



State of Health in the EU

България

Здравен профил на страната 2021

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 здравните системи в ЕС/Европейското икономическо пространство. Основното ударение в тях се поставя върху характерните особености и предизвикателства във всяка държава в контекста на съпоставки между държавите. Целта е здравните политици и заинтересованите страни да имат на свое разположение 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 оценяване на функционирането на здравните системи (HSPA).

Съдържание

1. АКЦЕНТИ	3
2. ЗДРАВЕТО В БЪЛГАРИЯ	4
3. РИСКОВИ ФАКТОРИ	7
4. ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	8
5. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	12
5.1 Ефикасност	12
5.2 Достъпност	14
5.3 Издръжливост	18
6. ОСНОВНИ КОНСТАТАЦИИ	22

Източници на данни и информация

Данните и информацията в здравните профили на държавите са въз основа главно на официалните национални статистически данни, предоставени на Eurostat и ОИСР, които бяха потвърдени, 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), проучванията 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 27-те държави членки, освен ако не е посочено друго. Тези средни стойности за ЕС не включват Исландия и Норвегия.

Настоящият профил е завършен през септември 2021 г. Въз основа на данните, налични в края на август 2021 г.

Демографски и социално-икономически контекст в България, 2020 г.

Демографски фактори

	България	ЕС
Население (средногодишен брой)	6 951 482	447 319 916
Дял от населението на възраст над 65 години (%)	21,6	20,6
Коефициент на плодовитост ¹	1,6	1,5

Социално-икономически фактори

БВП на глава от населението (ППС в EUR ²)	16 268	29 801
Относителен дял на бедните ³ (%)	22,6	16,5
Коефициент на безработица (%)	5,1	7,1

1. Брой деца, родени от среднестатистическа жена 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. За ЕС-27, 2020 г. 3. Процент на лицата, живеещи с по-малко от 60 % от средния приравнен 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, нито на European Observatory on Health Systems and Policies или някой от нейните партньори. По никакъв начин не може да се смята, че вижданията, изложени в настоящия документ, отразяват официалната позиция на Европейския съюз.

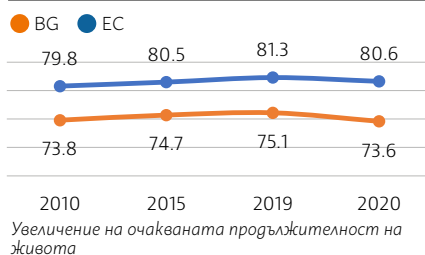
Настоящият документ, както и всички данни и карти, включени в него, не засягат статута или суверенитета на дадена територия, нито определянето на международни граници или името на дадена територия, град или област.

Прилагат се допълнителни откazi от отговорност на СЗО.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

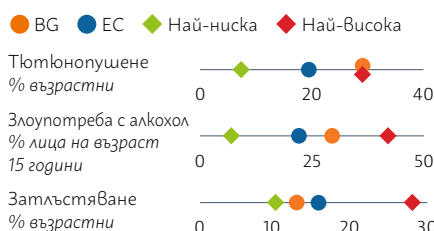
1 Акценти

Пандемията от COVID-19 доведе до временна промяна на тенденцията за увеличаване на очакваната продължителност на живота на българите, за които през 2019 г. този показател без друго е бил с най-ниската стойност в ЕС. Въпреки подобренията в здравната система през последното десетилетие, въздействието на рисковите фактори с трайно високи равнища, на високите директни плащания (ДП) от пациентите и на предоставянето на лечение изключително в болнични условия продължават да затрудняват функционирането на системата. Пандемията от COVID-19 постави акцент върху необходимостта от допълнителни инвестиции в здравния сектор, включително от по-добра готовност за бъдещи сътресения в здравната система. За България в това предизвикателство се включват и инвестиции за създаване на единна здравна информационна система с цел ускоряване на използването на електронното здравеопазване и осигуряване на подходящи условия на труд за работещите в сферата на здравеопазването.



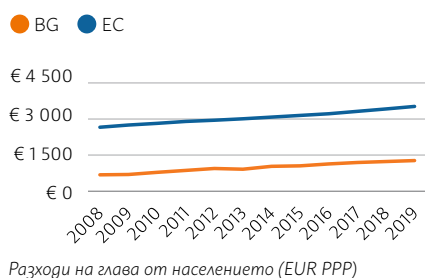
Здравен статус

Общата очаквана продължителност на живота при раждане в България временно е намаляла с 1,5 години през 2020 г. в сравнение с 2019 г., което до голяма степен се дължи на големия брой смъртни случаи поради пандемията от COVID-19. Инсултът, исхемичната болест на сърцето и ракът на белите дробове са водещите причини за смърт и на тях се дължат една трета от всички смъртни случаи през 2018 г.



Рискови фактори

Тютюнопушенето, нездравословното хранене, употребата на алкохол и ниската физическа активност са причина за почти половината от всички смъртни случаи в България. Тютюнопушенето сред възрастните и юношите е с най-висока степен на разпространение в ЕС. Употребата на алкохол сред юношите също е причина за безпокойство. За разлика от тези фактори затлъстяването сред възрастните е под средното за ЕС.

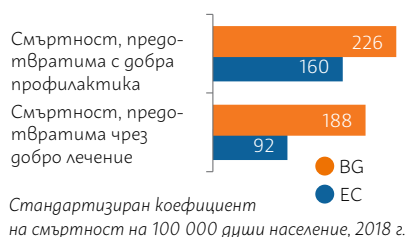


Здравна система

От 2005 г. насам разходите за здравеопазване на глава от населението в България като цяло са се удвоили. Въпреки това остават много по-ниски от разходите в ЕС както в абсолютно изражение, така и като дял от БВП. Публичното финансиране на здравната система представлява 61 % от разходите за здравеопазване през 2019 г. Разходите за директни плащания от пациентите (38 %), които се дължат основно на разходите за фармацевтични продукти за извънболнична помощ, са повече от 2,5 пъти по-високи от средните за ЕС.

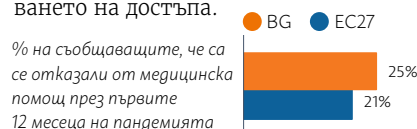
Ефективност

Както предотвратима с добра профилактика смъртност, така и смъртността, предотвратима чрез добро лечение, са значително по-високи от тези за ЕС като цяло, отразявайки слабата първична профилактика и промоция на здравето, както и необходимостта от усъвършенстване на протоколите за диагностика и лечение на водещите причини за смърт. Преживяемостта при най-разпространените видове рак е сред най-ниските в ЕС.



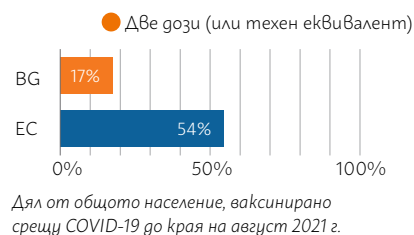
Достъпност

Преди пандемията от COVID-19 равнището на неудовлетворените по самооценка медицински потребности в България е намаляло и е достигнало малко под средното за ЕС. Въпреки това през първите 12 месеца на пандемията почти 25 % от населението са съобщили, че е трябвало да се откажат от здравни услуги. Равнищата на директни плащания от пациентите, липсата на осигурителното покритие, лимитите за направления и неравномерното разпределение на медицинския персонал и на оборудването на територията на държавата продължават да бъдат предизвикателства за осигуряването на достъпа.



Издръжливост

България разполагаше с достатъчен капацитет на интензивните отделения и легла за активно лечение за случаите на COVID-19, когато болничната система беше подложена на натиск. Напредването на кампанията за ваксиниране срещу COVID-19 в България е бавно и към края на август 2021 г. само 17 % от населението са ваксинирани с две дози (или техен еквивалент).



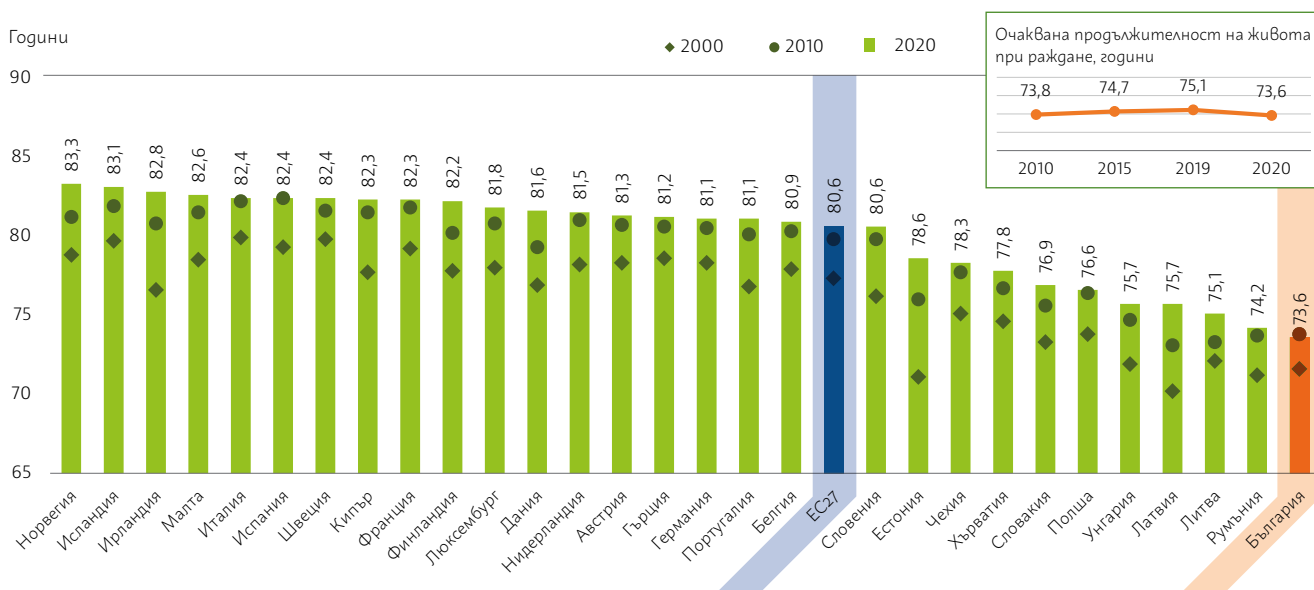
2 Здравето в България

Пандемията от COVID-19 оказва сериозно влияние върху очакваната продължителност на живота.

Въпреки че очакваната продължителност на живота в България като цяло се е увеличила от 71,6 години през 2000 г. на 73,6 години през 2020 г., към 2020 г. тя е останала най-ниската в ЕС, като е с цели 7 години по-ниска от средната стойност за ЕС през 2020 г. (фигура 1). Освен това пандемията от COVID-19 доведе до значителен временен спад в очакваната

продължителност на живота между 2019 г. и 2020 г. с 1,5 години — два пъти по-голям от равнището за ЕС като цяло. Повишаването на очакваната продължителност на живота е по-голямо сред жените, отколкото сред мъжете, като така разликата между половете се е увеличила на 7,6 години в сравнение със средно 5,6 години в ЕС. Въпреки това през 2020 г. българските жени са имали най-кратката очаквана продължителност на живота при раждане сред жените в ЕС — 77,5 години.

Фигура 1. Очакваната продължителност на живота при раждане в България остава най-ниската в ЕС



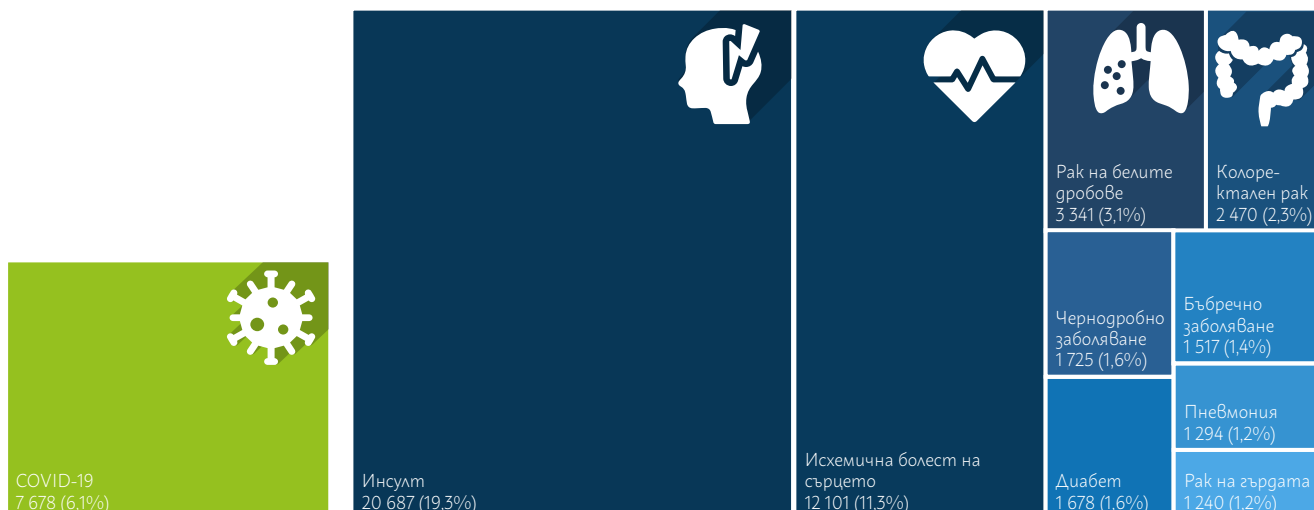
Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена. Данните за Ирландия се отнасят за 2019 г.
Източник: базата данни на Eurostat.

Сърдечносъдовите заболявания са водещата причина за смърт, но COVID-19 е довел до много смъртни случаи през 2020 г.

Инсултът е бил водещата причина за смърт в България през 2018 г., като е довел до почти 20 % от всички смъртни случаи (фигура 2). Смъртността от исхемична болест на сърцето е следващата по ред водеща причина, която е довела до 11 % от всички смъртни случаи, независимо от рязкото им намаляване от 2000 г. насам. Спадът е бил по-изразен сред жените, отколкото сред мъжете, отчасти поради намаляването на някои поведенчески рискови фактори, както и поради подобрената ранна диагностика и лечение (като например безплатни годишни медицински прегледи за сърдечносъдови заболявания — вж. раздел 5.1) и увеличената употреба на лекарства за хипертония. Ракът на белите дробове е най-честата причина за смърт от рак, следван от колоректалния рак.

През 2020 г. от страна на България е съобщено за почти 7700 смъртни случая, дължащи се на COVID-19 — приблизително 6 % от всички смъртни случаи. От януари до края на август 2021 г. са регистрирани още 11 050 смъртни случая. По-голямата част от смъртните случаи са сред хора на възраст 60 и повече години. Коефициентът на смъртност от COVID-19 до края на август 2021 г. е бил с около 65 % по-висок в България от средния за всички държави от ЕС (приблизително 2695 на един милион души население в сравнение с около 1590 средно за ЕС). Освен това по-широкият диапазон от стойности на показателя за свръхсмъртност показва, че броят на жертвите в България, пряко и косвено свързани с COVID-19, може да е значително по-голям (каре 1).

Фигура 2. Сърдечностъдовите заболявания обикновено са причина за повечето смъртни случаи, но COVID-19 е причинил значителен дял от смъртните случаи през 2020 г.



Забележка: Броят и дялът на смъртните случаи поради COVID-19 се отнасят за 2020 г., а броят и дялът на смъртните случаи по други причини — за 2018 г. Размерът на полето за COVID-19 е пропорционален на размера на полетата за останалите основни причини за смърт през 2018 г. Източници: Eurostat (за причините за смърт през 2018 г.); ECDC (за смъртните случаи от COVID-19 през 2020 г., до 53-та седмица).

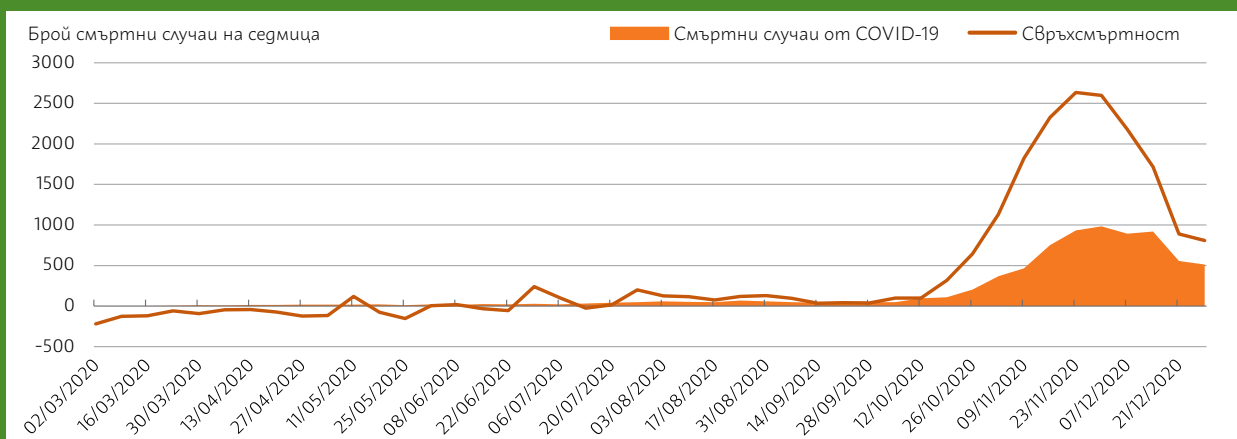
Каре 1. Разликата между регистрираните смъртни случаи от COVID-19 и свръхсмъртността в България през 2020 г. е голяма

В България, както и в други държави, действителният брой на смъртните случаи от COVID-19 вероятно е по-голям от броя на съобщените смъртни случаи поради ограничения обхват на тестването и поради проблемите, свързани с определянето на причините за смъртта. Освен това в броя на смъртните случаи от COVID-19 не се отчита възможното увеличаване на броя на смъртните случаи по други причини, които може да възникнат по време на пандемията или след нея — например поради намаляването на достъпа до здравни услуги за пациентите, които не са заразени с COVID-19, или поради по-малкия брой хора, които търсят лечение поради страх, че може да се заразят с вируса (непреки смъртни случаи). С показателя за свръхсмъртност (дефиниран като брой смъртни случаи по всякакви причини, надвишаващ очаквания брой въз основа на базовото равнище от предходните години) се осигурява по-широк поглед върху

смъртните случаи, дължащи се директно или индиректно на COVID-19, които случаи са по-слабо свързани с проблеми с тестването и с регистрирането на причините за смъртта.

България е силно засегната от втората вълна на пандемията: приблизително 89 % от смъртните случаи през 2020 г., причинени от COVID-19 като водеща причина, са настъпили през последното тримесечие на годината (фигура 3). През този период свръхсмъртността в България трайно остава по-голяма от броя на съобщените смъртни случаи от COVID-19. Като цяло свръхсмъртността между началото на март и края на декември 2020 г. (17 000 смъртни случая) е повече от два пъти по-голяма от броя на съобщените смъртни случаи от COVID-19 (7678 смъртни случая).

Фигура 3. В България COVID-19 и свръхсмъртността достигат своя връх през есента на 2020 г.



Забележка: Изчисляването на свръхсмъртността е въз основа на средната стойност за предходните пет години (2015—2019 г.). Източници: ECDC (за смъртните случаи от COVID-19); OICP въз основа на данни от Eurostat (за свръхсмъртност).

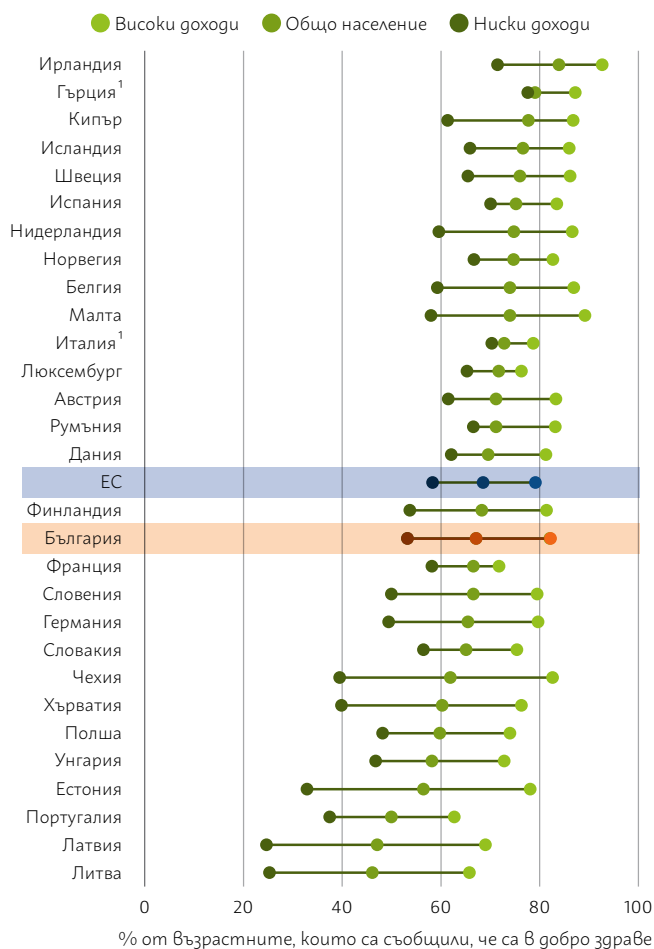
Повечето от хората съобщават, че са в добро здраве, но съществуват изразени различия според групата доходи, към която се числят

През 2019 г. две трети от българите са съобщили, че са в добро здраве, което е близо до средната стойност за ЕС като цяло (69 %) (фигура 4). Както и в други държави от ЕС обаче, съществуват големи различия между хората според групите доходи, към които се числят. Повече от четири на всеки пет души, които попадат в квинтила на най-високите доходи, смятат, че са в добро здраве, в сравнение със само около половината от хората в квинтила на най-ниските доходи.

Тежестта на раковите заболявания за общественото здравеопазване в България е значителна

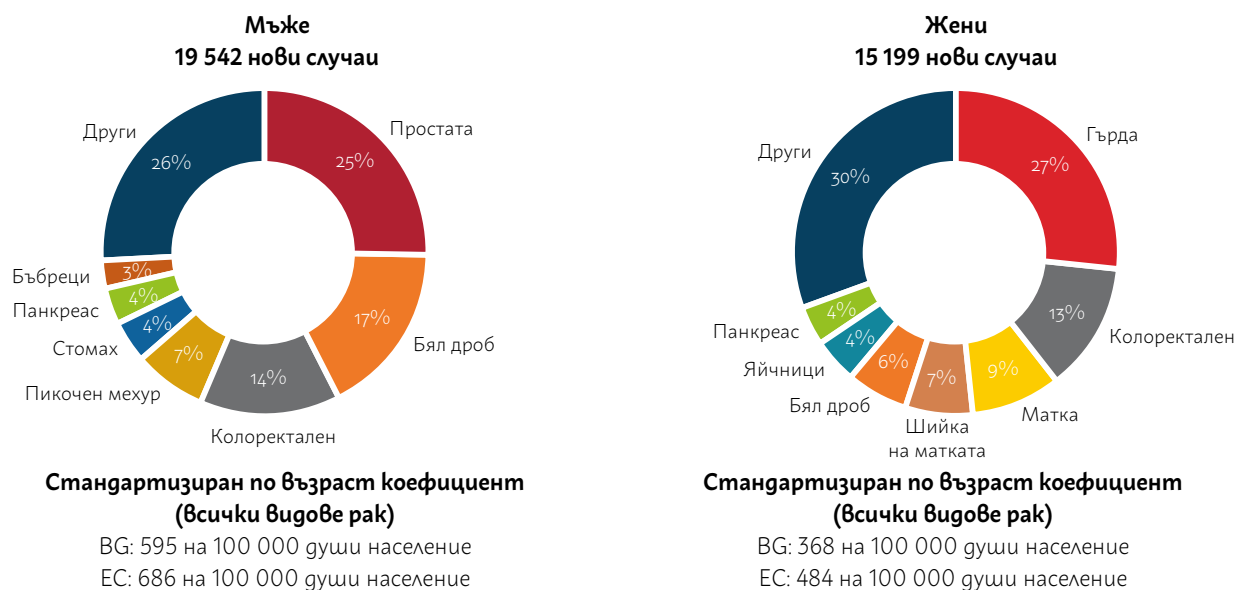
Според оценките на Joint Research Centre, основани на тенденциите в заболеваемостта от предходните години, през 2020 г. в България се очаква да има около 35 000 нови случая на рак и около 20 000 смъртни случая от рак¹. Въпреки че заболяемостта от рак в България е по-ниска от тази в ЕС, общата смъртност от рак (258 смъртни случая на 100 000 души от населението) е близка до средната за ЕС (264 смъртни случая на 100 000 души от населението). По-ниската заболяемост в съчетание със средните стойности на преживяемостта при ракови заболявания и ниската степен на използване на профилактични и скринингови прегледи (вж. раздел 5.1) показват, че е налице равнище на недостатъчно диагностициране или съществуват проблеми при осигуряването на ефективно лечение. На фигура 5 е показано, че основните видове рак при мъжете са рак на простатата (25 %), рак на белите дробове (17 %) и колоректален рак (14 %), докато при жените на първо място е ракът на гърдата (27 %), след който са колоректалният рак (13 %) и ракът на матката (9 %).

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



Забележка: 1. Дяловете за цялото население и за населението с ниски доходи са приблизително еднакви.
Източник: базата данни на Eurostat, въз основа на EU-SILC (данните се отнасят за 2019 г.).

Фигура 5. Приблизително 35 000 души в България са диагностицирани с рак през 2020 г.



Забележка: Изключен е немеланомният рак на кожата; в данните за рака на матката не са включени данни за рака на шийката на матката.
Източник: ECIS — Европейска информационна система за рака

1. Следва да се има предвид, че тези оценки са извършени преди пандемията от COVID-19; това може да окаже влияние върху коефициентите както на заболяемостта, така и на смъртността от рак през 2020 г.

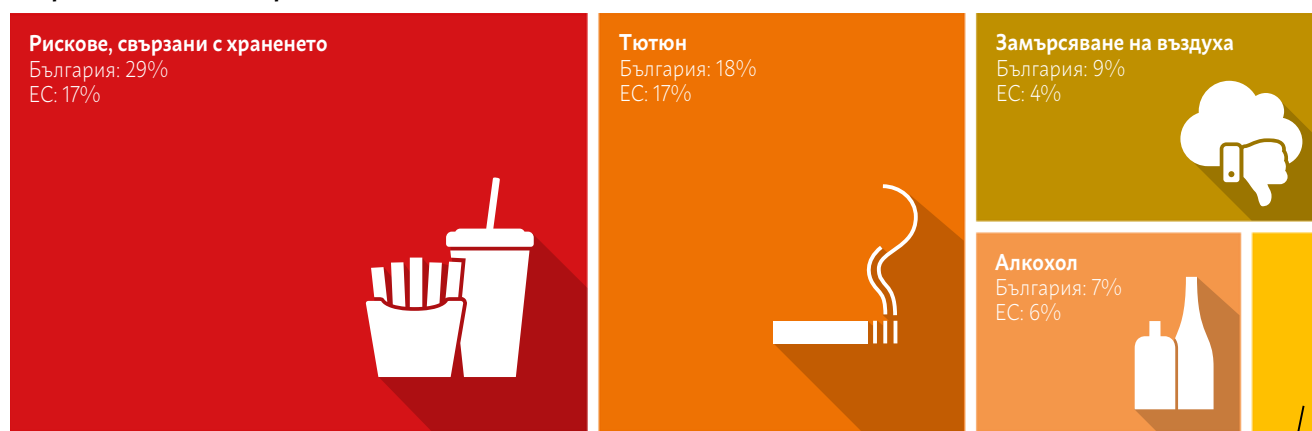
3 Рискови фактори

Почти половината от всички смъртни случаи се дължат на поведенчески и екологични рискови фактори

Почти половината от всички смъртни случаи в България се дължат на поведенчески рискови фактори, включително на тютюнопушене, нездравословно хранене, употреба на алкохол и ниска физическа активност. Факторите на околната среда също са причина за значителен брой смъртни случаи (фигура 6). Непълноценното хранене, включително ниската консумация на плодове и зеленчуци и високата консумация на захар и сол, са изиграли

определена роля за 29 % от всички смъртни случаи през 2019 г. — това е най-високият дял в ЕС. Тютюнопушенето е било една от причините за приблизително 18 % от всички смъртни случаи, докато около 7 % се дължат на употребата на алкохол, а 2 % — на ниските равнища на физическа активност. Само излагането на фини прахови частици (ФПЧ_{2,5}) и озон е причина за приблизително 9 % от всички смъртни случаи през 2019 г. (над 11 000 смъртни случая), което е повече от средното за ЕС (4 %). Замърсяването на въздуха е една от причините за смъртните случаи от заболявания на кръвоносната система, респираторни заболявания и някои видове рак.

Фигура 6. Непълноценното хранене, тютюнопушенето и замърсяването на въздуха са основните причини за смъртността в България



Ниска физическа активност – България: 2% ЕС: 2%

Забележка: Общият брой смъртни случаи, свързани с тези рискови фактори, е по-малък от сбора на всички случаи, разглеждани поотделно, тъй като даден смъртен случай може да се дължи на повече от един рисков фактор. Рисковете, свързани с храненето, включват 14 компонента, като ниска консумация на плодове и зеленчуци и висока консумация на подсладени със захар напитки. Замърсяването на въздуха се отнася до излагането на ФПЧ_{2,5} и озон. Източници: IHME (2020 г.), Global Health Data Exchange („Глобален обмен на данни за здравеопазването“) (изчисленията се отнасят за 2019 г.).

България е с най-високи равнища на тютюнопушене сред възрастните и юношите

Въпреки че напоследък България постигна известен напредък по отношение на контрола на тютюна (вж. раздел 5.1.), тютюнопушенето продължава да бъде основен проблем за общественото здраве (фигура 7). Равнището на тютюнопушенето сред възрастните е най-високото в ЕС, като през 2019 г. почти всеки трети възрастен (29 %) е пушил всекидневно. Тютюнопушенето сред юношите (32 %) също е причина за сериозно безпокойство, особено тютюнопушенето сред момичетата: през 2018 г. около 38 % от 15-годишните момичета са съобщили, че са пушили през последния месец — най-високият процент в ЕС при момичетата — в сравнение с 26 % от момчетата.

Наднорменото тегло и затлъстяването при юношите са все по-голям проблем за общественото здраве

Равнището на затлъстяване при децата в България (19 %) е равно на средното за ЕС през 2018 г., докато

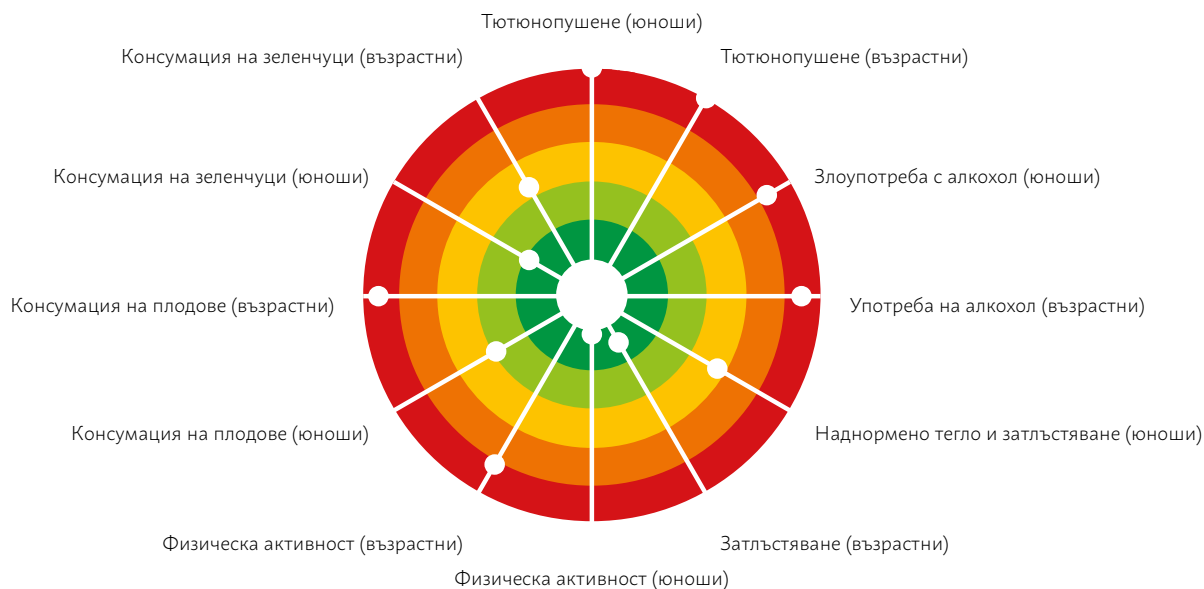
равнището на затлъстяване при възрастните — 13 % през 2019 г. — е на трето място от най-ниските равнища сред държавите от ЕС и е значително под средното за ЕС от 16 %. Както и в други държави, непълноценното хранене е основният фактор, който причинява наднорменото тегло и затлъстяването. Консумацията на плодове сред възрастните в България е много ниска (на второ място от най-ниските сред всички държави от ЕС), а трима от всеки петима възрастни не консумират нито един плод на ден. По-малко от половината (49 %) не консумират зеленчуци всекидневно. Физическата активност сред възрастните също е ниска, като едва 58 % упражняват поне умерена физическа активност всяка седмица, което е под средното равнище за ЕС от 64 % (фигура 7). В отговор на проблемите, свързани с наднорменото тегло и затлъстяването при юношите, в България са въведени програми за насърчаване на здравословното хранене на децата в училищна възраст (вж. раздел 5.1). Положителен е фактът, че българските юноши са най-активни физически сред юношите от държавите от ЕС, като през 2018 г. всеки пети е съобщил за поне умерена физическа активност всеки ден.

Равнището на консумацията на алкохол е високо и при възрастните, и при юношите

Употребата на алкохол сред възрастните в България през 2019 г. (11,4 литра на глава от населението) е по-висока от средната за ЕС (10,1 литра) и се е увеличила през последното десетилетие. Употребата

на алкохол сред юношите също е повод за безпокойство: делът на лицата на възраст 15 години, които са съобщили, че са злоупотребили с алкохол повече от веднъж в живота си, е сред най-високите в ЕС през 2018 г. (30 % в България в сравнение със средната стойност за ЕС от 22 %).

Фигура 7. България изостава от средните стойности за ЕС по отношение на много рискови фактори



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 какво да се подобри във всички области.

Източници: изчисленията на ОИСР въз основа на проучването HBSC за 2017–2018 г. относно показателите при юношите; и EU-SILC 2017 г., EHIS 2014 г. и 2019 г. относно показателите при възрастните.

4 Здравната система

В българската здравна система е включено задължително социално здравно осигуряване

Българската здравна система е основана на схема за задължително социално здравно осигуряване, като доброволното здравно осигуряване играе малка роля. В системата за социално здравно осигуряване Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) чрез своите клонове от 28 регионални здравноосигурителни каси е единственият купувач на здравни услуги.

Държавната здравна политика се ръководи от Министерския съвет, а Министерството на здравеопазването е отговорно за цялостното управление на здравната система. Това включва изготвяне на законодателство в областта на здравеопазването, координиране и контрол на различните подчинени органи, както и планиране и регулиране на доставчиците на здравни услуги. На областно равнище политиката в областта на общественото здравеопазване се организира от регионалните здравни инспекции (РЗИ), които са местните органи на Министерството

на здравеопазването. Министерството и неговите регионални структури заемат централно място при прилагането на мерките на здравната система в отговор на пандемията от COVID-19 (каре 2).



Каре 2. За управлението на пандемията от COVID-19 са използвани както централизирани, така и децентрализирани подходи

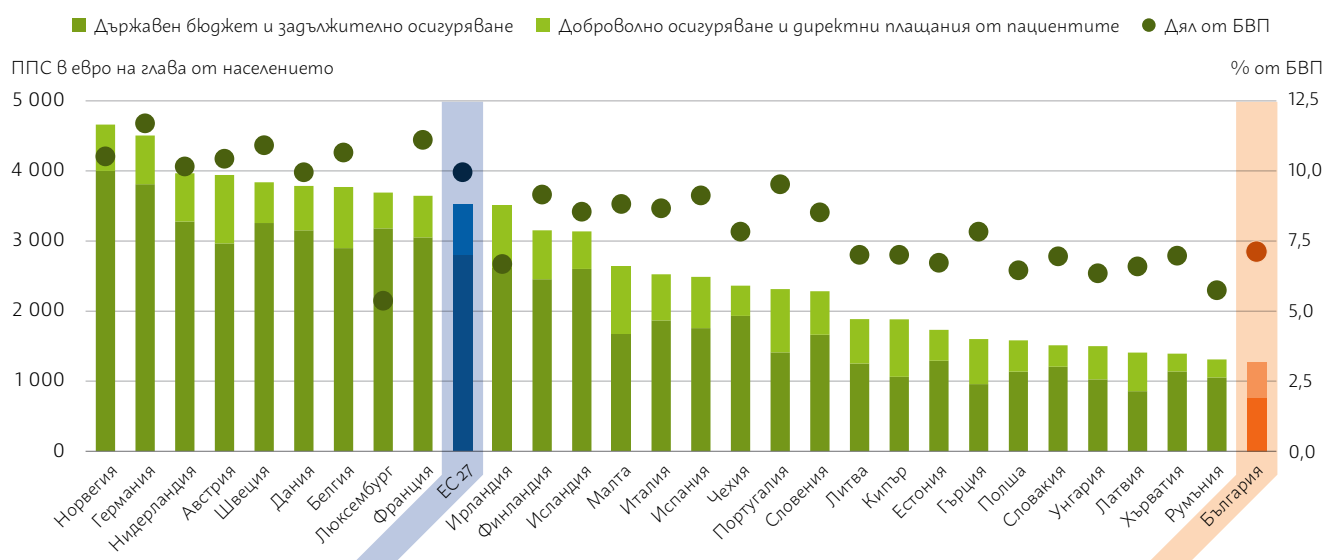
Първоначално координацията на мерките в отговор на COVID-19 от страна на България е силно централизирана, като Министерството на здравеопазването и РЗИ отговарят за планирането и изпълнението на противопандемичните мерки. През февруари 2020 г. е създаден и Национален оперативен щаб, който да дава препоръки на Министерския съвет и на Министерството на здравеопазването. През есента на 2020 г., когато броят на случаите започва бързо да нараства, е възприет децентрализиран подход и регионалните и местните органи са оправомощени да прилагат целеви мерки при необходимост. Въпреки това, тъй като малко органи налагат по-строги мерки и броят на случаите на ген продължава да нараства, през октомври и ноември 2020 г. е възобновено централизираното вземане на решения, като отново се въвеждат мерки на национално равнище.

Източник: COVID-19 Health Systems Response Monitor (Платформа за мониторинг на прилаганите в здравните системи мерки в отговор на COVID-19).

Въпреки значителния ръст, разходите за здравеопазване са най-ниските в ЕС

През 2019 г. в България разходите за здравеопазване на глава от населението (коригирани с разликите в покупателната способност) са 1 273 евро — най-ниските в ЕС (фигура 8). Въпреки това разходите за здравеопазване на глава от населението са се увеличили значително през последното десетилетие, като между 2009 г. и 2019 г. са нараснали с 83 % в сравнение с едва 28 % в ЕС като цяло. Измерени като дял от БВП, разходите за здравеопазване в България възлизат на 7,1 %, което е под средната стойност за ЕС от 9,9 %, но е повече от 11 други държави от ЕС със сравними равнища на разходите за здравеопазване на глава от населението. Извънредната ситуация във връзка с COVID-19 също доведе до допълнително финансиране през 2020 г. в подкрепа на здравния сектор (каре 3).

Фигура 8. България отделя малко над 7 % от своя БВП за здравеопазване



Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена.

Източник: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването за 2021 г. (данните се отнасят за 2019 г. с изключение на данните за Малта, които са за 2018 г.).

Каре 3. Българското правителство и ЕС прехвърлят средства за борба с COVID-19 от няколко източника на финансиране

Когато в България са регистрирани първите случаи на COVID-19, правителството одобрява прехвърлянето на 7 милиона лева (3,5 милиона евро) от тържавния бюджет за 2020 г. към Министерството на здравеопазването за мерки в отговор на епидемията. През 2020 г. за борба с пандемията от COVID-19 са осигурени общо 414,7 милиона лева (212 милиона евро) от националния бюджет. Освен това България пренасочва средства от проекта по Оперативна програма „Региони в растеж“ на Европейската комисия за закупуване на оборудване, лекарства и тестове, както и за инвестиции в електронно

здравеопазване. През лятото на 2020 г. със средства от националния бюджет са оборудвани болници за борба с пандемията, а НЗОК заплаща на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) по 1 000 лева (511 евро) на месец за лечение на пациенти с COVID-19. Към края на ноември 2020 г. публичните разходи за здравни мерки, свързани с COVID-19, възлизат приблизително на 628 милиона лева (321 милиона евро); а общо около 2 милиарда лева (1,02 милиарда евро) са изразходвани за всички мерки, включително за социални и икономически програми.

Източник: COVID-19 Health Systems Response Monitor (Платформа за мониторинг на прилаганите в здравните системи мерки в отговор на COVID-19).

Директните плащания от пациентите представляват голям дял от разходите за здравеопазване

През 2019 г. публичното финансиране съставлява 60,6 % от общите разходи за здравеопазване. Това е увеличение от 54,3 % спрямо стойността през 2009 г. и е най-високият отчетен дял на публичните разходи за здравеопазване от 2005 г. насам. На глава от населението това означава, че през 2019 г. публичното финансиране възлиза на 771 евро, нараствайки с 377 евро в сравнение с 2009 г. Вноските за социално здравно осигуряване се правят от физическите лица и работодателите, а държавата осигурява децата, пенсионерите и хората с ниски доходи. Допълнителни данъчни приходи се разпределят чрез годишните бюджети на Министерството на здравеопазването и общините.

Директните плащания от домакинствата представляват 37,8 % от разходите за здравеопазване през 2019 г. — най-високият дял в ЕС и приблизително 2,5 пъти по-висок от дела за ЕС като цяло. Ключовите фактори за високия дял на директните плащания включват услуги, извън обхвата на здравноосигурителния пакет, и доплащането за част от услугите, включени в пакета, особено за лекарства (вж. раздел 5.2). Изчислено е, че нерегламентираните плащания представляват значителен дял от разходите на домакинствата за здравеопазване и допринасят за финансовия натиск върху домакинствата (Захариев и Георгиева, 2018 г.). Неотдавнашно проучване на Евробарометър показва, че през декември 2019 г. 10 % от българите са плащали неофициално на лекар, медицинска сестра или болница (Европейска комисия, 2020 г.).

Около 1 милион българи нямат здравна осигуровка

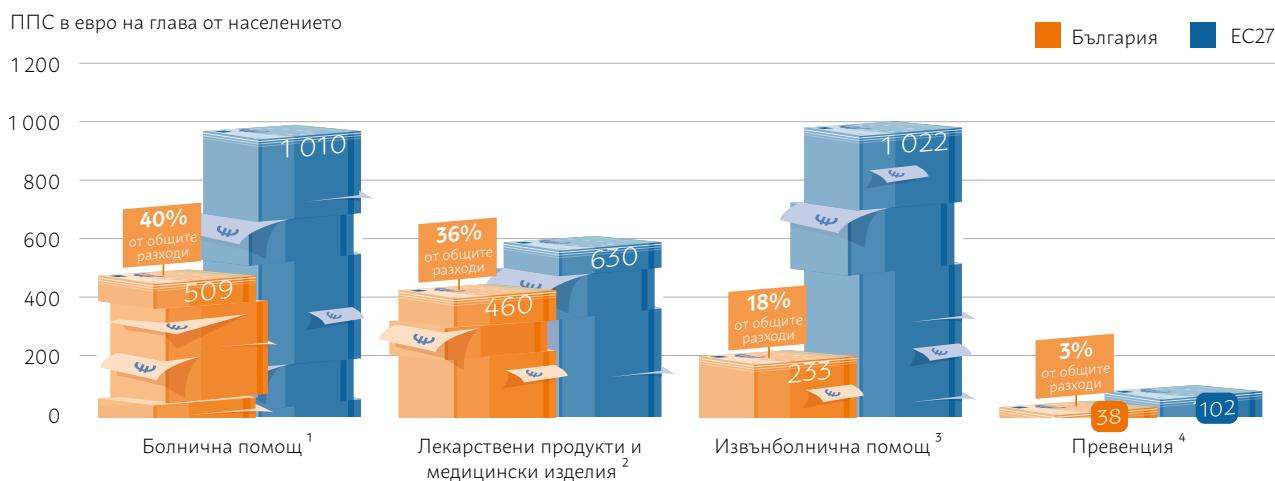
Въпреки че системата за социалното здравно осигуряване в България се основава на принципа на универсализма, значителна част от българското население не е осигурено. Последните данни на НЗОК

показват, че към края на 2019 г. малко над 1 милион души (14,8 % от населението) не са били здравноосигурени (НЗОК, 2020 г.), докато по данни на Министерството на финансите този дял е около 10 % (Министерство на финансите, 2020а). Големият брой неосигурени лица представлява сериозна причина за безпокойство с оглед на достъпа до медицинска помощ (Съвет на ЕС, 2019 г.; вж. също раздел 5.2).

Разходите за здравеопазване са ориентирани предимно към болничната помощ и лекарствените продукти

С големия брой хоспитализации за лечение на състояния, които биха могли да се лекуват ефективно в условията на извънболничната помощ (включително сърдечна недостатъчност, астма и диабет), здравната система в България продължава да бъде твърде много ориентирана към болничната помощ. Въпреки че през 2019 г. в България разходите за болнична помощ на глава от населението възлизат на 509 евро — около половината от средната стойност за ЕС от 1010 евро (фигура 9) — те представляват 40 % от всички разходи за здравеопазване в държавата в сравнение със средно 29,1 % разходи за болнична помощ в ЕС като цяло. Тези данни отразяват както концентрацията на разходите за болнична помощ в България, така и значително по-малкия бюджет за здравеопазване в сравнение с бюджета на повечето други държави от ЕС. Лекарствата са друго доминиращо перо в разходите за здравеопазване: въпреки че в абсолютно изражение разходите на глава от населението са с над 25 % по-ниски от съответните разходи в ЕС като цяло, на лекарствата се пада най-големият дял от разходите сред държавите от ЕС — 36,1 %, което е два пъти повече от средното за целия ЕС. Въпреки че от 2010 г. насам разходите за извънболнична помощ са се увеличили значително (от 3,7 % от всички разходи за здравеопазване на 18,3 %), през 2019 г. са възлизили едва на 233 евро на глава от населението. От друга страна, за здравна профилактика се отделят 3 % от общите разходи за здравеопазване в България, което е близо до равнището в ЕС като цяло (2,9 %).

Фигура 9. Разходите за извънболнична помощ в България са само една четвърт от съответните разходи в ЕС като цяло



Забележка: Разходите за администрацията на здравната система не са включени. 1. Включени са лечението и рехабилитацията в болнични и други условия; 2. Включен е само аптекният пазар; 3. Включени са домашните грижи и допълнителните услуги (напр. транспортирането на пациентите); 4. Включени са само разходите за организирани програми за превенция. Средната стойност за ЕС е претеглена.

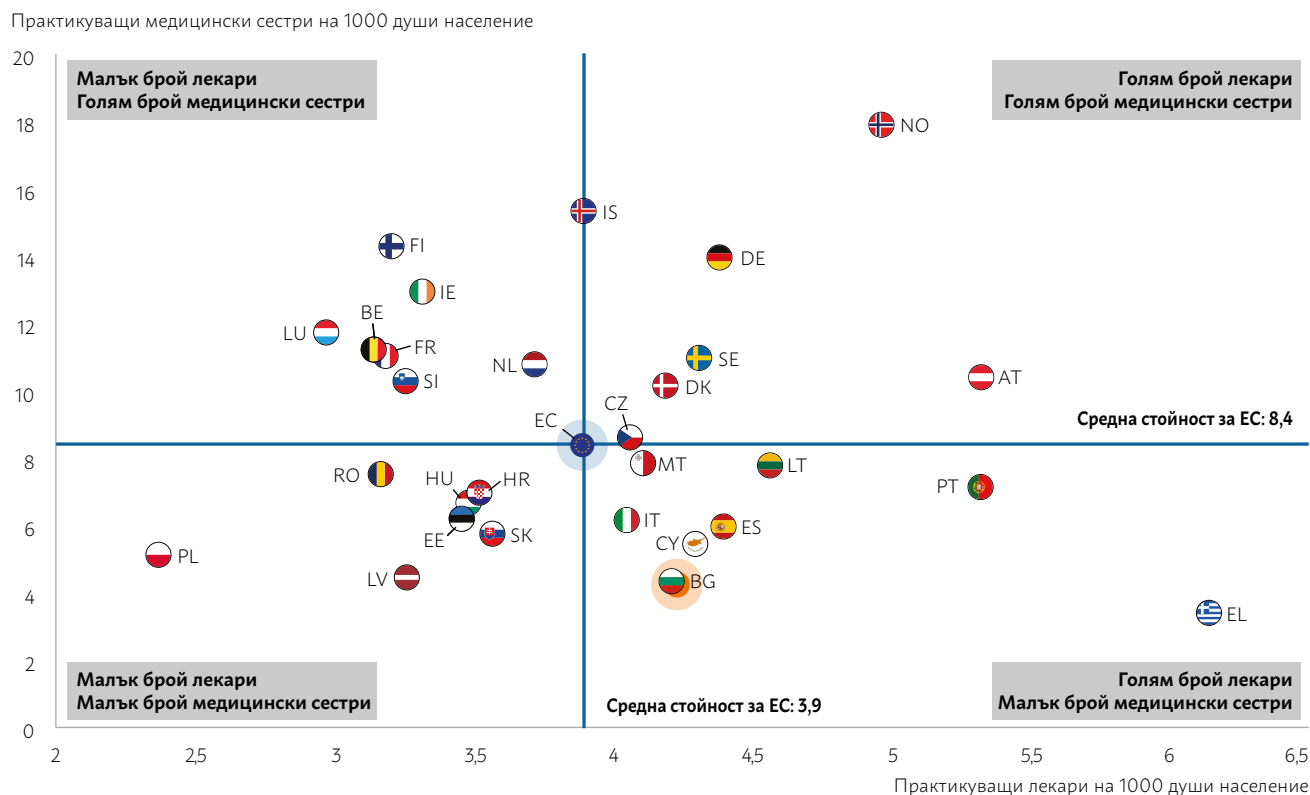
Източници: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването за 2021 г., базата данни на Eurostat (данните се отнасят за 2019 г.).

В България е налице значителен недостиг на медицински сестри

Въпреки че общият брой на лекарите в България (4,2 лекари на 1000 души население през 2019 г.) е над средния за ЕС от 3,9, има недостиг на лекари с определени специалности, което се отрази върху лечението на пациентите по време на пандемията от COVID-19 (вж. раздел 5.3). Броят на практикуващите медицински сестри в България остава сравнително стабилен през последните 15 години и възлиза на общо около 31 000 медицински сестри. Въпреки това при 4,4 медицински сестри на 1000 души население, заедно с Латвия и Гърция, България е една от държавите в ЕС с най-ниска осигуреност

с медицински сестри (фигура 10). Недостигът на медицински сестри се дължи на няколко фактора, сред които са малкият брой завършващи медицински сестри, загубата на обучени медицински сестри поради емиграция, застаряването на работната сила (средната възраст на медицинските сестри е над 50 години) и недоволството от заплатите и условията на труд. През 2019 г. медицинските сестри организират протести в цялата държава с призив за справедливо възнаграждение, подобряване на условията на труд и допълнително заплащане за нощни смени и извънреден труд. Вследствие на това са увеличени минималните начални заплати на медицинските сестри, работещи в държавните болници.

Фигура 10. Броят на лекарите е по-голям от средния за ЕС, но броят на медицинските сестри е по-малък



Забележка: Средната стойност за ЕС не е претеглена. В Португалия и Гърция данните се отнасят до всички лекари, лицензирани да практикуват, което води до голямо надценяване на броя на практикуващите лекари (например около 30 % в Португалия). В Гърция е отчетен по-малък брой на медицинските сестри, тъй като са включени само работещите в болниците.

Източник: базата данни на Eurostat (данните се отнасят за 2019 г. или за най-близката година).

Общопрактикуващите лекари са „пазители на входа“, но поради лимитите за направления пациентите често заобикалят първичната медицинска помощ

В България общопрактикуващите лекари играят централна роля в първичната медицинска помощ и работят в самостоятелни индивидуални или групови практики, сключили договори с НЗОК. Те изпълняват ролята на „пазители на входа“ на системата и направленията, които издават, са необходими за достъп до публично финансираната специализирана медицинска помощ. Специализираната извънболнична помощ се предоставя от мрежа от частни лекарски практики, центрове за диагностика и лечение и диагностични лаборатории.

С цел контролиране на обема на някои специализирани услуги, на общопрактикуващите лекари и на специалистите от извънболничната помощ се определят тримесечни лимити за броя на направленията, които могат да издават за извършване на диагностични изследвания и консултации с други лекари – специалисти. Когато общопрактикуващите лекари изчерпят тримесечните си лимити за направления, останалите пациенти трябва да изберат дали да изчакат, или да посетят съответния специалист без направление и да заплатят директно за услугата (Захариев и Георгиева, 2018 г.). В следствие на това е изчислено, че близо една трета от всички пациенти заобикалят лекарите от първичната медицинска помощ, като посещават директно спешните отделения в болниците.

5 Функциониране на здравната система

5.1 Ефикасност

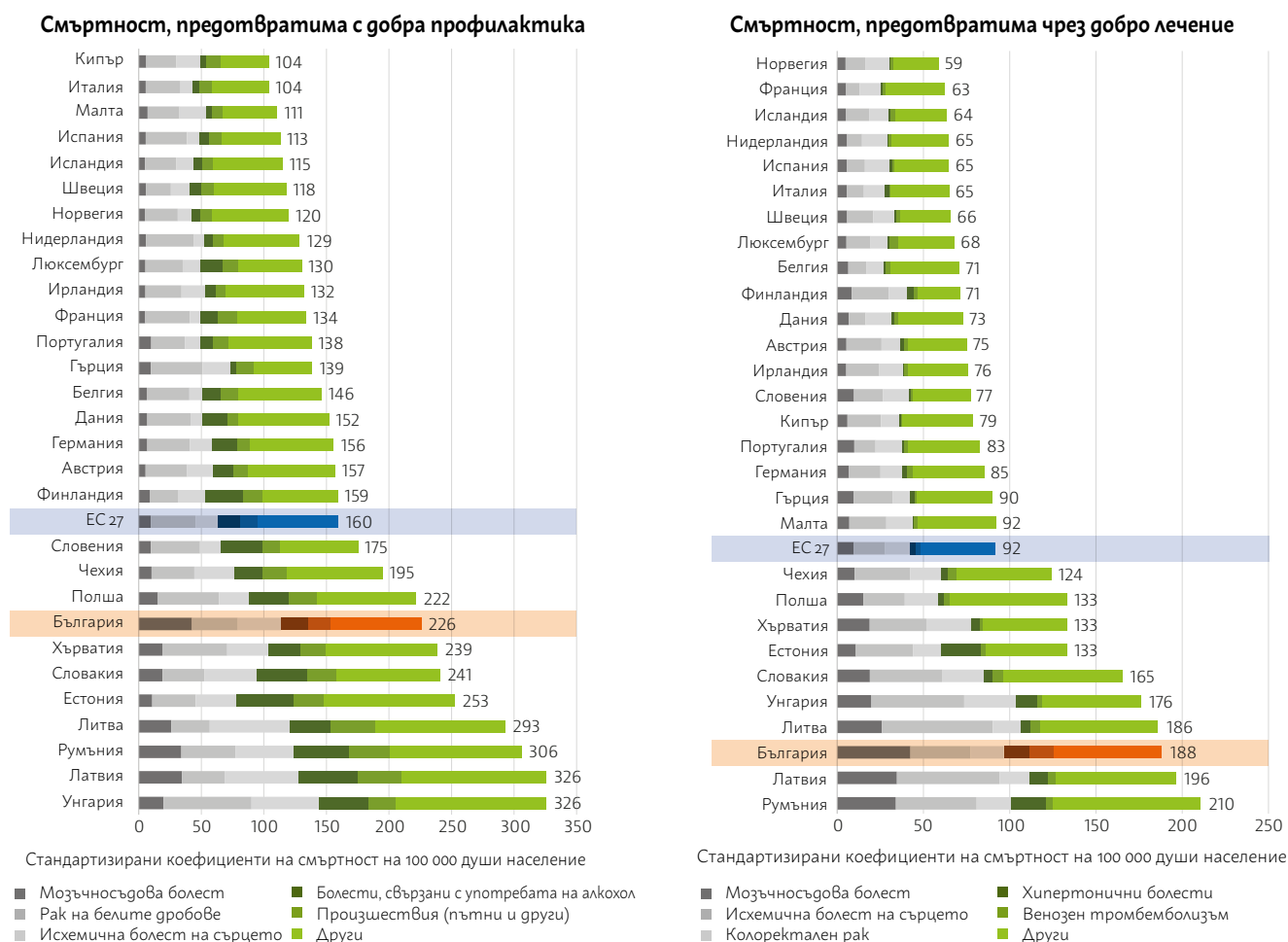
Инсултът продължава да представлява голям дял както от предотвратимата с добра профилактика смъртност, така и от смъртността, предотвратима чрез добро лечение

В България от 2011 г. насам коефициентите както на предотвратимата с добра профилактика смъртност, така и на смъртността, предотвратима чрез добро лечение, остават относително непроменени и са доста по-високи от съответните стойности за ЕС като цяло. През 2018 г. в България коефициентът на предотвратимата с добра профилактика смъртност достига 226 на 100 000 души население, което е значително над стойността на коефициента в целия ЕС (160 на 100 000; фигура 11). В България по-голямата част от смъртните случаи, предотвратими с добра профилактика, са причинени от мозъчносъдови заболявания (инсулт) (19 %), а ракът

на белите дробове и болестите, свързани с употребата на алкохол, поотделно са причина за по 16 % от този вид смъртни случаи. Както исхемичната болест на сърцето, така и пътнотранспортните и другите видове произшествия са причина за 15 % от смъртните случаи, предотвратими с добра профилактика.

През 2018 г. в България смъртността, предотвратима чрез добро лечение, е 188 на 100 000 души — повече от два пъти по-висока от средната за ЕС — 92 на 100 000 души. Случаите на преждевременна смърт от инсулт (23 %) и исхемична болест на сърцето (19 %), които се смятат за предотвратими и лечими, представляват общо 42 % от всички смъртни случаи, дължащи се на иначе лечими причини, докато колоректалният рак е причина за 10 % от този вид смъртни случаи. Тези данни отразяват както по-широкото разпространение на болестите в сравнение с разпространението им в останалите държави от ЕС, така и по-ниското качество и ефикасност на медицинската помощ. Тези данни показват необходимостта от ефективни стратегии за първична профилактика и от политики за подобряване на диагностиката и лечението.

Фигура 11. Превентивната с добра профилактика смъртност и смъртността, предотвратима чрез добро лечение, са сред най-високите в ЕС



Забележка: Превентивната 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. Смъртността, предотвратима чрез добро лечение, се определя като смъртните случаи, които могат да бъдат избегнати главно чрез здравни услуги, включително чрез скрининг и лечение. Половината от всички смъртни случаи при някои заболявания (напр. исхемична болест на сърцето и мозъчносъдова болест) се дължат на смъртност, предотвратима с добра профилактика; другата половина се дължат на смъртност, предотвратима чрез добро лечение. И двата показателя се отнасят за случаите на преждевременна смърт (под 75-годишна възраст). Данните се основават на обновените списъци на ОИСП/Eurostat. Източник: базата данни на Eurostat (данните се отнасят за 2018 г., с изключение на данните за Франция, които са за 2016 г.).

Политиките за профилактика и промоция на здравето имат ограничено въздействие

Високите равнища на смъртност от инсулт, сърдечно-съдова болест и рак на белите дробове са свързани с широкото разпространение на поведенческите рискови фактори (вж. раздели 2 и 3). Това може да се обясни отчасти с липсата на програми за профилактика и с проблемите с достъпността. България реално заделя 1 % от акцизите върху тютюневите и алкохолните изделия за финансиране на националните програми за първична профилактика. Въпреки че резултатите от конкретните действия по Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014—2020 г.) не са еднозначни, програмата е подновена за периода 2021—2024 г. с цел продължаване на усилията в тази област. Законодателството за намаляване на тютюнопушенето включва забрани за тютюнопушене на обществени места и за продажба на непълнолетни лица, ограничения за рекламата на тютюневите изделия и предупредителни надписи и изображения върху опаковките. Въпреки това е постигнат слаб напредък в намаляването на броя на пушачите (през 2018 г. една трета от лицата на възраст 15 години са съобщили, че са пушили през последния месец), което отчасти се дължи на слабото прилагане на законодателството и на недостатъчните информационни кампании.

Сред опитите за решаване на проблема с нарастващия брой на децата, страдащи от наднормено тегло или затлъстяване, е проектът „По-здрави деца“, с който се насърчават физическата активност и балансираното хранене в основните училища, както и Националната стратегия за развитие на физическото възпитание и спорта 2012—2022 г. Опитът за въвеждане на данък върху храните и напитките с високо съдържание на сол, трансмазнини, захар и кофеин през 2015 г. не получи подкрепата на заинтересованите страни и на Министерския съвет.

Стартира нова програма за повишаване на ваксинацията срещу сезонен грип сред възрастните хора

През 2019 г. едва 3,5 % от населението на възраст над 65 години са ваксинирани срещу сезонен грип, което е значително под равнището в ЕС от 42 %. Една от основните причини за това е, че потребителите трябва да платят за ваксинацията. Ниската здравна грамотност и подценяването на последствията от грипа, особено сред рисковите групи, също играят

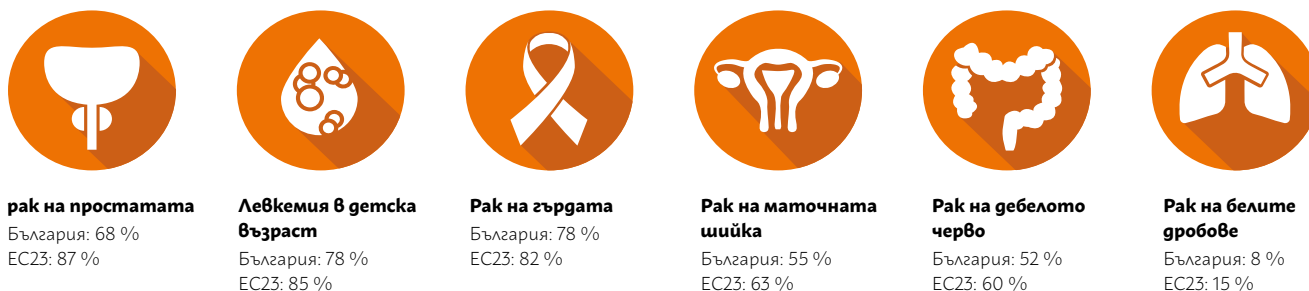
известна роля. През 2019 г., с цел разширяване на ваксинационното покритие сред населението на възраст над 65 години, Министерският съвет стартира Националната програма за подобряване на ваксинациите за сезонния грип 2019—2022 г. По програмата се осигуряват безплатни ваксини за възрастните хора, като целта е постепенно да се увеличи покритието така, че да достигне 25 % сред целевата група до 2022 г., и да се подобри осведомеността за ползите от ваксинирането. Въпреки това през 2020 г. покритието достига едва 6 %, вместо целевите 17 % (НЦЗПБ, 2020 г.).



Преживяемостта при раковите заболявания е сред най-ниските в ЕС

Въпреки че през последните две десетилетия петгодишната преживяемост при раковите заболявания постепенно се подобрява, България регистрира най-ниската стойност сред държавите от ЕС (за които има налични данни) при рака на белите дробове и на простатата и стойности, която е на второ място от най-ниските стойности, за преживяемостта при рака на маточната шийка. Петгодишната преживяемост при левкемията в детска възраст, рака на дебелото черво и рака на гърдата също е сред най-ниските сред всички държави от ЕС (фигура 12). Тези сравнително ниски стойности на преживяемостта могат да бъдат отчасти обяснени с недостатъците на програмите за скрининг и с оскъдните ресурси на здравната система, насочени към ранното откриване и диагностициране. България все още няма национален план за контрол на рака. Подкрепа за политиките в тази област е налице чрез стартиралата през февруари 2021 г. Европейски план за борба с рака, който е насочен към четири ключови области на действие: превенция, ранно откриване, диагностика и лечение и подобряване на качеството на живот (Европейска комисия, 2021 г.).

Фигура 12. Петгодишната преживяемост в България е по-ниска от средната за ЕС при много видове рак



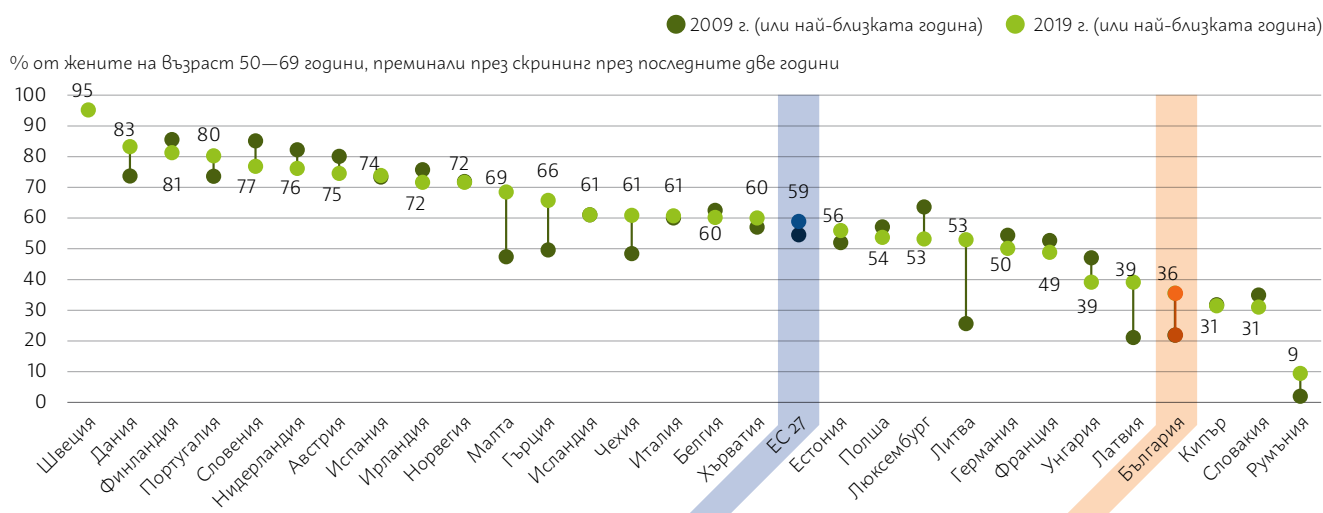
Забележка: Данните се отнасят за лицата, диагностицирани през периода 2010—2014 г. Левкемията в детска възраст се отнася за остър лимфобластен рак. Източник: програмата CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Лондонското училище по хигиена и тропическа медицина).

Равнищата на скрининга остават ниски въпреки наличието на национални програми

През 2009 г. е въведена национална програма за скрининг за рак на маточната шийка, но до 2017 г. едва 13,4 % от жените на възраст 50—69 години са преминали през скрининг, което е значително по-малко от средната стойност за ЕС (58 %). В допълнение към годишния медицински преглед при ОПЛ, през 2011 г. е въведен и скрининг за рак на

гърдата за жените над 50-годишна възраст, който се извършва на всеки две години. Оттогава насам равнището на скрининг се е повишило, но все още е едно от най-ниските в ЕС: през 2019 г. едва 36 % от жените на възраст 50—69 години са преминали през скрининг (фигура 13). Освен това, въпреки въвеждането през 2011 г. на тест за простатноспецифичен антиген за мъже над 50-годишна възраст, национално проучване от 2014 г. показва, че над 70 % от мъжете никога не са преминавали през скрининг за рак на простатата (Димитрова и др., 2015 г.).

Фигура 13. България отчита стойност, която е на второ място сред най-ниските стойности в ЕС за гела на жените, преминали през скрининг за рак на гърдата



Забележка: Средната стойност за ЕС не е претеглена. За повечето държави данните се основават на програми за скрининг, а не на проучвания. Източници: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването за 2021 г. и базата данни на Eurostat.

През март и април 2020 г. и отново през периода от ноември 2020 г. до януари 2021 г. всички профилактични прегледи и програми за скрининг бяха временно преустановени поради появата на COVID-19. Очаква се това преустановяване, както и цялостното намаляване на търсенето на здравни услуги по време на пандемията да окажат дългосрочно отрицателно въздействие върху заболяемостта и смъртността. Данните на национално равнище показват, че докато целевите стойности за равнищата на скрининг за рак на гърдата през 2020 г. не са били повлияни от пандемията, равнищата на скрининг за рак на маточната шийка са намалели значително (Министерство на здравеопазването, 2021 г.).

Напредъкът към по-ефективни и по-качествени грижи е бавен

Делът на хоспитализациите в България е висок и отчасти се дължи на недостатъчното развитие и финансиране както на профилактиката, така и на първичната медицинска помощ. Освен това болниците са стимулирани да приемат пациенти и да предоставят широк спектър от услуги. През 2019 г. броят на изписаните от болница е 34 464 на 100 000 души население — два пъти по-голям от средния за ЕС. Полагат се усилия за промяна на ориентирания към болничната помощ модел на предоставяне на здравни услуги. Например някои клинични пътеки са трансформирани в две отделни процедури: клинични процедури, в които е включен болничен престой до

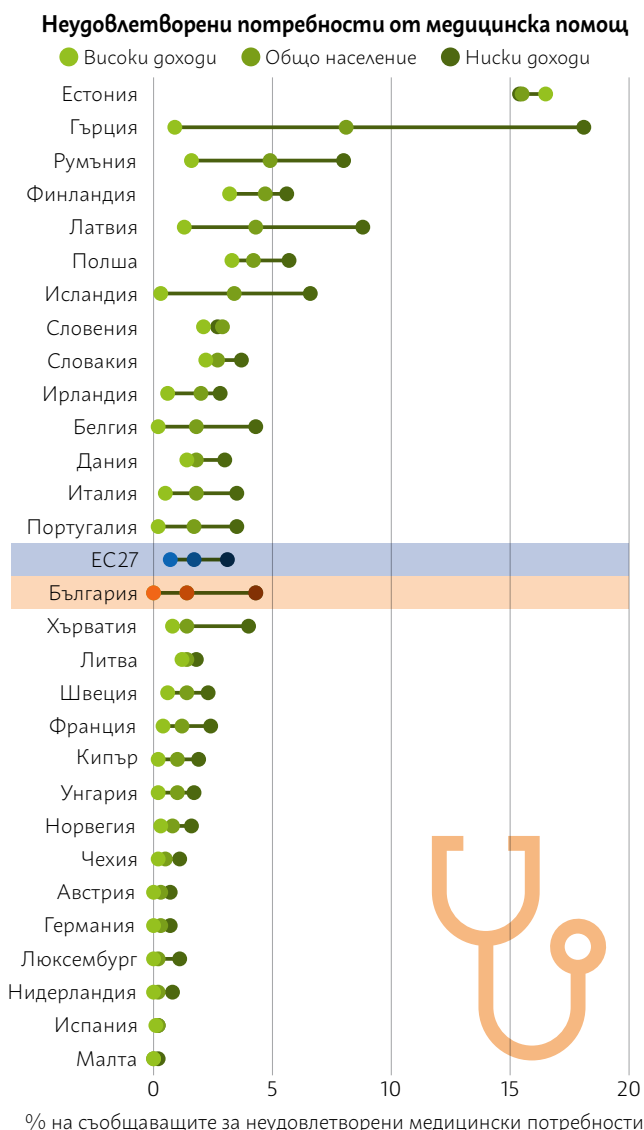
24 часа, и процедури, за които не се изисква хоспитализация и които могат да бъдат извършени както в болници, така и в лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ. Освен това се прилага модел за предоставяне на интегрирани грижи за деца с увреждания и хронични заболявания чрез създаването на центрове, предлагащи широк спектър от услуги, като например скрининг и диагностика: през 2020 г. е създаден един център, а през февруари 2021 г. — още седем центъра.

5.2 Достъпност

Заявените неудовлетворени потребности от медицинска помощ в България продължават да намаляват

България е постигнала голям напредък в намаляването на броя на хората, които съобщават за неудовлетворени потребности от медицински преглед поради причини, свързани с разходите, разстоянието и времето за чакане. От най-високото равнище на неудовлетворени потребности в ЕС през 2009 г. (10,3 %), през 2019 г. България (1,4 %) за първи път регистрира под средното равнище за ЕС като цяло (1,7 %), макар и със значителна разлика между групите с високи и ниски доходи (фигура 14).

Фигура 14. Неудовлетворените потребности от медицинска помощ са близки до средните за ЕС, но продължават да се отчитат разлики в зависимост от доходите



Забележка: Данните се отнасят за неудовлетворени потребности от медицински преглед или лечение поради разходите, разстоянието за пътуване или времето за чакане. Необходимо е да се подхожда с известна предпазливост при съпоставянето на данни от различните държави, тъй като има някои разлики в инструментите, използван при проучването. Източник: базата данни на Eurostat, въз основа на EU-SILC (данните се отнасят за 2019 г., с изключение на данните за Исландия, които са за 2018 г.).

Заявените неудовлетворени потребности от дентален преглед също намаляват значително — от 13,4 % през 2009 г. на 2,1 % през 2019 г. Съществуват значителни различия в зависимост от социално-икономическия статус: 4,4 % от квинтила на най-ниските доходи декларират неудовлетворени потребности от дентална помощ (над средното ниво от 5,8 % за този квинтил в целия ЕС), в сравнение със съобщената незначителна обща стойност от квинтила на най-високите доходи. Като цяло най-често посочваните причини за отказ от медицинска помощ са времето за пътуване и разходите, като последните в много случаи са свързани с липсата на здравна осигуровка. Ситуацията вероятно ще се влоши през следващите години. Предварително проучване, проведено по време на пандемията от COVID-19, показва, че през

2021 г. 25 % от българските респонденти съобщават за неудовлетворени потребности от медицинска помощ през първите 12 месеца от появата на епидемията, в сравнение със средната стойност за ЕС от 21 % (Eurofound, 2021 г.)².

Универсалното покритие на населението остава непостижимо

Значителна част от населението няма здравни осигуровки и хората трябва да заплащат директно за медицински услуги, освен ако не посещават спешните отделения, за да получат безплатна помощ (вж. раздел 4). Основните групи неосигурени българи са живеещите в чужбина, трайно безработните лица, лицата, които са избрали да не извършват плащания за социално здравно осигуряване, както и граждани без валидна лична карта, която е задължително условие за социално здравно осигуряване. Последният проблем засяга по-специално ромското население и нелегалните имигранти. Правителствените инициативи, насочени към преодоляване на тези проблеми, включват Националната стратегия за хората с увреждания 2021—2030 г. и Националната стратегия за интегриране на ромите 2020 г., при които е отбелязан напредък в набирането и обучението на здравни медиатори, както и в увеличаването на броя на профилактичните прегледи (въпреки че здравноосигурителното покритие остава предизвикателство).

По време на пандемията от COVID-19 са осигурени допълнителни финансови средства за покриване на разходите, свързани със скрининга, тестването, транспортирането и лечението на всички пациенти, независимо от техния осигурителен статус. Както новата Национална здравна стратегия 2021—2030 г., така и Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2030 г. съдържат мерки за повишаване на качеството и достъпността на здравните услуги и на лекарствата, но през 2021 г. изпълнението и на двете е в застой.

Тримесечните лимити за направления могат да затруднят достъпа до диагностични изследвания и до специализирана медицинска помощ

В здравноосигурителния пакет се включват първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и основна дентална помощ, лабораторни услуги, диагностика и лечение в болнични условия, както и високоспециализирани медицински услуги. Определени услуги, като например спешна медицинска помощ и психиатрична помощ, се покриват от държавния бюджет или от други целеви фондове. Освен това НЗОК реимбурсира лекарства от позитивния лекарствен списък и някои медицински изделия. Най-важните категории изключени услуги са денталната помощ, от която се покриват само избрани услуги за възрастни и деца, и дългосрочните грижи, които не се покриват. Въпреки това през 2019 г. делът на публичното финансиране на денталната помощ в България надхвърля средното за ЕС. Възрастните хора обикновено заплащат по-малко от 20 % от общата цена за повечето от попадащите в обхвата на пакета дентални услуги, с изключение на специализираните услуги като рентгенография и протетично лечение с фиксирани конструкции, докато децата до 18-годишна възраст получават включеното в обхвата на пакета дентално лечение

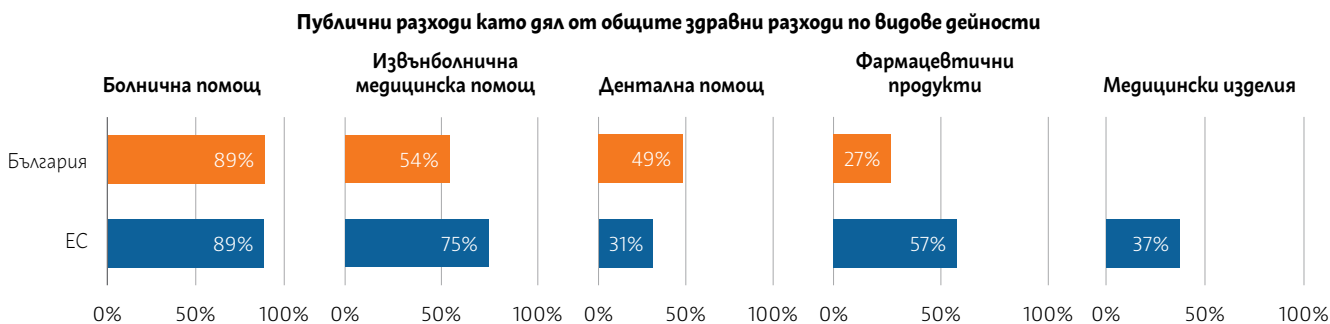
2. Данните от проучването на Eurofound не са сравними с данните от проучването на EU-SILC поради различия в методологията.

предимно безплатно. За разлика от тези данни публичните разходи за извънболнична помощ и за лекарствени продукти са значително под средните за ЕС (фигура 15).

На практика важна пречка за достъпа са наложените на ОПЛ и на специалистите от извънболничната помощ тримесечни лимити за броя на направленията, които могат да издадат за извършване на диагностични изследвания, за високоспециализирани услуги и за (други) специалисти. Пациентите, които имат нужда от подобни услуги след изчерпване на лимитите, са изправени пред необходимостта или да заплащат директно за тях, ако могат да си го позволят, или да се откажат от медицинска помощ за определен период от време (вж. раздел 4).

С цел осигуряване на достъпа до услуги по време на пандемията от COVID-19, през април 2020 г. една неправителствена организация, Националната пациентска организация, въвежда телеконсултации, за да бъдат свързани пациенти с хронични заболявания с медицински специалисти, въпреки че телеконсултациите не са част от формалната система. В по-общ план според проучването на Eurofound (2021 г.) 30 % от респондентите в България съобщават, че са получили медицинска консултация онлайн или телеконсултация през първите 12 месеца на пандемията, в сравнение с 39 % в целия ЕС. Вероятно обаче става дума за отделни случаи на комуникация на пациентите и техните лекари между формалните визити.

Фигура 15. Публичното финансиране на извънболничната медицинска помощ и на лекарствените продукти е значително под средните стойности за ЕС



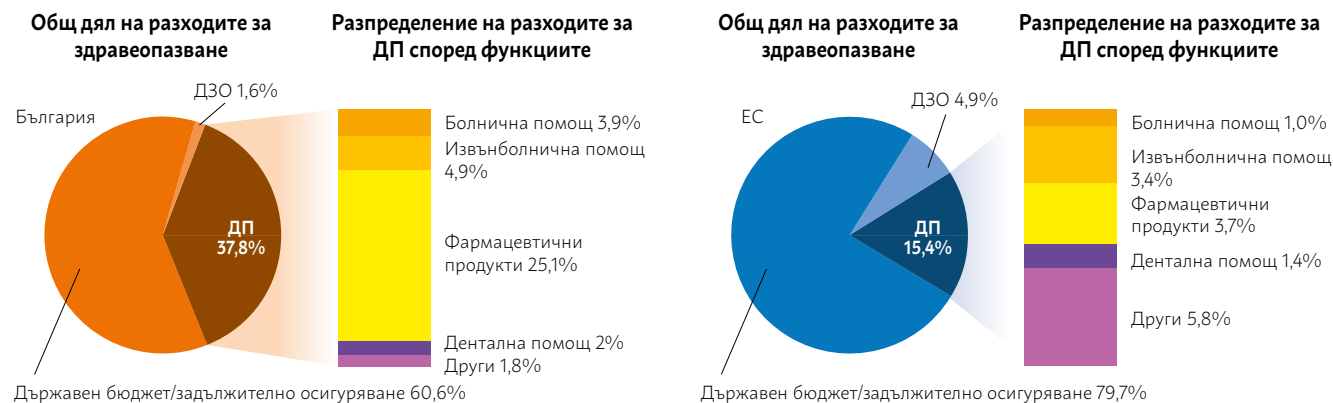
Забележка: Извънболничните медицински услуги се отнасят главно до услугите, предоставяни от общопрактикуващи лекари и от специалисти в извънболничния сектор. Лекарствените продукти включват лекарства, отпускани по лекарско предписание и без лекарско предписание, както и нетрайни медицински продукти. Медицинските изделия се отнасят до продукти за подобряване на зрението, слухови апарати, инвалидни колички и други изделия. Източник: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването за 2021 г. (данните се отнасят за 2019 г. или за най-близката година).

Разходите за лекарствени продукти съставляват преобладаващата част от разходите за директни плащания от пациентите (ДП)

През 2009 г. разходите за ДП от пациентите в България са били почти три пъти по-високи от средните за ЕС (44 % спрямо 16 %), като за същата година са на второ място сред държавите членки. Макар че през 2019 г. разходите за ДП от домакинствата са намалели до 38 % от общите разходи за

здравеопазване, те все още са най-високите в ЕС и са много над средната стойност за ЕС от 15,4 %. Високите разходи за ДП от пациентите се дължат на допълнителните плащания за много услуги, включени в здравноосигурителния пакет, директните плащания за услуги и нерегламентираните плащания. На лекарствените продукти за извънболнична помощ се падат около две трети от всички разходи за ДП от пациентите през 2019 г. (фигура 16), което има значими последици за достъпа до лекарствата, отпускани по лекарско предписание, и до останалите лекарства.

Фигура 16. Разходите за директни плащания от пациентите в България са повече от два пъти по-високи от съответните разходи в ЕС като цяло



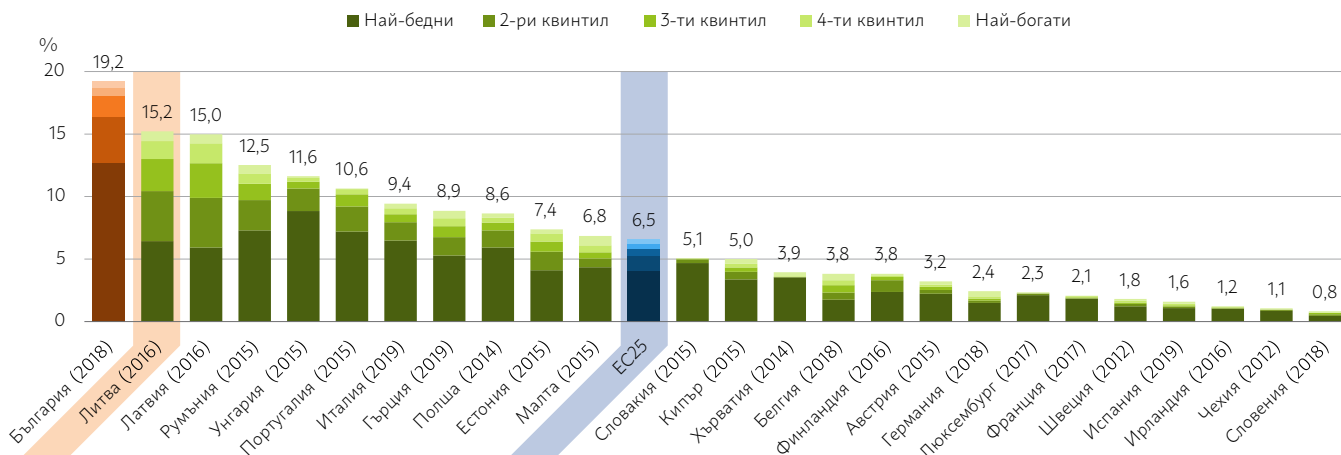
Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена. ДЗО = доброволно здравно осигуряване, което включва и други доброволни схеми за предплащане. Източници: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването за 2021 г.; базата данни на Eurostat (данните се отнасят за 2019 г.).

В България катастрофалните здравни разходи са най-високи в ЕС

Като цяло през 2019 г. ДП от пациентите за здравни услуги, с изключение на дългосрочните грижи, представляват 4,4 % от крайното потребление на домакинствата в България — най-големият дял сред държавите от ЕС, за които има налични данни. През 2018 г. приблизително 19 % от домакинствата в България съобщават, че са направили катастрофални здравни разходи³ — най-високото равнище в ЕС

през последните години и почти три пъти повече от средното за държавите от ЕС, за които има налични данни. Приблизително две трети от всички катастрофални разходи в България са концентрирани сред най-бедните домакинства; този дял е по-голям, отколкото в други държави с високи равнища на катастрофалните разходи, като Литва и Латвия (фигура 17). Липсата на финансова защита и високите здравни разходи на домакинствата създават риск от обедняване или от задълбочаване на бедността на домакинствата с най-ниски доходи.

Фигура 17. Катастрофалните разходи засягат най-чувствително най-бедните домакинства в България

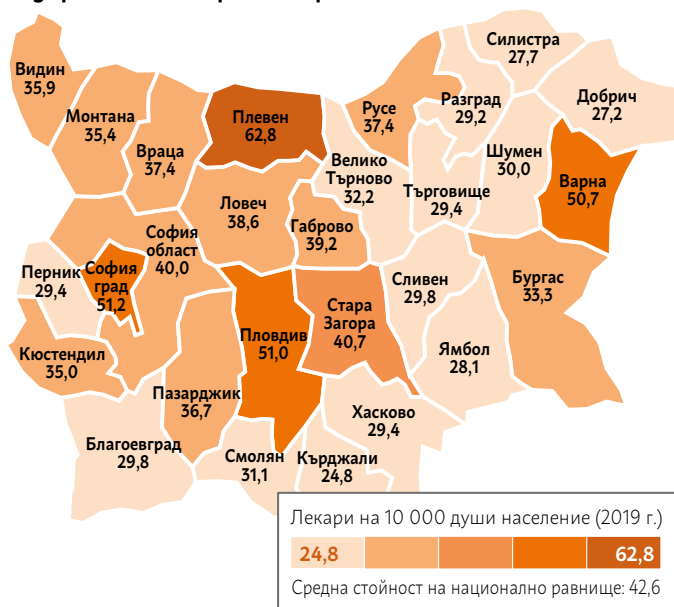


Забележка: Средната стойност за ЕС не е претеглена.
Източник: данни на Регионалния офис на СЗО за Европа, 2021 г.

Лекарите са концентрирани в райони с медицински университети и болници

Разпределението на здравните работници продължава да бъде неравномерно, което се вижда особено ясно от концентрацията на лекарите в по-урбанизираните райони с по-висока икономическа активност и с медицински университети (фигура 18). Районите в неравностойно положение — отдалечените селски райони и малките градове — често изпитват недостиг на работна сила, а лекарите са много натоварени. Ключово предизвикателство е набирането на млади лекари, които да заменят застаряващата работна сила в районите на държавата, където осигуреността с лекари е по-ниска.

Фигура 18. Разпределението на лекарите в държавата е неравномерно



Забележка: Средната стойност за държавата се изчислява, като се вземе предвид общия брой на лекарите, включително медицинския персонал към други ведомства — т. нар. паралелна здравна система (лечебни заведения към министерството на отбраната, на транспорта, на информационните технологии и съобщенията, на вътрешните работи и на правосъдието). Тя включва практикуващи лекари, работещи в индивидуални или групови практики по договор с НЗОК в повече от една област. Броят на лекарите, работещи към други министерства, не е разпределен по области.
Източник: Национален център по общественото здраве и анализи (2020 г.)

3. Катастрофалните разходи се определят като разходите за ДП от домакинствата, които надхвърлят 40 % от общите разходи на домакинствата без разходите за издръжка (т.е. храна, жилище и комунални услуги).

5.3 Издръжливост

Този раздел, посветен на издръжливостта, е насочен основно към последствията от и мерките в отговор на пандемията от COVID-19⁴. Както е отбелязано в раздел 2, пандемията оказва сериозно въздействие върху здравето на населението и върху смъртността в България, като между януари 2020 г. и края на август 2021 г. са регистрирани над 18 700 смъртни случая от COVID-19. Мерките, предприети за ограничаване на пандемията, се отразяват и на икономиката, като през 2020 г. БВП на България намалява с 4 %, което променя посоката на стабилния икономически растеж, постигнат в продължение на няколко години (в сравнение със средната стойност на темпа на растеж от 3,6 % от 2015 г. насам).

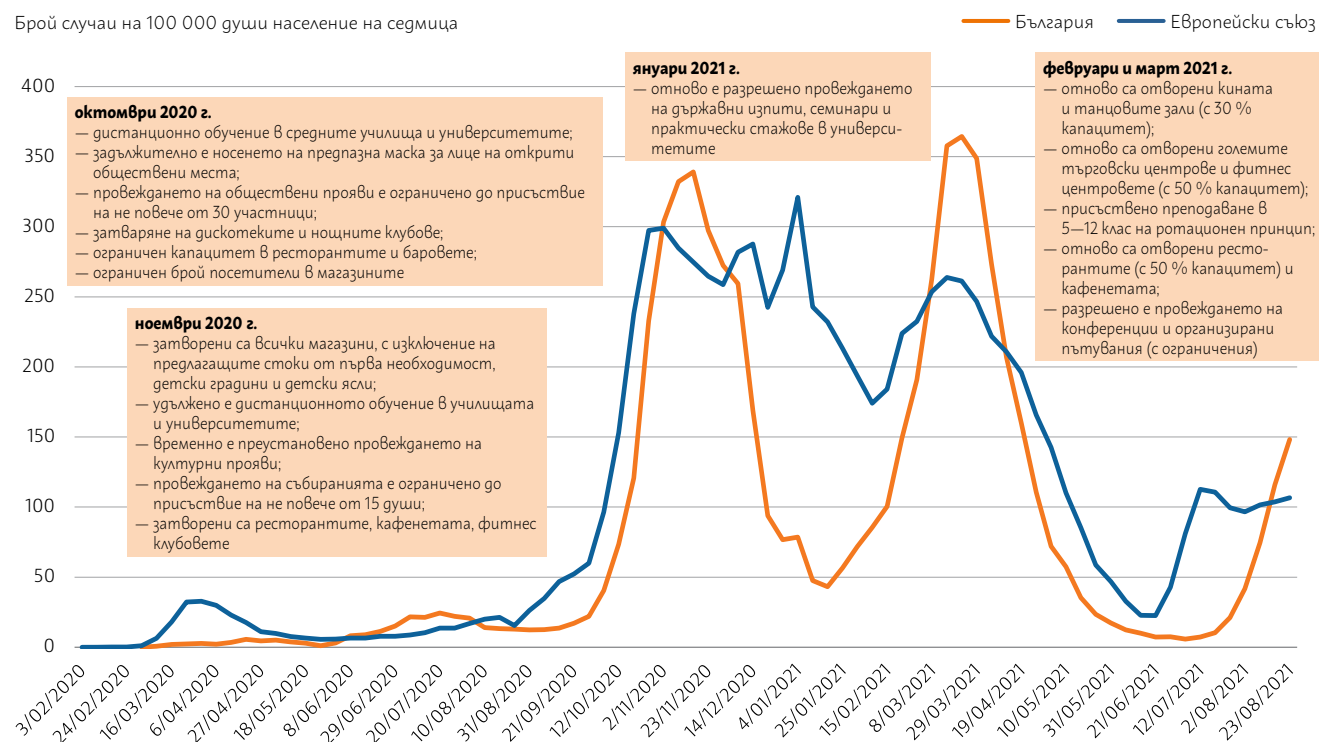
България прилага разнообразни противоепидемични мерки по време на различните вълни на COVID-19

Първите случаи на COVID-19 в България са потвърдени в началото на март 2020 г. и въпреки че броят на пациентите с положителни резултати от тестването е много малък, правителството въвежда различни ограничения, за да задържи разпространението на вируса. Мерките включват забрана за публични събирания и затваряне на учебни заведения, спортни и културни обекти, ресторанти и барове. Освен това са отложени женските и детските консултации, профилактичните прегледи, ваксинациите и плановите хоспитализации. Също така в цялата държава са въведени пропускателни пунктове

за ограничаване на движението от и към големите градове. При 1,2 случая на 100 000 души на седмица към края на май 2020 г. ограниченията водят до сравнително малко на брой случаи с положителни резултати от тестването в България и мерките са отменени.

След бавното, но устойчиво увеличаване на броя на случаите на седмица през лятото, през октомври 2020 г. броят им рязко нараства (фигура 19). Правителството постепенно възобновява някои от предишните ограничения, включително задължителното носене на защитна маска за лице на обществени места. До края на ноември са въведени частични мерки, при което са възстановени почти всички ограничения от първата вълна; това води до намаляване на броя на новите случаи. Броят на случаите остава под средния за ЕС до началото на март 2021 г. и мерките отново са отменени. Въпреки това новото рязко увеличаване на броя на случаите към средата на март показва, че през април България преживява трета вълна. Вследствие на това отново са въведени ограничения, включително затваряне на детски градини, училища и ресторанти за следващите 10 дни. Впоследствие броят на случаите спада и остава малък до началото на четвъртата вълна през лятото на 2021 г., което води до повторното въвеждане на мерките в началото на септември, като този път ограниченията на капацитета в определени помещения се обвързва с наличието на сертификат за ваксинация, за прекарано заболяване или отрицателен резултат от тест.

Фигура 19. В България втората и третата вълна от появата на COVID-19 са по-тежки



Забележка: Средната стойност за ЕС не е претеглена (броят на държавите, чиито данни са използвани при изчисляването на средната стойност, варира в зависимост от седмицата).

Източник: ECDC за случаите на COVID-19 и автори за противоепидемичните мерки.

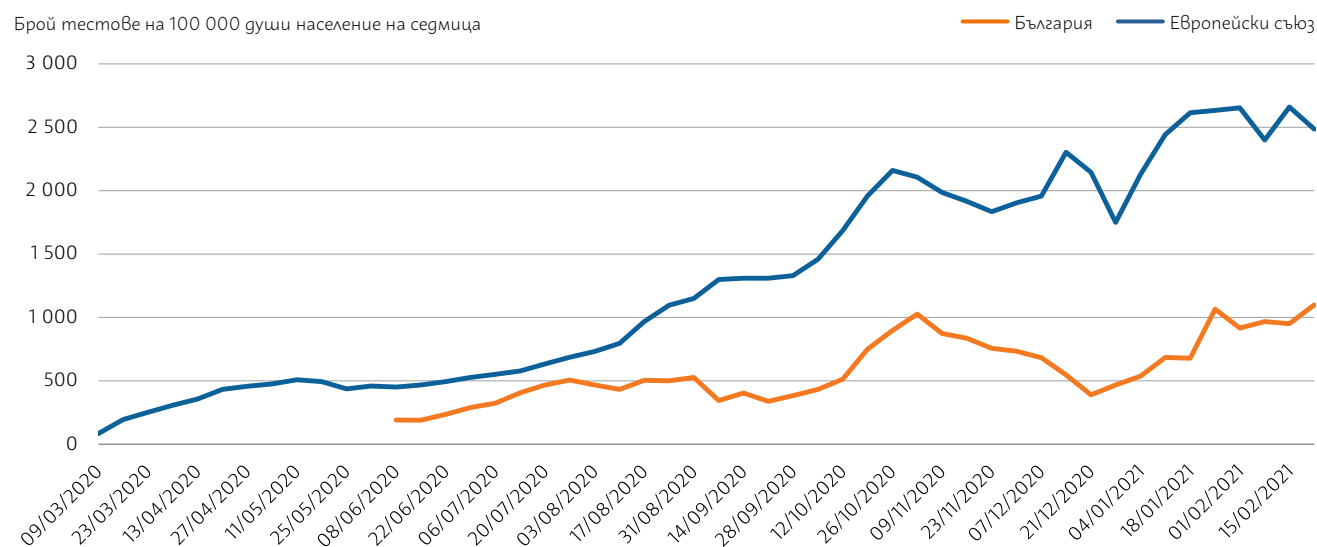
4. В този контекст издръжливостта на здравната система се определя като способността ѝ за подготовка за сътресения, справяне с тях (чрез поемане на сътресенията, адаптиране и трансформиране на системата) и вземане на поука от тях (Експертна група на ЕС по оценка на функционирането на здравните системи, 2020 г.).

По време на пандемията лабораториите увеличават капацитета си, но броят на извършените тестове остава трайно под средните стойности за ЕС

В началото на пандемията всички тестове в България се извършват само от няколко лаборатории (към края на март 2020 г. те са осем), включително от Националната референтна лаборатория „Грип и остри респираторни заболявания“ на Националния център по заразни и паразитни болести в София. Към началото на втората вълна през ноември 2020 г. сертифицирани да извършват PCR тестове вече са 75 лаборатории; до април 2021 г. броят им нараства на 110. Въпреки това в България са извършени

по-малко тестове в сравнение със съседните държави, включително Гърция и Румъния, и равнището остава значително под средното за ЕС (фигура 20). Въпреки че по време на вълната от октомври до декември 2020 г. броят на извършените тестове в България рядко надхвърля 1 000 теста на 100 000 души население на седмица, равнището на положителните резултати е над 40 %, което показва проблеми, свързани с капацитета. Броят на извършените тестове нараства бавно през 2021 г., като това отчасти се обяснява с включването на антигенните тестове в официалните данни през декември 2020 г. Друг фактор за нарастването е, че от декември 2020 г. ОПЛ издават направления за извършване на PCR тестове, докато преди това само РЗИ имат право на това.

Фигура 20. В България равнището на тестване по време на пандемията е сравнително ниско



Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена (броят на държавите, чиито данни са включени при изчисляването на средната стойност, варира в зависимост от седмицата).

Източник: ECDC.

Мобилно приложение за подобряване на комуникацията между гражданите и здравните органи има слаба популярност

Създадена е Национална информационна система за борба с COVID-19 като единен портал за всички данни и информация, свързани с COVID-19. Мобилното приложение ViruSafe за гражданите, чрез което се улеснява съобщаването на здравния статус, лични данни (като възраст и хронични заболявания) и местоположението, е интегрирано в системата като инструмент за подпомагане на контрола върху разпространението на COVID-19. Приложението е създадено не за проследяване на контактите, а за да могат потребителите да въвеждат своите здравни данни и да съобщават ежедневно за състоянието си на ОПЛ, което позволява да се осъществи връзка в реално време между гражданите и съответните здравни органи. След първоначалното пускане на приложението през пролетта на 2020 г. разпространението му сред населението е минимално с малко над 50 000 изтегляния (към април 2021 г.), а данните за използването му показват, че оттогава приложението на практика не функционира.

Съществуващият недостиг на работна сила се задълбочава поради големия брой заразени медицински специалисти

Капацитетът на българската здравна система да устои на въздействието на COVID-19 е застрашен от съществуващия сериозен недостиг на медицински сестри (вж. раздел 4). Освен това въпреки сравнително големия брой лекари в България, в някои специалности има недостиг на лекари, което възпрепятства използването на капацитета на болниците за лечение. Недостигът на клиничен персонал се изостря поради високия дял на медицинските специалисти, заразени с COVID-19: между март 2020 г. и април 2021 г. повече от 12 500 медицински специалисти са тествани с положителен резултат.

В отговор на това болниците отправят призив за доброволци към студентите по медицина и пенсионирани специалисти в сферата на здравеопазването. В много случаи студенти по медицина са наемани да се грижат за пациенти с право на същото месечно възнаграждение като медицинските специалисти. Общините също призовават за помощ, като предоставят безплатни жилища на медицински специалисти от други области, които

доброволно се отзовават да работят в най-засегнатите болници. Освен това правителството одобрява поредица от плащания, включително фиксирани месечни плащания в размер на 1 000 лева (511 евро), за медицински и немедицински специалисти от болниците, в които се лекуват пациенти с COVID-19, центровете за спешна медицинска помощ, РЗИ и Националният център по заразни и паразитни болести. Одобрени са и допълнителни плащания за здравните специалисти, участващи в наблюдението и лечението на пациентите с COVID-19.

Приложени са различни мерки за намаляване на недостига на лични предпазни средства и на медицинско оборудване

В началото на епидемията много болници съобщават за недостиг на апарати за изкуствена белодробна вентилация и на лични предпазни средства (ЛПС). Мерките в отговор на това включват централизирано снабдяване с ЛПС, комплекти за лабораторни изследвания и апарати за изкуствена белодробна вентилация; използване на медицински консумативи и ЛПС, съхранявани в държавния резерв за спешни случаи; забрана за износ на ЛПС, лекарства, съдържащи хинин, и дезинфектанти; както и освобождаване от данъци и от мита на основните доставки на медицински консумативи и оборудване. Общините също превеждат финансови средства на болниците за закупуване на медицинско оборудване. Освен това много частни компании променят производствените си дейности, за да произвеждат ЛПС, включително предпазни маски за лице и щитове. Част от тази продукция е дарена на Министерството на здравеопазването, болници, общини и други органи.

Осигуреността с легла за активно лечение и легла в отделенията за интензивно лечение не е застрашена по време на пандемията

Със 774 болнични легла и 27 легла в отделенията за интензивно лечение (ОИЛ) на 100 000 души население през 2019 г. капацитетът на болниците и на ОИЛ в България преди пандемията е сред най-високите в ЕС, което е допълнително отражение на ориентирания към болничната помощ модел на предоставяне на здравни услуги. Когато в началото на 2020 г. започва разпространението на COVID-19, три от най-големите университетски болници в София трансформират някои от отделенията си за лечение на случаи на COVID-19.

От март 2020 г. в няколко заповеди на правителството е определен броят на леглата във всяка област, които трябва да бъдат отделени за пациенти с COVID-19. Например през октомври 2020 г. от болниците в областите със заболяемост между 60 и 119,9 случая на 100 000 души население се изисква да заделят 5 % от легловия капацитет за пациенти с COVID-19, а от болниците в областите със заболяемост над 120 случая — поне 10 % от леглата. Когато от ноември 2020 г. случаите на COVID-19 рязко нарастват и болничната система е подложена на сериозен натиск, от болниците и от комплексните онкологични центрове във всички области се изисква да запазят поне 20 % от леглата за пациенти с COVID-19. В крайна сметка тези мерки се оказват достатъчни за справяне с по-големия брой хоспитализации.

Едновременно с това, с цел намаляване на натиска върху болниците през годината, плановите операции и плановите хоспитализации са напълно преустановени или за определени периоди от време, или в рамките на областите, в които броят на случаите на COVID-19 на 100 000 души население достига определен праг. По-малко внимание обаче е отделено на ролята на ОПЛ при лечението на пациентите с COVID-19 в домашни условия, особено по време на втората вълна. Това води до увеличаване на натовареността на тези лекари, и в някои случаи пациентите не получават необходимите грижи или състоянието им се влошава преди евентуалната хоспитализация.

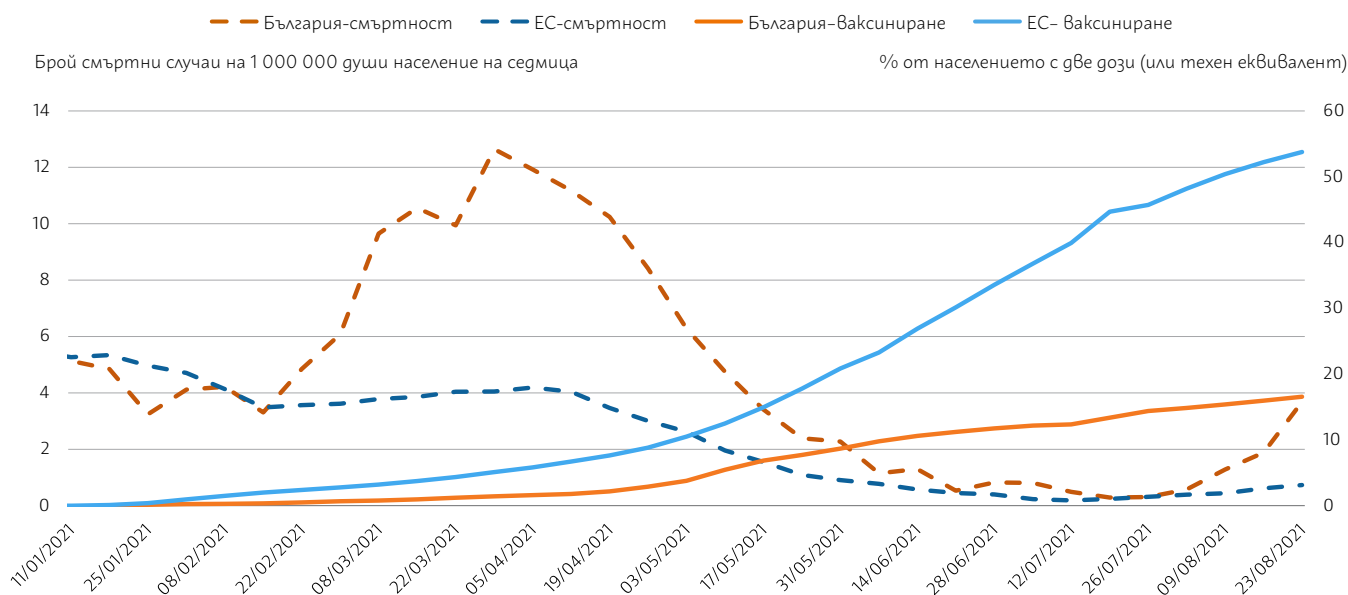
Напредъкът на кампанията за ваксиниране срещу COVID-19 е бавен

През декември 2020 г. в България е одобрен Национален план за ваксиниране срещу COVID-19 и е създаден Национален ваксинационен щаб, който да реализира кампанията за ваксиниране. Планът за ваксиниране е разделен на пет фази, насочени към различни приоритетни групи. По време на първите фази на кампанията за ваксиниране са поставени дози от ваксината на медицинския персонал, резидентите на социални институции (като домове за възрастни хора) и служителите, работещи в тях, хората на възраст над 65 години, пациенти с хронични заболявания и уязвимите групи с висок риск от инфекция, заедно с учителите и служителите на обществения ред като полицаите. След това ваксинирането става достъпно за широката общественост и е безплатно.

През март 2021 г. стартира система за онлайн регистрация за ваксиниране срещу COVID-19, като потребителите могат да запазят час за посещение в избран имунизационен пункт на територията на България. Напредъкът е доста бавен, което само отчасти се обяснява с недостига на ваксини, отчетен поради забавени доставки в края на февруари. Към края на август 2021 г. на приблизително 17 % от населението са поставени две дози ваксина (или техен еквивалент) в сравнение със средно 54 % в целия ЕС (фигура 21). Успоредно с това от август 2021 г. броят на случаите на COVID-19 и на смъртните случаи отново започва да нараства.



Фигура 21. Кампанията за ваксиниране в България изостава значително през цялата 2021 г.



Забележка: Средната стойност за ЕС не е претеглена (броят на държавите, чиито данни са използвани при изчисляването на средната стойност, варира в зависимост от седмицата).

Източници: ECDC за случаите на COVID-19 и Our World In Data за темпа на ваксинирането.

Пандемията от COVID-19 ускори въвеждането на електронното здравеопазване в България

По време на пандемията се усеща острата нужда от повече данни в реално време и от информационни системи, чрез които да се спомогне за бързото и основано на доказателства изготвяне на политики. Преди епидемията в България липсва единна система, чрез която да се улесни комуникацията между различните информационни системи и бази данни. През 2019 г. е представен план за национална здравна информационна система с електронни записи, електронни рецепти, електронни направления и единен здравен информационен портал.

През декември 2020 г. стартира системата за електронни направления за PCR тестове от ОПЛ, както и за други медико-диагностични изследвания, което представлява важна стъпка към въвеждането на електронното здравеопазване в България. В началото на 2021 г. е въведена система за електронни рецепти като средство за намаляване на ненужните лични контакти с лечебните заведения, след което по-късно през годината е въведена система за електронни здравни досиета. В системата се записват и съхраняват електронните здравни досиета и медицинските данни за всеки пациент, включително относно прегледите, лечението, формулярите за рецепти, лабораторните изследвания, направленията и цифровите сертификати за ваксиниране срещу COVID-19, въпреки че пациентите, които нямат достъп, могат да получат документа от личния лекар.

По време на пандемията се открие необходимостта от допълнителни инвестиции в здравеопазването

В отговор на кризата правителството увеличава публичните разходи за здравеопазване през 2020 г. с приблизително 628 милиона лева (321 милиона евро), като бюджетът на Министерството на здравеопазването се увеличава с 18 % през 2021 г. в сравнение с 2020 г. — от 662 милиона лева (339 милиона евро) през 2020 г. на 784 милиона лева (401 милиона евро) през 2021 г. Първите стъпки за повишаване на готовността на здравната система са предприети с държавния бюджет за 2021 г., в който се осигуряват приблизително 6,3 милиона лева (3,2 милиона евро) за предпазни мерки в областта на общественото здраве (Министерство на финансите, 2020б). Освен това в Плана за възстановяване и устойчивост за 2021—2026 г., представен на Европейската комисия, от страна на България е включено сериозно инвестиционно предложение за модернизиране на държавните болнични заведения, както и за диагностично и медицинско оборудване (310 милиона евро). Освен обновяване на остарелия капиталов фонд, чрез тези модернизации се очаква да се подобри работната среда и удовлетворението от работата на здравния персонал, както и да се увеличи задържането на работа на медицинските специалисти, работещи в публичната система. Планът съдържа и предложения за развитие на националната система за спешна помощ с единен европейски номер за спешни повиквания 112 и на свързаните комуникационни мрежи (28 милиона евро), както и за модернизиране на заведенията за психиатрична помощ (17 милиона евро).

6 Основни констатации

- Очакваната продължителност на живота при раждане в България се увеличава с 3,5 години между 2000 г. и 2019 г., но след това намалява с 1,5 години през 2020 г. поради пандемията от COVID-19. Със стойността от 73,6 години тя продължава да бъде най-ниската в ЕС. Инсултът и исхемичната болест на сърцето остават водещите причини за смърт, а ракът на белите дробове и колоректалният рак са основните причини за смъртност от рак. Данните за свръхсмъртността в България показват, че броят на жертвите на COVID-19 е значително по-голям от официално регистрирания.
- Почти половината от смъртните случаи в България са свързани с поведенчески рискови фактори — нездравословно хранене, високи равнища на тютюнопушене и употреба на алкохол. Нееднозначните резултати от някои политики за профилактика и промоция на здравето в съчетание с относително ниското финансиране за общественото здраве са сред причините за високите равнища на смъртността, предотвратима с добра профилактика. По подобен начин броят на смъртните случаи, предотвратими чрез добро лечение, е на трето място от най-високите стойности в ЕС, което отразява трудностите при осигуряването на ефикасно и навременно лечение в най-подходящите условия.
- Разходите за здравеопазване на глава от населението нарастват постоянно, но са най-ниски сред съответните разходи в държавите от ЕС. Делът на държавата във финансирането на здравеопазването се увеличава значително и достига най-високото си равнище от близо две десетилетия. Въпреки това директните плащания от пациентите все още са много големи. При стойност от 38 % от общите разходи за здравеопазване те са най-високите в ЕС и се дължат главно на разходите за лекарствени продукти. Силната зависимост от разходите за директни плащания от пациентите оказва непропорционално въздействие върху населението с ниски доходи, което се доказва от равнищата на катастрофалните здравни разходи на българските домакинства, повечето от които са концентрирани в квинтила на най-ниските доходи.
- Освен негативното въздействие на ДП върху достъпа до здравни услуги, други основни предизвикателства във връзка с достъпността са пропуските в здравноосигурителното покритие (около 15 % от населението няма здравна осигуровка), лимитите за направления за извършване на диагностични изследвания и за специализирана медицинска помощ, както и регионалните различия в осигуреността със здравен персонал и с лечебни заведения. Въпреки това цялото лечение и услуги, свързани с COVID-19, включително лекарствата, се предоставят безплатно, независимо от осигурителния статус. Освен това телеконсултациите спомагат за осигуряване на достъпа до медицинска помощ, особено за пациентите с хронични заболявания.
- Пандемията от COVID-19 насочи вниманието към дългогодишните предизвикателства, пред които е изправена работната сила в сферата на здравеопазването в България. Съществуващият недостиг на работна сила се изостря поради заболелите от вируса медицински специалисти. Освен това по време на пандемията изпъкна значението на безопасните условия на труд, както и на адекватното възнаграждение, които спомагат за удовлетвореността от работата и задържането на специалистите. Като част от действията в отговор на пандемията, особено по отношение на болничната помощ, правителството набира доброволци с медицинска подготовка и предлага материална и друга подкрепа на здравните специалисти, работещи в засегнатите райони.
- През първите месеци на пандемията България реагира бързо и успява да увеличи и преразпредели финансирането за болнична помощ, тестове и консултации от разстояние. Въпреки това специфичните предизвикателства включват забавеното прилагане на мерки за смекчаване на последиците от нарастването на броя на случаите по време на втората вълна, ниските равнища на тестване въпреки увеличения капацитет на лабораториите и натиска върху здравните услуги, — както в болниците, така и в първичната медицинска помощ — при предоставянето на които не се обръща достатъчно внимание на лечението на пациентите с COVID-19 в домашни условия. Бавният темп на ваксиниране в България представлява допълнително предизвикателство в опитите за ефективен отговор на въздействието на пандемията върху здравето на хората и върху обществото.

Основни източници

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

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris. OECD Publishing.

Използвани източници

Council of the EU (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Bulgaria and delivering a Council opinion on the 2019 Convergence Programme of Bulgaria*.

Димитрова А и др. (2015), *Национално проучване на факторите за риска за здравето: данни за здравето*. София, Национален център по общественото здраве и анализи. София.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*.

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February–March 2021).

European Commission (2020), *Special Eurobarometer 502: Corruption*.

European Commission (2021), *Europe's Beating Cancer Plan*.

Министерство на финансите (2020а), *Писмен отговор до народни представители относно здравно неосигурени лица*, 14.10.2020, София.

Министерство на финансите (2020б), *Проект на Закон за държавния бюджет на Република България за 2021 г. и Актуализираната средносрочна бюджетна прогноза за периода 2021-2023 г.*, София.

Национален център по общественото здраве и анализи (2020), *Здравеопазване. Кратък статистически справочник*, София.

Национален център по заразни и паразитни болести (2020), *Анализ на изпълнението на дейностите по имунопрофилактика в България през 2019 година*, София.

Национална здравноосигурителна каса (2020), *Проект на Годишен доклад за дейността на НЗОК за 2019 г.*, София.

Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *COVID-19 Health Systems Response Monitor – Bulgaria*.

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

Абревиатури на страните

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



European
Commission

State of Health in the EU

Здравен профил на страната 2021

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 вж.: ec.europa.eu/health/state

Моля, цитирайте тази публикация по следния начин: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), България: Здравен профил на страната 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264361645 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)