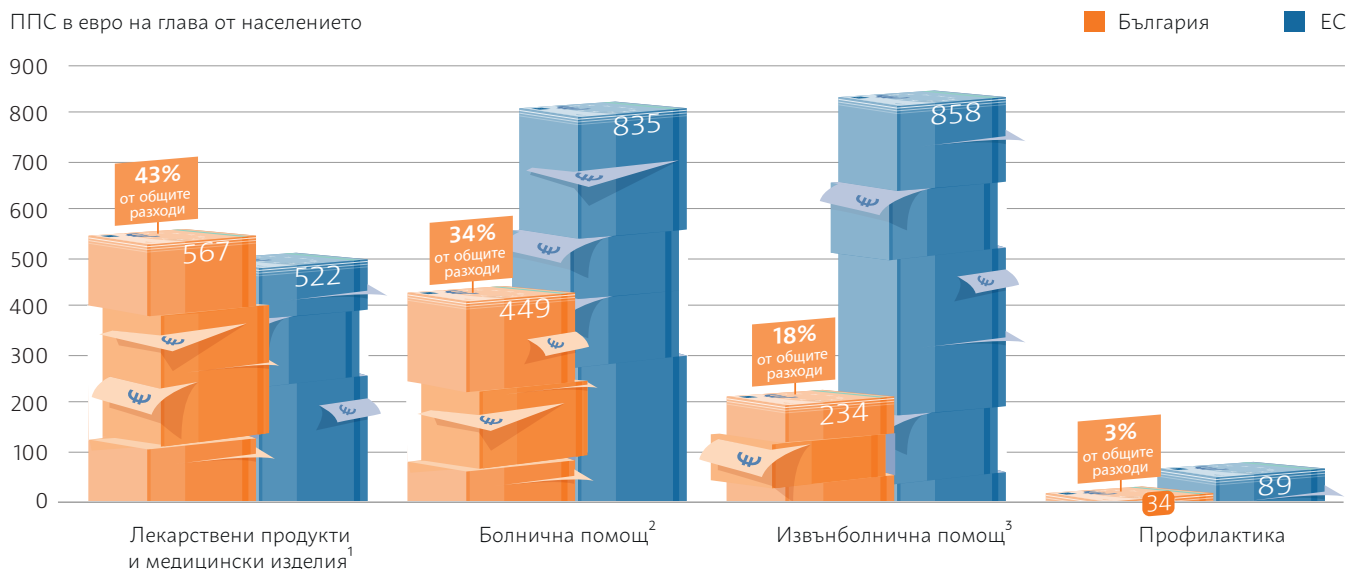
По-голямата част от разходите за здравеопазване са за лекарствени продукти и болнична помощ

През 2017 г. на лекарствени продукти и медицинските изделия, заедно с болничната помощ, се падат три четвърти от текущите разходи на България за здравеопазване. Измерени като дял от общите разходи, разходите на България за лекарствени продукти са най-високите в ЕС (над 40 %), въпреки че в абсолютно изражение (567 евро на човек) са едва малко по-високи от средните за ЕС (522 евро) (фигура 10). На болничната помощ се падат 34 % от разходите за здравеопазване, което отразява значението на болничния сектор в България. От 2010 г. насам разходите за амбулаторна (или извънболнична) помощ са се увеличили значително, но през 2017 г. са възлизили едва на 234 евро на глава от населението. В абсолютно изражение България изразходва приблизително 34 евро на човек за здравна профилактика, в сравнение със средната стойност за ЕС от 89 евро — което се равнява на 2,6 % от разходите за здравеопазване.

Малко ресурси са предназначени за дългосрочни грижи

Услугите по предоставяне на дългосрочни грижи не са включени в пакета от здравни дейности. Докато за много възрастни хора се грижат неформално членовете на техните семейства, нуждаещите се от медико-социални грижи в специализирани институции могат да ползват или малкото на брой легла за дългосрочни грижи в болничната помощ или резидентни центрове за социални грижи,

Фигура 10. Повече от 40 % от разходите за здравеопазване са за лекарствени продукти и медицински изделия



Забележки: Не са включени административните разходи; 1. включен е само извънболничният пазар; 2. включени са лечебните и рехабилитационните услуги в болнични и други условия; 3. включени са домашните грижи.

Източници: Статистически данни на ОИСР за здравеопазването, 2019 г.; База данни на Eurostat (данните се отнасят за 2017 г.).

финансирани от общинските бюджети. Тъй като българското население застарява по-бързо, отколкото това на много други държави — членки на ЕС (Европейска комисия — Комитет за икономическа политика, 2018 г.), достъпните дългосрочни грижи на приемлива цена ще се превърнат в ключово предизвикателство. Националната стратегия за дългосрочна грижа (2014 г.) и придружаващият я план за действие (изготвен през 2018 г.) все още не са оказали съществено въздействие.

Броят на медицинските сестри и общопрактикуващите лекари в България е малък

В България броят на лекарите е относително голям, като се доближава до равнището в Германия, но осигуреността с медицински сестри е втората най-ниска в ЕС след Гърция (фигура 11). През 2016 г. едва 15,5 % от лекарите са общопрактикуващи (ОПЛ), което е много под средното равнище за ЕС от 27,3 %. Това се дължи отчасти на късното въвеждане на обучение на специалисти по обща медицина и на факта, че тази специалност е по-малко привлекателна. Бързото застаряване на работещите като ОПЛ също допринася за малкия им брой. Броят на акушерките, лекарите по дентална медицина и фармацевтите е голям спрямо средното равнище в ЕС. Съществуват обаче изразени регионални различия в разпределението на всички медицински специалисти, което създава постоянни предизвикателства по отношение на достъпа (Съвет на Европейския съюз, 2019 г.; вж. също раздел 5.2).

Системата на здравеопазване е в голяма степен ориентирана към болничната помощ

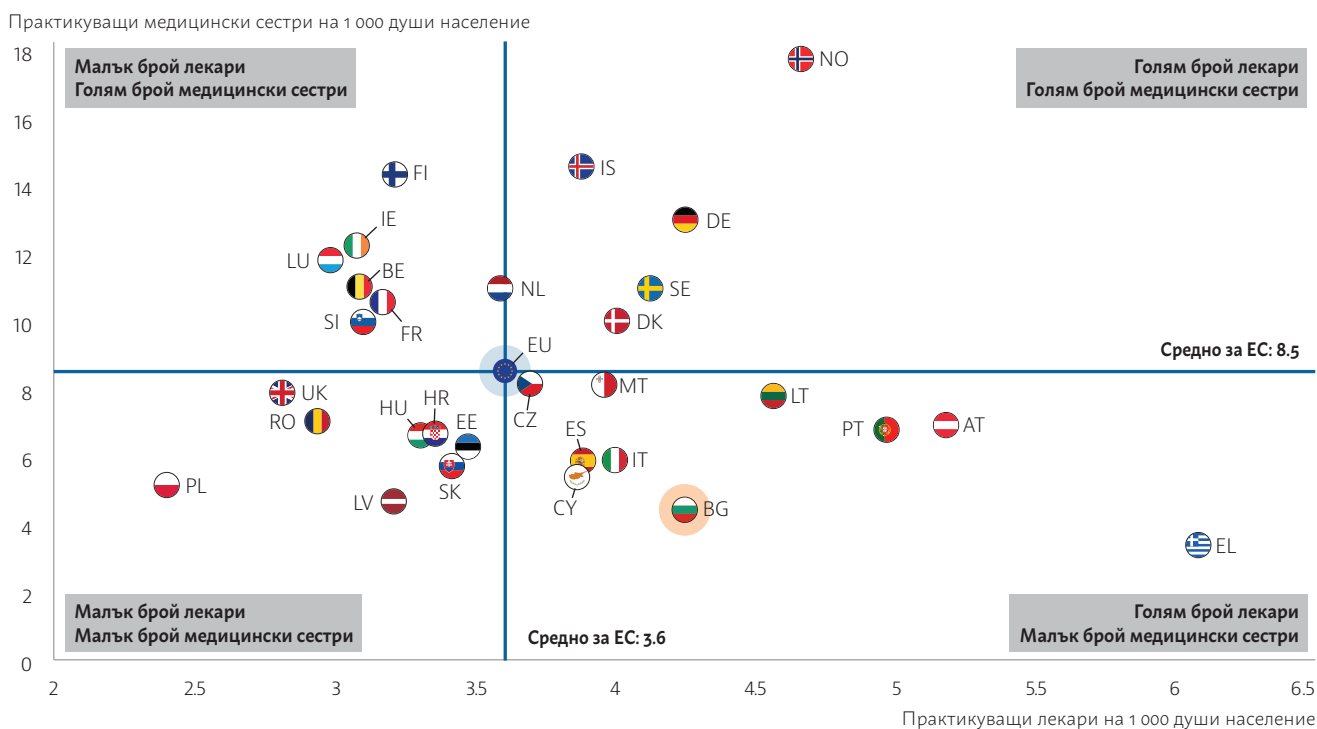
Осигуреността с болнични легла в България — 7,5 на 1000 души население през 2017 г. — е по-висока,

отколкото средната за ЕС, и е на второ място след Германия. Средната продължителност на престоя е намаляла наполовина през периода 2000—2017 г. и достига 5,3 дни, т.е. под средната за ЕС от 7,9 дни. Въпреки това болничната помощ се характеризира с високо равнище на извършена дейност, като броят на изписаните пациенти през 2017 г. значително надвишава този в останалите страни от ЕС (около 31 700 на 100 000 души население) и е почти двойно по-голям от средния за ЕС (17 000; вж. раздел 5.3). И обратно, броят на посещенията в извънболничната помощ през 2017 г. е относително малък — средно 6,1 посещения на човек за година спрямо 7,2 в ЕС.

Понякога пациентите заобикалят първичната медицинска помощ

Първичната медицинска помощ се предоставя от ОПЛ, които са самостоятелни лечебни заведения, сключили договори с НЗОК, и работят в индивидуални или групови практики. Дейностите по специализирана извънболнична помощ се извършват основно от частни специализирани лекарски практики, центрове за диагностика и лечение и диагностични лаборатории. ОПЛ изпълняват ролята на „пазител“ на входа на системата и са необходими направления за специализирани прегледи, диагностични изследвания и болнична помощ. Въведени са обаче месечни квоти за направленията към специализирана извънболнична и болнична помощ и ОПЛ често достигат тези квоти преди края на периода, което означава, че останалите пациенти трябва или да чакат, или да посетят специалист директно (без направление) срещу плащане (Захариев и Георгиева, 2018 г.). Това отчасти може да обясни защо до една трета от всички пациенти, включително неосигурените, заобикалят първичната медицинска помощ, като се обаждат на спешните центрове или отиват директно в спешните отделения на болниците.

Фигура 11. Малкият брой медицински сестри контрастира с този на другите медицински специалисти



Забележка: В Португалия и Гърция данните се отнасят за всички лекари, лицензирани да практикуват, което води до голямо надценяване (например от около 30 % в Португалия). В Австрия и Гърция броят на медицинските сестри е подценен, тъй като включва само онези, работещи в болниците. Източник: База данни на Eurostat (данните се отнасят за 2017 г. или най-близката година).

5 Функциониране на системата на здравеопазване

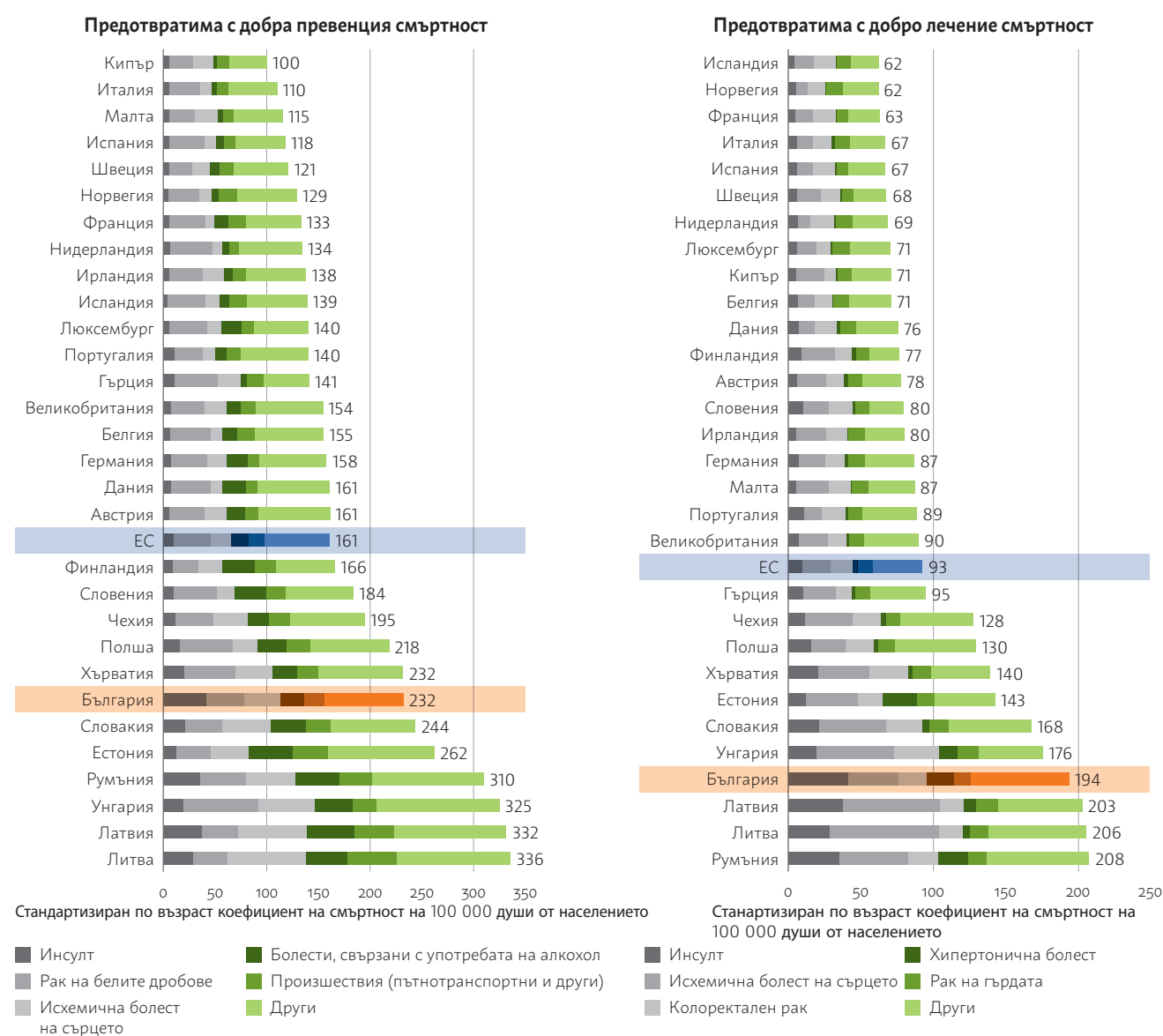
5.1 Ефикасност

Предотвратимата смъртност бавно намалява

През 2016 г. равнището на предотвратимата смъртност в България достига 232 на 100 000 души население, което е значително по-високо от средното за ЕС от 161 души (фигура 12). Освен ракът на белите дробове, който обуславя 16 % от предотвратимата смъртност, инсултът, исхемичната болест на сърцето

и хипертонията, взети заедно, са допринесли за 41 % от всички предотвратими смъртни случаи. Тези състояния също така са основни фактори за предотвратимата чрез добро лечение смъртност. Въпреки че тази смъртност е намаляла значително от 2000 г. насам, през 2016 г. тя достига 194 смъртни случая на 100 000 души население, което е четвъртото най-високо равнище в ЕС. Показателят подчертава значителния потенциал за подобряване на диагностиката и лечението на тези заболявания.

Фигура 12. В България нивата както на предотвратимата с добра профилактика смъртност, така и на предотвратимата с добро лечение смъртност, са високи



Забележка: Предотвратимата с добра профилактика смъртност се определя като смъртните случаи, които могат да бъдат избегнати главно чрез интервенции на общественото здравеопазване и интервенции за първична профилактика. Предотвратимата с добро лечение смъртност се определя като смъртните случаи, които могат да бъдат избегнати главно чрез здравни услуги, включително чрез скрининг и лечение. И двата показателя се отнасят за случаите на преждевременна смърт (под 75-годишна възраст). Данните се основават на преработените списъци на ОИСП/Eurostat. Източник: База данни на Eurostat (данните се отнасят за 2016 г.).

Политиките за профилактика и промоция на здравето имат относително слаб ефект

Много високите равнища на смъртност от инсулт, сърдечно-съдови заболявания и рак на белите дробове са свързани с широкото разпространение на поведенческите рискови фактори (вж. раздели 2 и 3). България заделя 1 % от акцизите върху тютюневи и алкохолни изделия за финансиране на националните програми за първична профилактика. В Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014—2020 г.) също е подчертана необходимостта от намаляване на рисковите фактори, но въздействието от конкретните действия е нееднозначно. Законодателството за ограничаване на тютюнопушенето включва забрани за тютюнопушене на обществени места и за продажба на непълнолетни лица, ограничения за рекламата на тютюневи изделия и предупреждения и изображения върху опаковките на цигарите. Независимо от това е постигнат малък напредък в посока намаляване на равнищата на тютюнопушене, отчасти заради слабото прилагане на здравното законодателство и липсата на информационни кампании.

Усилията за решаване на проблема с нарастващия брой на децата, страдащи от наднормено тегло или затлъстяване, включват проекта „По-здрави деца“, който насърчава физическата активност и балансираното хранене в основните училища, както и Националната стратегия за развитие на физическото възпитание и спорта 2012—2022 г. През 2015 г. правителството направи опит да въведе данък върху храните и напитките с високо съдържание на сол, трансмастни киселини, захар или кофеин, но парламентът не подкрепи този законопроект.

Каре 2. Въпреки санкциите в България се наблюдава намаляване на ваксинационното покритие

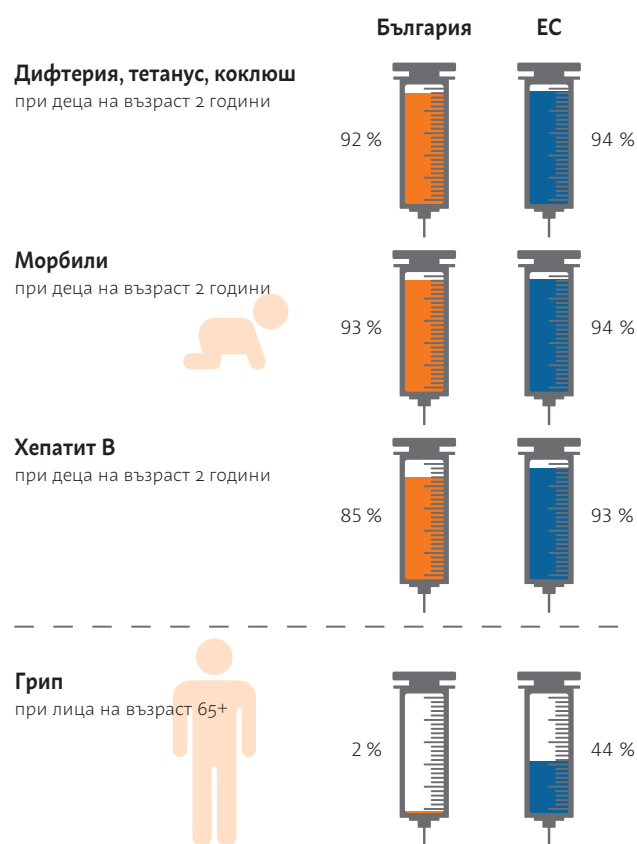
Съгласно Закона за здравето (2004 г.) ваксинациите срещу ТБ, хепатит В, дифтерия, тетанус, коклюш и морбили са задължителни за деца в определени възрастови групи и са безплатни. Ваксинационното покритие се наблюдава на регионално равнище и се осигурява от ОПЛ или определения персонал на регионалните здравни инспекции. Въпреки санкциите, като глоби за родителите, които не спазват изискванията, и пречките при записването на децата в детски ясли и градини, равнището на ваксинационното покритие намалява (Rechel, Richardson и McKee, 2018 г.). През 2017 г. процентът на децата, ваксинирани срещу морбили, е 93 %, а на ваксинираните срещу хепатит В и дифтерия, тетанус и коклюш — 92 %, като и двете равнища са под препоръчаните от СЗО равнища от 95 % (фигура 13).

Ваксинацията срещу грип на възрастни е препоръчителна и се плаща директно от тях, което води до най-ниското покритие в ЕС, само с 2 % ваксинирани лица на възраст 65 и повече години. Това е много под средното равнище за ЕС и целта от 75 %, заложена от СЗО.

Инфекциозните заболявания продължават да бъдат сериозно предизвикателство

България продължава да е с висока заболяемост от инфекциозни болести, като особено безпокойство буди ТБ (вж. раздел 2). Въпреки устойчивата тенденция за намаляване и целенасоченото внимание чрез Националната програма за превенция и контрол на туберкулозата за периода 2017—2020 година, заболяемостта е сред най-високите в ЕС. България също така е с втората най-висока заболяемост сред деца под 15-годишна възраст след Румъния (ECDC и регионалната служба на СЗО за Европа, 2019 г.). Задължителната имунизация срещу ТБ и други болести, предотвратими чрез ваксинация, е изложена на предизвикателства поради намаляващото равнище на покритието (каре 2).

Фигура 13. Равнищата на ваксинация на деца са по-ниски от препоръчаните от СЗО



Забележка: Данните се отнасят за третата доза на ваксината срещу дифтерия, тетанус, коклюш и хепатит В и първата доза на ваксината срещу морбили.

Източник: Регистърът на данни за деца на Глобалната обсерватория за здравеопазване на СЗО/УНИЦЕФ (данните се отнасят за 2018 г.); статистическите данни на ОИСР за здравеопазването за 2019 г. и базата данни на Eurostat за лица на възраст 65 и повече години (данните се отнасят за 2018 г. или най-близката година).

Ниските равнища на преживяемост от онкологични заболявания будят безпокойство

Въпреки че като цяло през 2016 г. смъртността от онкологични заболявания в България е под средното равнище за ЕС, има възможност за подобрене на ранната диагностика и лечение. Скринингът за рак на гърдата, който трябва да се провежда на всеки две години за жените над 50-годишна възраст, е въведен през 2011 г. в допълнение към годишния медицински преглед при ОПЛ. Равнищата на скрининга се повишават бързо, но продължават да бъдат ниски в сравнение с други държави — членки на ЕС. През 2016 г. половината от жените в селските райони са съобщили, че не им е направен преглед за рак на гърдата, в сравнение с 24 % в градовете (Eurostat, 2019 г.). Петгодишните коефициенти на преживяемост от рак на гърдата, простатата и от колоректален рак се повишават, но продължават да бъдат по-ниски от средните за ЕС (фигура 14).

Напредъкът към по-ефективни и качествени грижи е бавен

Данните сочат, че ефикасността на здравните услуги в България е ниска и подобряването на качеството на грижите е бавно. Освен това много високите равнища на хоспитализации (вж. раздел 4) в България отчасти се дължат на слабото развитие на профилактични здравни услуги и на първичната медицинска помощ. По-конкретно, в Националната здравна стратегия е оценено, че около 20 % от болничните процедури биха могли да се прилагат в извънболничната помощ, докато 10 % от хоспитализациите биха

могли да се избегнат напълно, ако е налице по-добра извънболнична помощ.

Усилията за заменяне на ориентирания към болничната помощ модел на предоставяне на здравните услуги често биват отлагани. Например прилагането на интегриран модел за предоставяне на грижи за деца с увреждания и хронични заболявания беше планирано за 2016 г. Той включваше създаването на центрове, предлагащи широк спектър от услуги — като се започне от скрининг, диагностика, лечение и рехабилитация и се стигне до дългосрочни грижи и палиативни медицински грижи. Към средата на 2019 г. обаче все още не е създаден нито един център.

Антимикробната резистентност продължава да буди безпокойство

Антимикробната резистентност (AMP) е значим проблем за българската здравна система. През 2017 г. 50 % от инфекциите на кръвта, причинени от *Klebsiella pneumoniae*, са показали комбинирана резистентност към няколко антимикробни средства (увеличение спрямо дела от 35 % през 2007 г. (ECDC, 2018 г.; ECDC и регионалната служба на СЗО за Европа, 2019 г.)). Националната програма за рационална употреба на антибиотиците и надзор на антибиотичната резистентност е насочена към намиране на решение на този проблем, но все още има редица пропуски и слабости при справянето с антимикробната резистентност, включително ограничените познания сред медицинските специалисти и липсата на координация между хуманното здравеопазване и ветеринарната медицина (ECDC и Европейската комисия, 2019 г.).

Фигура 14. Петгодишните коефициенти на преживяемост от онкологични заболявания са по-ниски, отколкото в повечето държави от ЕС



Рак на гърдата

България: 78%
ЕС26: 83 %



Рак на простатата

България: 68%
ЕС26: 87 %



Рак на дебелото черво

България: 52 %
ЕС26: 60 %



Рак на белите дробове

България: 8 %
ЕС26: 15 %

Забележка: Данните се отнасят за лицата, които са диагностицирани през периода 2010—2014 г.

Източник: програмата CONCORD, London School of Hygiene & Tropical Medicine (Лондонското училище по хигиена и тропическа медицина).

5.2 Достъпност

Налице е рязко намаляване на заявените неудовлетворени потребности

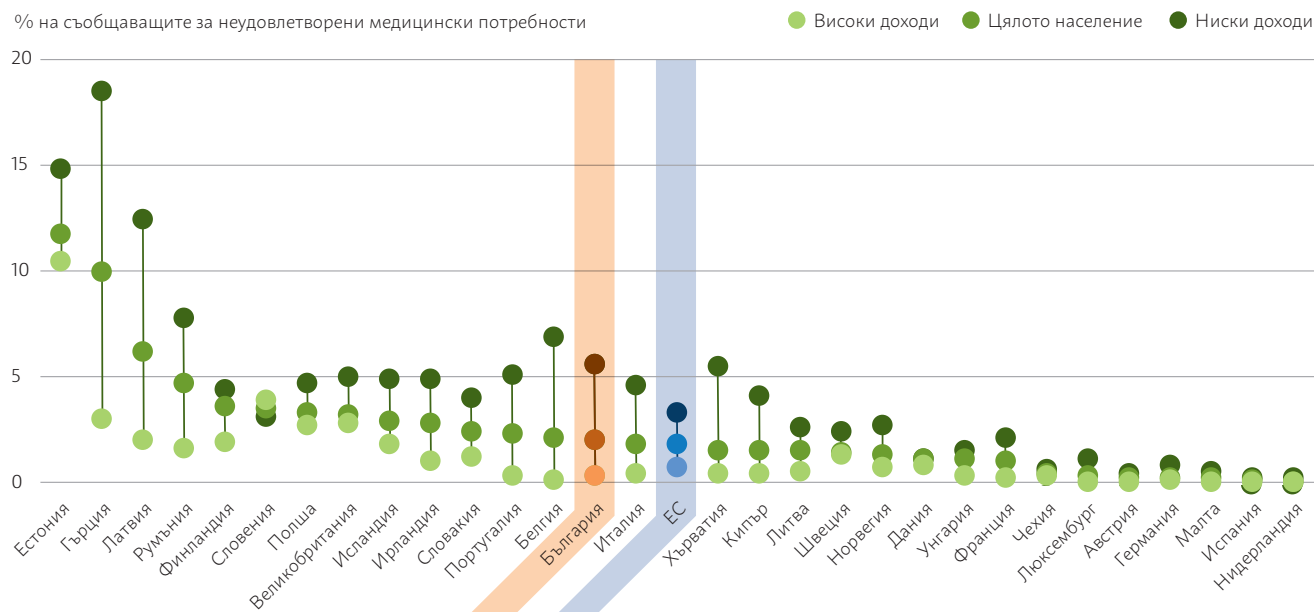
През 2017 г. равнището на заявените от населението неудовлетворени потребности от медицинска помощ е 2 %, което е най-ниското равнище, регистрирано през предходното десетилетие, и представлява намаление с 13 процентни пункта от съобщеното през 2008 г. равнище, което тогава е било най-високото в ЕС. Средно българите понастоящем имат незначително по-високо равнище на неудовлетворени потребности от медицинска помощ поради комбинираното действие на причини, свързани с цената, разстоянието или времето за чакане, от средното за ЕС (фигура 15). Въпреки това равнището е значително по-високо сред населението с ниски доходи (5,6 %), отколкото сред това с високи доходи (0,3 %). Също така през 2017 г. се наблюдава значителен спад на

неудовлетворените потребности от дентална помощ, като това равнище (2,7 %) е шест пъти по-ниско, отколкото през 2008 г. (16,5 %), въпреки че сред групите с ниски доходи то отново е много по-високо от равнището сред групите с високи доходи (5,5 % спрямо 0,5 %). Цената е най-често посочваната причина за отказ от медицинска или дентална помощ, следвана от разстоянието.

Продължават да съществуват разлики в покритието със социалното здравно осигуряване

Липсата на покритие със социалното здравно осигуряване създава сериозна бариера пред достъпа за значителна част от населението (10 %—14 %, вж. раздел 4). Неосигурените лица трябва да плащат директно за медицински услуги, освен ако не посетят център за спешна помощ в животозастрашаваща ситуация. Това засяга по различен начин дългосрочно безработните лица, ромското население и живеещите в неблагоприятни региони (каре 3).

Фигура 15. Равнището на заявените неудовлетворени потребности от медицинска помощ е близко до средното за ЕС, но със значителна разлика между групите с различно равнище на доходите



Забележка: Данните се отнасят за неудовлетворени потребности от медицински преглед или лечение поради цената, разстоянието за пътуване или времето за чакане. Необходимо е да се подходи с известна доза предпазливост при съпоставянето на данни от различните държави, тъй като има някои разлики в инструмента, използван при проучването.

Източник: базата данни на Eurostat, въз основа на EU-SILC (данните се отнасят за 2017 г.).

Каре 3. Няколко уязвими групи са здравно неосигурени

Счита се, че дългосрочно безработните лица са една четвърт от цялото неосигурено население. Ако не плати повече от три месечни вноски в течение на период от три години, осигуреното лице губи покритието със социалното здравно осигуряване. Лицата, които могат да си позволят вноски за социално здравно осигуряване, но избират да не ги плащат, представляват още една четвърт от цялото неосигурено население. Най-често посочваната причина е липсата на доверие в социалното здравно осигуряване. Тези, които се въздържат да плащат вноските си, обикновено подновяват покритието си със социалното здравно осигуряване само ако здравето им се влоши (и тогава трябва да заплатят всички дължими вноски за 60

месеца). Гражданите без валидна лична карта също не са осигурени. Този проблем засяга по-специално ромското население и незаконните мигранти. Според оценките близо една трета от ромското население не притежава валидна лична карта. Заедно тези уязвими групи представляват около 16 % от цялото население в регионите Бургас, Варна и Добрич (Институт за пазарна икономика, 2018 г.). Въпреки че в НЗОК се прехвърлят допълнителни средства, за да се покрият някои профилактични дейности и активно лечение на неосигурени лица, данните относно неудовлетворените потребности показват, че някои от тези лица пропускат помощ по-често или търсят помощ едва след като здравето им се влоши.

Опит за разделяне на пакета от здравни дейности беше отхвърлен от Конституционния съд

През 2015 г. опит за реорганизиране на пакета от здравни дейности на основна и допълнителна част беше отхвърлен от Конституционния съд на основание, че накърнява правата на гражданите на равен достъп до здравеопазване. Пакетът от здравни дейности понастоящем включва първична и специализирана извънболнична медицинска и дентална помощ; лабораторни услуги; болнична диагностика и лечение, както и високо специализирани медицински услуги. Спешната медицинска помощ, психиатричната помощ, бъбречната диализа, ин витро оплождането, трансплантацията на органи и лечението на деца в чужбина се покриват от държавния бюджет или други целеви фондове. Най-важната категория изключени услуги са дългосрочните грижи, а денталната помощ

е ограничена. Освен това има позитивен списък с лекарствени продукти и медицински изделия, които се реимбурсират от НЗОК.

Финансовата достъпност продължава да се влошава, особено по отношение на лекарствените продукти

При стойност от 46,6 % България отчита най-висок дял на директните плащания от пациенти в ЕС през 2017 г., почти три пъти по-висок от средния за ЕС. Лекарствените продукти и медицинските изделия формират голяма част от директните плащания от пациентите, следвани от извънболничната и болничната помощ (фигура 16). Като цяло директните плащания от пациентите за медицинска помощ, с изключение на дългосрочните грижи, представляват 6,3 % от крайното потребление на домакинствата в България, което е най-големият дял сред държавите от ЕС през 2017 г.

Фигура 16. България е с най-високите разходи за директни плащания от пациентите в ЕС



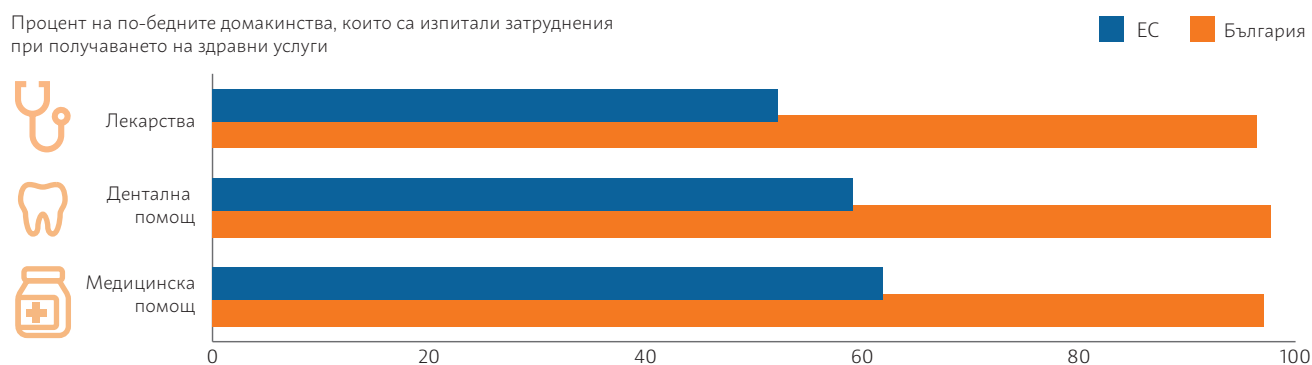
Източници: Статистически данни на ОИСР за здравеопазването за 2019 г. (данните се отнасят за 2017 г.).

Въпреки намаляващото равнище на заявените неудовлетворени потребности през последните години, данните показват, че през 2017 г. 32,6 % от българите са изпитали затруднения, а 54,8 % са съобщили за известни затруднения при получаването на лекарства. Сред домакинствата с ниски доходи

делът на хората, които са съобщили за затруднения, е сред най-високите регистрирани в ЕС — 57,9 % са съобщили за сериозни затруднения, а 39,2 % — за известни затруднения. Този дял е още по-висок по отношение на денталната помощ (фигура 17).

Фигура 17. Домакинствата с ниски доходи са засегнати в по-висока степен от разходите във връзка със здравословни проблеми

Процент на по-бедните домакинства, които са изпитали затруднения при получаването на здравни услуги



Забележка: Приведени са данни само за домакинствата с по-малко от 60 % от средния приравнен доход, групирани по голяма и умерена тежест на доплащането при получаването на помощ.

Източник: База данни на Eurostat (данните се отнасят за 2017 г.).

Защитните механизми не са достатъчни, за да се намали тежестта на доплащанията

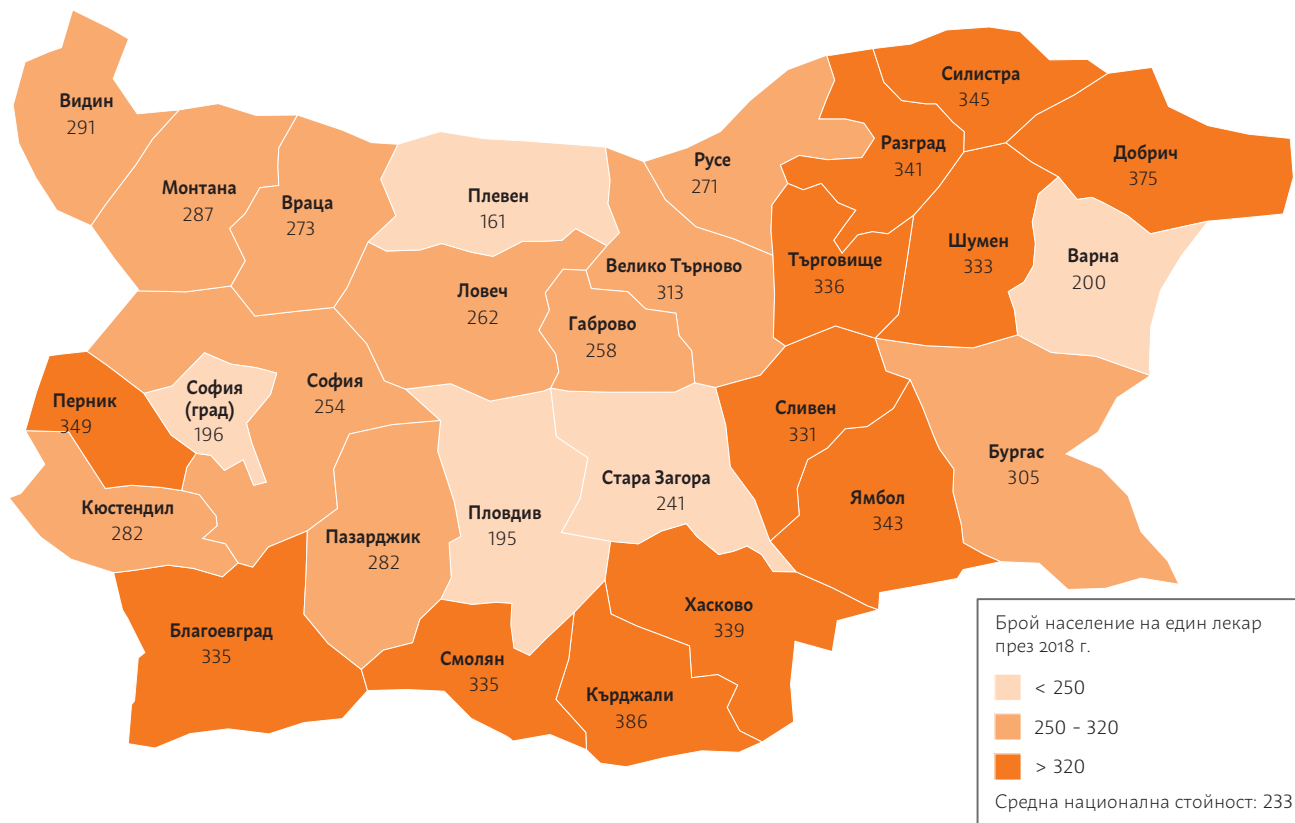
Високите равнища на директните плащания от пациентите се обуславят от доплащането на голямата част от обхванатите услуги; директните плащания за изключените услуги, като например по-голямата част от денталната помощ за възрастни, както и от неофициалните плащания. Месечните квоти, които ограничават направленията от ОПЛ, също подтикват пациентите да търсят специализирана помощ без направление, при което те заплащат всички разходи за лечението (вж. раздел 4).

Освобождавания от доплащания са въведени за децата, бременните жени (включително неосигурените), пациентите, които страдат от хронични заболявания, онкологично болните пациенти, медицинските специалисти, лицата с доходи под определен праг и някои други групи. Пенсионерите заплащат намалени такси на посещение, като НЗОК плаща разликата. За доплащането на лекарствени продукти обаче няма допълнителна защита. Въпреки че около 10 % от българите се осигуряват и в доброволни здравноосигурителни схеми, за да намалят директните плащания, доброволното здравно осигуряване играе само незначителна роля сред уязвимите групи.

Недостигът на ОПЛ възпрепятства осигуряването на първична медицинска помощ

Въпреки че в България има сравнително голям брой медицински специалисти (с изключение на медицински сестри), тяхното разпределение е неравномерно. Ситуацията с лекарите е пример в това отношение (фигура 18). Малкият брой ОПЛ е неравномерно разпределен в цялата държава, в полза на градските и по-богатите райони, което води до значителен недостиг в останалите райони. Неблагоприятните райони — често отдалечените селски райони или малките градове, се възприемат като непривлекателни за работа и предполагат голяма работна натовареност, тъй като списъците с пациенти са по-дълги (повече от 2700 пациенти на един ОПЛ в региони като Кърджали). Застаряването на работната сила и пенсионирането на ОПЛ също са постоянни предизвикателства. Приложени са стратегии, като например увеличаване на броя на дипломираните лекари и медицински сестри, както и финансови стимули за установяване в неблагоприятните райони. През 2016 г. България регистрира най-високия брой завършили висше образование и по двете професии от 2002 г. насам. Непрекъснатата тенденция за емиграция и урбанизация обаче вероятно ще намали броя на медицинските специалисти в нуждаещите се райони.

Фигура 18. Регионалното разпределение на лекарите е силно деформирано в полза на по-богатите райони



Забележка: Средната национална стойност е изчислена, като е взет предвид общият брой лекари, включително тези към други служби, и включва практикуващи лекари, които работят в индивидуални или групови практики по договор с НЗОК в повече от един район.
 Източник: Национален статистически институт, 2019б.

5.3 Устойчивост⁴

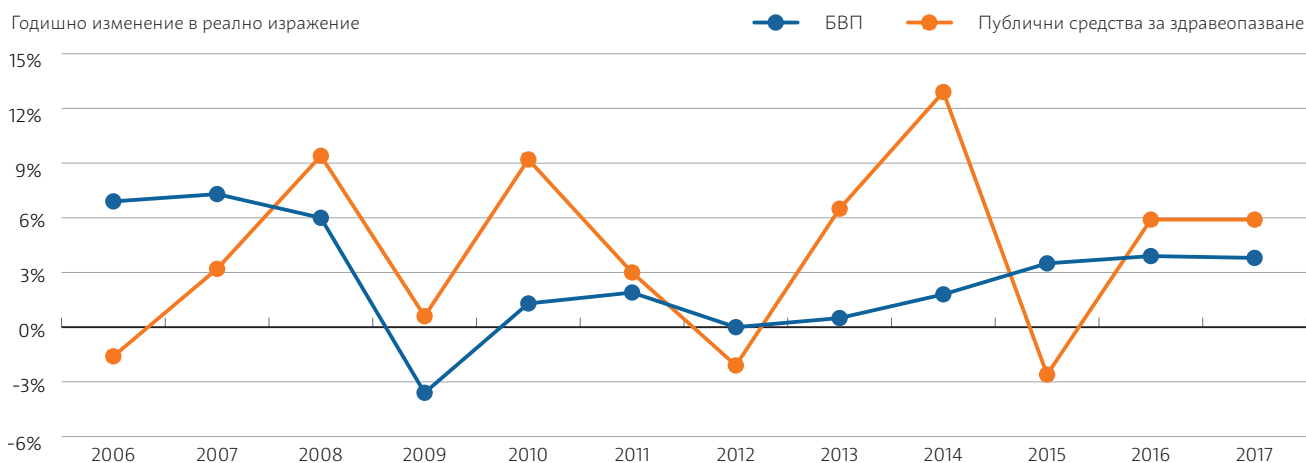
Разходите за здравеопазване са нараснали по-бързо, отколкото в други държави — членки на ЕС

Разходите за здравеопазване в България се увеличават значително от 2000 г. насам, макар и от ниска база, като изпреварват ръста във всички останали държави — членки на ЕС. Въпреки че тенденцията не е постоянна, разходите за здравеопазване нарастват средно с над 5,3 % годишно между 2009 г. и 2017 г., надвишавайки повече от трикратно средната стойност за ЕС от 1,5 %. С изключение на годините 2012 и 2015 годишният ръст на публичните разходи за здравеопазване изпреварва ръста на БВП от 2008 г. насам (фигура 19). Бюджетът на НЗОК е основният инструмент за планиране на разходите за здравеопазване, а текущите национални бюджетни планове предполагат, че публичните разходи за здравеопазване ще продължат да растат.

Разчитането в прекомерна степен на частните разходи и намаляването на населението в трудоспособна възраст ограничават финансирането на системата на здравеопазване

Тъй като вноските, предназначени за социалното здравно осигуряване, се запазват на стабилно равнище от 8 % от доходите, увеличаването на разходите за здравеопазване в България се дължи в голяма степен на частните разходи, като се налага те да компенсират ниското равнище на публично финансиране (Съвет на Европейския съюз, 2019 г.). В допълнение към това населението на България едновременно застарява (понастоящем една пета от населението е на възраст 65 и повече години) и намалява поради отрицателния естествен прираст и продължаващата емиграция. Ако тази тенденция не бъде обърната, делът на хората в трудоспособна възраст ще продължи да намалява, което ще доведе до по-малко вноски в приходната база на НЗОК през идните години. В същото време се предвижда публичните разходи за здравеопазване да продължат да нарастват през периода 2016—2070 г. с 0,2 % от БВП (Европейска комисия — Комитет за икономическа политика, 2018 г.).

Фигура 19. Публичните разходи за здравеопазване като цяло изпреварват ръста на БВП от 2008 г. насам



Източник: Статистически данни на ОИСП за здравеопазването, 2019 г.; База данни на Eurostat.

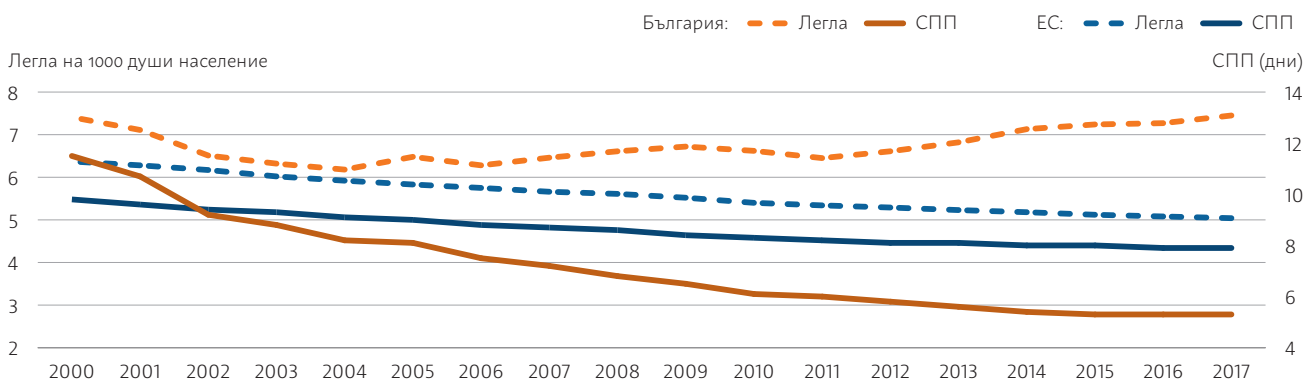
Болничната помощ продължава да нараства

Въпреки целите на политиката за укрепване на първичната и специализираната извънболнична помощ, болничната помощ продължава да нараства. Броят на хоспитализациите в България е значително по-голям от този в останалите страни от ЕС. Това се дължи основно на разрастването на частния сектор: за разлика от броя на публичните болници и леглата в тях, които през периода 2010—2016 г. значително намаляват съответно с 16,7 % и 32,6 %, броят на частните болници се увеличава шест пъти, а броят на леглата — 36 пъти през същия период. Като цяло увеличението в броя на болничните легла от 2005 г. насам показва тенденция, обратна на тази в други държави от ЕС (фигура 20). От друга страна, през същия период броят на хоспитализациите в публичните болници в действителност намалява 1,7 пъти, но този на хоспитализациите в частни лечебни заведения се увеличава 78 пъти.

През 2015 г. България има най-голям брой на хоспитализации поради сърдечна недостатъчност, диабет и астма измежду всички държави от ЕС. Това са заболявания, които могат да бъдат лекувани ефективно в амбулаторни условия и безспорно показват, че се разчита до голяма степен на болничната помощ. Прекомерното използване на болнична помощ се корени в много фактори и е било предмет на няколко политически инициативи, не всички от които са били успешно приведени в изпълнение (вж. каре 1 в раздел 4). С наскоро прието законодателство е направен опит за стимулиране на едnodневната хирургия и за намаляване на болничния престой. Няма налична изчерпателна информация относно дела на всички здравни услуги, предоставени в условията на едnodневна хирургия, но от 2010 г. насам използването на легла за едnodневен престой се увеличава. През 2016 г. 37 % от операциите на катаракта са извършени в извънболнични условия, в сравнение с 84 % в целия ЕС.

⁴ Устойчивостта се отнася за способността на системите на здравеопазване да се адаптират ефективно към променящата се среда, внезапните стресения или кризи.

Фигура 20. Увеличението на броя на болничните легла е обусловено главно от разрастването на частния сектор



Забележка: СПП: средна продължителност на престоя.
Източник: База данни на Eurostat.

Публичните болници страдат от хроничен дефицит

Високите равнища на задължнялост на публичните болници са траен проблем, към който често се подхожда чрез палиативни мерки, като например периодично покриване на дълговете, който все още не е разрешен. България финансира своите болници като използва плащания за всеки отделен случай въз основа на клинични пътеки. Методът за изчисляване на цената на клиничните пътеки следва да отразява разходите за свързани медицински дейности, помощни услуги и консултации след изписване на пациента за всяка клинична пътека, но на практика те отразяват по-скоро способността на НЗОК да плаща, а не реалните разходи за болнични услуги. Съществува дисбаланс във финансирането на различните клинични пътеки, като някои от тях са финансирани повече от необходимото, докато други са недостатъчно финансирани, което създава стимул за болниците да използват прекомерно някои клинични пътеки. Като цяло, недостатъчното финансиране на клиничните пътеки се разглежда като един от факторите за постоянни дефицити на болниците (Захариев и Георгиева, 2018 г.).

България въведе оценка на здравните технологии (ОЗТ) за целите на реимбурсирането на лекарствените продукти

Предвид много високото равнище на разходите за лекарствени продукти (вж. раздел 4) въвеждането на ОЗТ през 2015 г. е важен етап от превръщането на разходната ефективност в ключов критерий за реимбурсирането на лекарства. Първоначално възложена на специална комисия към Националния център по обществено здраве и анализи, ОЗТ се прилага за лекарства, които не са включени в Позитивния лекарствен списък. През 2019 г. отговорността за ОЗТ е прехвърлена на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти, който контролира както процеса на вземане на решения кои лекарства да бъдат включени в позитивния списък, така и равнището на тяхното реимбурсиране. Само генерични лекарства и продукти, съдържащи активни вещества, които са вече утвърдени, са освободени от ОЗТ.



Национална здравна карта би могла да служи за планирането на работната сила в здравеопазването

Успешното прехвърляне на повече болнични услуги към извънболничната помощ (когато това е клинично целесъобразно) ще бъде възможно, ако се осигури наличието на ОПЛ, специалисти и медицински сестри в извънболничната помощ. През 2015 г. е разработена Национална здравна карта, в която подробно е определен на териториален принцип необходимият минимален брой доставчици на извънболнични и болнични услуги. Тези минимални равнища са изчислени, като са взети предвид нуждите от здравеопазване на населението по региони и националните приоритети в областта на здравеопазването (например в областта на майчиното и детското здраве). Основаната на потребностите методология е потвърдена през 2018 г. и Националната здравна карта вече може да се използва като средство за планиране и разпределение на работната сила. Това обаче не е инструмент, предназначен за осигуряване на качеството на предоставяните услуги или такъв, който да направи кариерата на ОПЛ или на медицинските сестри по-привлекателна (каре 4).

Управлението на системата е организирано чрез национални стратегии, но прилагането им е бавно

Националната здравна стратегия до 2020 г. има за цел да стимулира доближаването на основните показатели за здравното състояние на населението в България със средните стойности за ЕС. Тя също така обхваща множество специфични за определени болести и действия национални програми (например в областта на туберкулозата и за подобряване на майчиното и детското здраве), както и дългосрочни цели, като например прилагането на Националната здравна информационна система. Остава обаче да се види дали националната стратегия може да бъде ефективен инструмент за управление на промяната.

Честата смяна на политическите ръководства е основна пречка за прилагането на реформите през последните години и накърнява приемствеността и последователността при разработването на политики. Така например, почти всички инициативи за реформи, насочени към повишаване на ефективността в болничния сектор, бяха спрени от Административния съд и от Конституционния съд, след като бяха оспорени. Създаването на коалиция от основните заинтересовани страни в системата на здравеопазване може да бъде ключов инструмент за постигане на консенсус. Например в миналото е бил използван съветът „Партньорство за здраве“ — консултативен орган, председателстван от министъра на здравеопазването, за да помогне за въвеждането на ОЗТ.

Каре 4. Отбелязан е известен напредък в решаването на проблемите с работната сила

Протестите на членове на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи през март 2019 г. хвърлиха светлина върху условията на труд на работещите в областта на здравните грижи. Средната възраст на медицинските сестри и акушерките е 55 години, а миграцията на предимно млади медицински сестри е довела до прекомерна работна натовареност на онези, които са останали. По данни на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) много медицински сестри работят на две места поради ниското равнище на заплатите. Медицинските сестри отправят искания към Министерството на здравеопазването да подобри условията на труд, да повиши заплатите и да изготви дългосрочна стратегия за развитие. Като първа стъпка трябва да се разработят стандарти за всички медицински специалности и да се включат подробни минимални изисквания за числеността на персонала за извънболнична и болнична помощ. В дългосрочен план са необходими дискусии за това как да бъде изменена комбинацията от необходими умения на медицинските специалисти, включително лекарите и медицинските сестри.

6 Основни констатации

- Въпреки значителното подобрене на очакваната средна продължителност на живота от 2000 г. насам, България отчита най-ниската такава в ЕС. Широкото разпространение на рискови фактори като тютюнопушене, употреба на алкохол и нездравословно хранене допринася за високата смъртност от инсулт, исхемична болест на сърцето и рак на белите дробове.
- Осъществяването на дейности за първична профилактика и промоция на здравето е сравнително слабо застъпено, което намира отражение във високия коефициент на предотвратима смъртност. По подобен начин предотвратимата с добро лечение смъртност в България е четвъртата най-висока в ЕС, което показва, че системата на здравеопазването като цяло не успява да лекува пациентите ефикасно и своевременно. Приблизително една пета от болничните процедури биха могли да се осъществяват в рамките на извънболничната помощ, докато една десета от хоспитализациите и свързаните с тях процедури биха могли да се избегнат напълно, ако е налице по-добра извънболнична помощ.
- Слабото развитие на първичната и профилактичната помощ отчасти обяснява високите равнища на болничната дейност и хоспитализациите в България, но значителният ръст в броя на болничните легла в градските райони и в частния сектор също засилва акцента върху болничната помощ. Реформите имат за цел ограничаване на болничната дейност и укрепване на извънболничната помощ, включително чрез инициативи като Националната здравна карта, медицински стандарти и по-строг режим за издаване на разрешения. Някои значими реформи обаче са оспорени от заинтересованите страни и отменени от съдилищата.
- Въпреки че разходите за здравеопазване в България все още са сравнително ниски в сравнение с други държави — членки на ЕС, те се увеличават непрекъснато през последните 15 години. Увеличаването на разходите за здравеопазване обаче се осигурява главно за сметка на директните плащания от потребителите. Понастоящем системата на здравеопазването реално разчита в почти еднаква степен на частните разходи и публичните средства като източници на приходи, като делът на публичното финансиране (52 %) през последните години намалява. Тази тенденция поражда опасения свързани с равнопоставеността по отношение на финансовата достъпност на здравеопазването, особено за хората с по-ниски доходи.
- Директните плащания от пациентите са ключова пречка пред достъпа: с 47 % от текущите разходи за здравеопазване България отчита най-висок дял на този тип разходи в ЕС. На лекарствени продукти се пада преобладаващата част от частните разходи за здравеопазване, следвани от разходите за извънболнична помощ. Счита се, че неофициалните плащания под формата на „парични дарения“ за лекарите представляват значителен дял от директните плащания от пациентите. Въпреки че заявените неудовлетворени потребности както от медицинска, така и от дентална помощ, рязко са спаднали през последното десетилетие, съществуват големи разлики в неудовлетворените потребности между групите с високи и ниски доходи, като разходите остават най-често посочваната причина за отказ от помощ.
- Най-голямото предизвикателство пред достъпността на здравната помощ е значителната част от населението (около 14 %), което не е обхванато от социалното здравно осигуряване. Разликата в обхвата на населението засяга в различна степен дългосрочно безработните, ромското население и хората, живеещи в неблагоприятните райони. Неравномерното разпределение на лечебните заведения, медицинските специалисти и услуги в цялата страна също затруднява достъпа, като селските райони често са оцетени, докато в по-големите градове има свръхпредлагане на услуги.
- Недостигът на медицински специалисти, особено на медицински сестри и общопрактикуващи лекари, възпрепятства развитието на първичната помощ и предоставянето на услуги в неблагоприятните райони. За справяне с тези предизвикателства се прилагат мерки за увеличаване на броя на дипломираните медицински специалисти и за подобряване на заплатите и условията на труд.



ОСНОВНИ ИЗТОЧНИЦИ

Dimova A et al. (2018), Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 20(4):1–256.

OECD, EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Използвани източници

EAMA (2017), *Annual report on condition and overall activity of the health insurance in Republic of Bulgaria for 2016*. Executive Agency Medical Audit, Ministry of Health, Sofia.

ECDC (2018), *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2017 – Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2017*. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

ECDC, European Commission (2019), *Country visit to Bulgaria to discuss policies relating to antimicrobial resistance*. Final joint report. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

ECDC, WHO Regional Office for Europe (2019), *Tuberculosis monitoring and surveillance in Europe 2019 – 2017 data*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Bulgaria*, <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10155-2019-INIT/en/pdf>

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070)*. Institutional Paper 079. May 2018. European Commission, Brussels.

Institute for Market Economics (2018), *Regional Profiles, Indicators of Development 2017*. Institute for Market Economics, Sofia.

Ministry of Finance of the Republic of Bulgaria (2019), Written answer to parliamentary question No. 01-00-133. Sofia on 27 March 2019. Sofia.

National Statistical Institute (2019a), Crude death and infant mortality rates by place of residence, statistical regions, districts and sex in 2018, Sofia.

National Statistical Institute (2019b), Geographical representation of data on physicians in health establishments by medical speciality, statistical regions and districts as of 31.12.2018, Sofia.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

Zahariev B, Georgieva L (2018), *ESPN Thematic Report: Inequalities in access to healthcare. Bulgaria 2018*. European Commission, Brussels.

Абривиатури на държавите

Австрия	AT	Дания	DK	Кипър	CY	Норвегия	NO	Унгария	HU
Белгия	BE	Естония	EE	Латвия	LV	Полша	PL	Финландия	FI
България	BG	Ирландия	IE	Литва	LT	Португалия	PT	Франция	FR
Великобритания	UK	Исландия	IS	Люксембург	LU	Румъния	RO	Хърватия	HR
Германия	DE	Испания	ES	Малта	MT	Словакия	SK	Чехия	CZ
Гърция	EL	Италия	IT	Нидерландия	NL	Словения	SI	Швеция	SE

State of Health in the EU

Здравен профил на страната 2019 г.

Здравните профили на държавите са важна стъпка в текущия цикъл на Европейската комисия за посредничество във връзка с разпространението на информация и знания „State of Health in the EU“ и са изготвени с финансовата помощ на Европейския съюз. Профилите са продукт на съвместната работа на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и European Observatory on Health Systems and Policies в сътрудничество с Европейската комисия.

Кратките и фокусирани върху политиката профили се основават на прозрачна и последователна методология, при която са използвани както количествени, така и качествени данни, гъвкаво адаптирани към контекста на всяка държава — членка на ЕС/ЕИП. Целта е да се създаде средство за взаимен обмен на знания на доброволен принцип, което да може да бъде използвано както от политиците така и от заинтересованите страни.

Във всеки профил на държава се предлага кратко обобщение на:

- състоянието на здравето в страната;
- здравните детерминанти, с акцент върху поведенческите рискови фактори;
- организацията на системата на здравеопазване;
- ефикасността, достъпността и устойчивостта на здравната система.

Комисията допълва основните констатации от тези профили с придружаващ доклад.

За повече информация виж: ec.europa.eu/health/state

Моля, цитирайте тази публикация по следния начин: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), България: Здравен профил на страната 2019 г., State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264774407 (PDF)

Series: State of Health in the EU

SSN 25227041 (online)