



State of Health in the EU

България

Здравен профил на страната 2023

Поредица Здравни профили на държавите

В здравните профили на държавите от поредицата State of Health in the EU се представя кратък и имащ отношение към политиките преглед на здравето и здравните системи в ЕС и Европейското икономическо пространство. Основното ударение в тях се поставя върху характерните особености и предизвикателства във всяка държава, като са включени съпоставки между различните държави. Целта е политиките и хората с популярен обществен имидж да имат на свое разположение средство за взаимно обучение и доброволен обмен. За първи път от създаването на поредицата в изданието относно здравните профили на държавите за 2023 г. е включен специален раздел, посветен на психичното здраве.

Профилите са продукт на съвместната работа на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и Европейската обсерватория за здравни системи и политики в сътрудничество с Европейската комисия. Екипът благодарим за ценните коментари и предложения, предоставени от мрежата за мониторинг на здравните

Съдържание

1. АКЦЕНТИ	3
2. ЗДРАВЕН СТАТУС	4
3. РИСКОВИ ФАКТОРИ	7
4. ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	8
5. ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	11
5.1 Ефикасност	11
5.2 Достъпност	13
5.3 Издръжливост	16
6. ФОКУС ВЪРХУ ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ	20
7. ОСНОВНИ КОНСТАТАЦИИ	22

системи и политики, здравния комитет на ОИСР и експертната група на ЕС за оценка на функционирането на здравните системи (HSPA).

Източници на данни и информация

Данните и информацията в здравните профили на държавите се основават предимно на официалните национални статистически данни, предоставени на Евростат и ОИСР, които са валидирани с цел да се гарантират най-високи стандарти на съпоставимост. Източниците и методите, на които се основават тези данни, са достъпни в базата данни на Евростат и в здравната база данни на ОИСР. Някои допълнителни данни са получени също и от Института за измерване и оценка на здравето (IHME), Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC), проучванията по проекта „Поведение на децата в

ученическа възраст във връзка със здравето“ (Health Behaviour in School-Aged Children — HBSC) и Световната здравна организация (СЗО), както и от други национални източници.

Изчислените средни стойности за ЕС са среднопретеглените 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 2023 г. въз основа на наличните през първата половина на септември 2023 г. данни.

Демографски и социално-икономически контекст в БЪЛГАРИЯ, 2022 г.

Демографски фактори	България	ЕС
Население	6 838 937	446 735 291
Дял от населението на възраст над 65 години (%)	21,7	21,1
Коефициент на плодовитост ¹ (2021)	1,6	1,5

Социално-икономически фактори

Социално-икономически фактори	България	ЕС
БВП на глава от населението (ППС в EUR ²)	20 709	35 219
Относителен дял на бедните ³ (%)	22,9	16,5
Коефициент на безработица (%)	4,3	6,2

1. Среден брой деца, родени от жена на възраст 15—49 години. 2. Паритетът на покупателната способност се определя като обменния валутен курс, при който покупателната способност на различните валути се приравнява, като се премахват разликите в равнищата на цените между държавите. 3. Процент на лицата, живеещи с по-малко от 60 % от средния приравнен разполагаем доход. Източник: база данни на Евростат.

Отказ от отговорност: За публикуването на този труд отговаря генералният секретар на ОИСР. Изразените мнения и използваните аргументи не отразяват непременно официалните становища на страните членки на ОИСР. Възгледите и мненията, изразени в публикациите на Европейската обсерватория за здравни системи и политики, не отразяват непременно официалната политика на участващите организации.

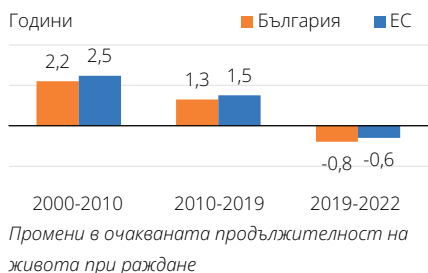
Този труд е изготвен с финансовата подкрепа на Европейския съюз. Изразените в нея възгледи по никакъв начин не могат да се считат за отражение на официалното становище на Европейския съюз. Имената и представянето на държавите и териториите, използвани в тази съвместна публикация, следват практиката на СЗО.

Териториални откази от отговорност, приложими към ОИСР: Настоящият документ, както и всички данни и карти, включени в него, не засягат статута или суверенитета на която и да е територия, определянето на международни граници и предели и името на която и да е територия, град или област. Допълнителни специфични откази от отговорност можете да намерите тук.

Териториални откази от отговорност, приложими към СЗО: Използваните наименования и представянето на този материал не предполагат изразяването на каквото и да е становище от страна на СЗО относно правния статут на която и да е държава, територия, град или област или на нейните власти, или относно определянето на нейните граници. Пунктираните и прекъснатите линии на картите представляват приблизителни гранични линии, за които все още може да няма пълно съгласие.

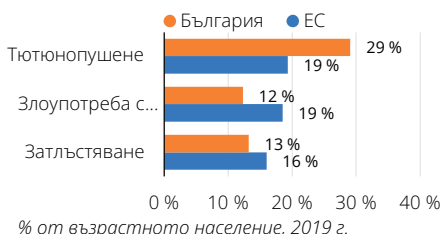
© ОИСР и Световната здравна организация (действаща като приемаща организация и секретариат на Европейската обсерватория за здравни системи и политики) 2023 г.

1 Акценти



Здравен статус

През периода 2000–2019 г. е регистрирано увеличаване на очакваната продължителност на живота в България, което съответства на тенденциите в ЕС. През първите две години на пандемията от COVID-19 очакваната продължителност рязко намалява до равнищата отпреди 2000 г., но след последвалото нарастване, през 2022 г. нейното равнище е 74,3 години. Разликата между половете в България е по-голяма, отколкото в останалите държави от ЕС: мъжете в България живеят средно 7,0 години по-малко от жените, докато в ЕС този показател е 5,4 години.



Рискови фактори

За разлика от тенденцията в ЕС, в България равнището на тютюнопушене се увеличава. Делът на възрастните, пушещи ежедневно, е 29 %, поради което през 2019 г. страната заема челното място в ЕС по този показател. Равнището на злоупотреба с алкохол обаче е сравнително ниско. Въпреки непълноценното хранене и ниската физическа активност заявеното по собствена преценка равнище на затлъстяване сред възрастните е по-ниско от средното за ЕС.

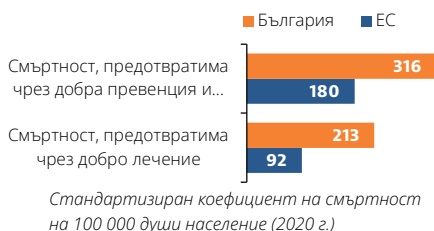


Здравна система

Независимо че през 2021 г. е отбелязано значително увеличение на разходите за здравеопазване – 1708 EUR на глава от населението, България е изразходвала по-малко от половината от средната стойност за ЕС (4028 EUR). Публичните източници представляват 65 % от разходите в сравнение със средната стойност за ЕС, която е 81 %. По-голямата част от частните разходи са от директни плащания (34 %) – дял, който е много по-висок от средния за ЕС (15 %).

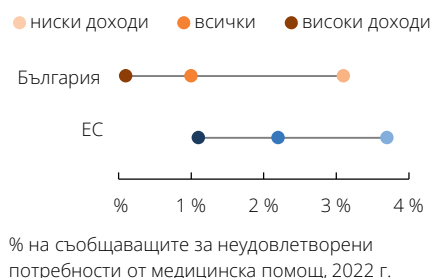
Ефикасност

Коефициентите на предотвратима смъртност са много високи, което предполага недостатъци в програмите за превенция и здравна промоция, както и недостатъчни финансови ресурси и политически усилия за подобряване на диагностиката и лечението. Предотвратимата чрез добра превенция и профилактика смъртност се увеличава през 2020 г., тъй като смъртните случаи поради COVID-19 са класифицирани като предотвратими. За разлика от тенденцията в целия ЕС, от 2018 г. насам в България е налице увеличаване на смъртността, предотвратима чрез добро лечение.



Достъпност

Неудовлетворените здравни потребности намаляват значително и през 2022 г. са 1 %, което е под средната стойност за ЕС (2,2 %). Неудовлетворените потребности, за които съобщават домакинствата с ниски доходи (3,1 %), са приблизително 30 пъти повече от тези на домакинствата с високи доходи (0,1 %). Това се дължи най-вече на високите директни плащания, непокритите от здравните осигуровки разходи, квотите за направления и неравномерното разпределение на материалните и човешките ресурси.



Издръжливост

Въпреки постоянното увеличение от 2015 г. насам, публичните разходи за здравеопазване в България са сред най-ниските в ЕС. С темп на растеж от 24 % между 2019 г. и 2020 г. правителството е осигурило допълнително финансиране в помощ на предприятиите от него действия в отговор на пандемията въпреки намаляването на БВП. Макар и не толкова значителен, темпът на нарастване на публичното финансиране на здравеопазването се запазва и през 2020–2021 г.



Фокус върху психичното здраве

През 2019 г. проблеми с психичното здраве са имали приблизително 13 % от хората в България, като най-разпространени са били тревожните и депресивните разстройства и разстройствата, свързани с употребата на алкохол и наркотични вещества. Макар този дял да е под средната стойност за ЕС от 17 %, се наблюдават значителни различия, свързани с доходите: съобщилите за депресия жени с ниски доходи са над три пъти повече от жените с високи доходи, докато страдащите от депресия мъже с ниски доходи са почти седем пъти повече от тези с високи доходи. През последните години психичното здраве е обект на все по-голямо политическо внимание, което води до въвеждането на нов план за психичното здраве.

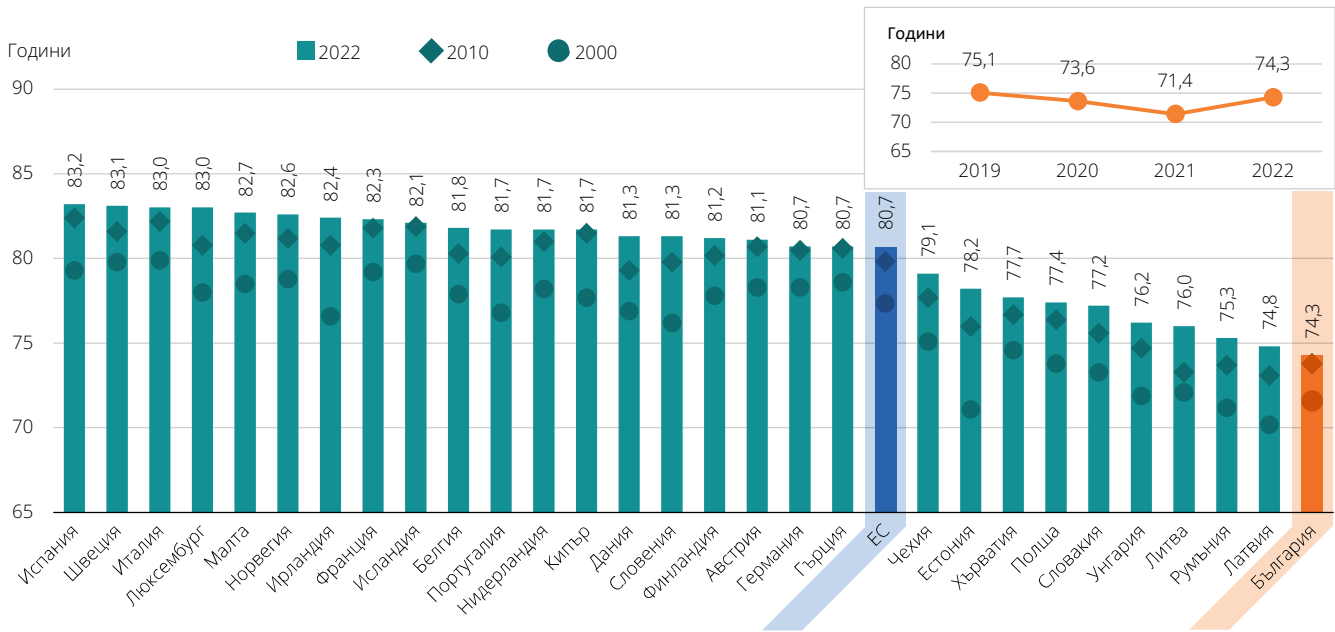
2 Здравен статус

През 2019–2021 г. очакваната продължителност на живота е намаляла с 3,7 години – най-големият спад в ЕС за този период

В исторически план очакваната продължителност на живота при раждане в България е сред най-ниските в ЕС. Въпреки че преди пандемията от COVID-19 са постигнати значителни подобрения по този показател, отбелязаният между 2019 г. и 2021 г. значителен спад от 3,7 години – най-големият в ЕС – е довел до намаляване през 2021 г. на очакваната

продължителност на живота до 71,4 години, което е най-ниското равнище в България от две десетилетия насам. Въпреки че през 2022 г. очакваната продължителност на живота отново достига 74,3 години, тя остава най-ниската сред държавите от ЕС (фигура 1). Поради по-голямата експозиция на риск сред мъжете разликата между половете е голяма: мъжете в България живеят 7,0 години по-малко от жените, докато в ЕС този показател е 5,7 години.

Фигура 1. През 2022 г. очакваната продължителност на живота при раждане в България е най-ниската в ЕС



Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена. Данните за 2022 г. са по предварителни оценки на Евростат, които могат да се различават от националните данни и да бъдат преработени. Данните за Ирландия се отнасят за 2021 г.
Източник: база данни на Евростат.

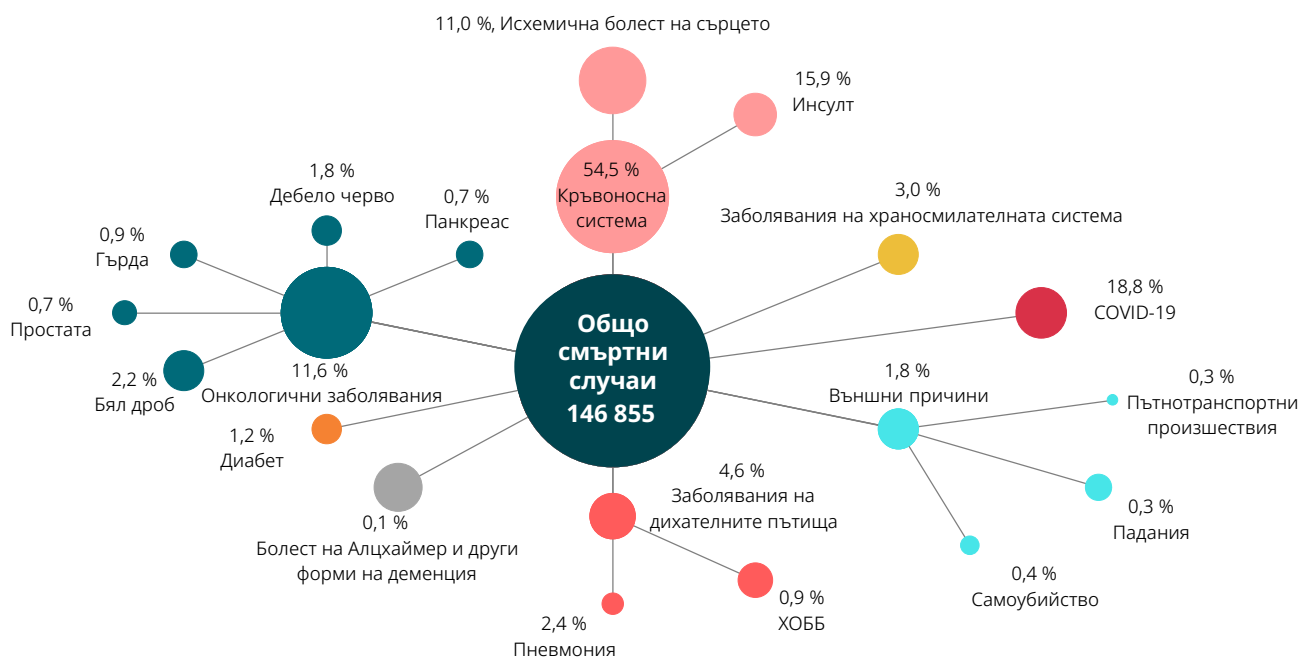
Сърдечно-съдовите болести, най-разпространени сред които са инсултът и исхемичната болест на сърцето, са основната причина за смъртността през 2021 г.

През 2021 г. сърдечно-съдовите болести съставят 54,5 % от всички смъртни случаи, следвани от COVID-19 (18,8 %) и онкологичните заболявания (11,6 %). Водещите причини за смърт от специфични сърдечно-съдови болести са инсултът (15,9 % от всички смъртни случаи) и исхемичната болест на сърцето (11,0 %) (фигура 2). Най-честите причини за смърт от онкологични заболявания са ракът на белите дробове (2,2 % от всички смъртни случаи) и ракът на дебелото черво (1,8 %).

Свръхсмъртността по време на пандемията е висока

Свръхсмъртността – броят на смъртните случаи от всички причини, надвишаващ средния годишен брой на смъртните случаи през петте години, предхождащи пандемията (2015–2019 г.), дава по-пълна представа за въздействието на COVID-19 върху смъртността. Тя представлява по-широка оценка на пряката смъртност, дължаща се на COVID-19, включително евентуалните случаи, в които смъртността от COVID-19 е приписвана на други причини, случаите на непълно отчитане, както и смъртността, вероятно дължаща се на проблеми с предоставянето на здравните услуги по време на пандемията. Като цяло между 2020 г. и 2022 г. в България има повече от 60 000 смъртни случая над средния годишен брой, което е с 20,2 % над базовото равнище за минали периоди и повече от средната стойност за ЕС (12,6 %).

Фигура 2. През 2021 г. основната причина за смъртността в България е COVID-19



Забележка: ХОББ — хронична обструктивна белодробна болест.
Източник: база данни на Евростат (данните се отнасят за 2021 г.).

Делът на българите, които са заявили, че са в добро здраве, е същият като средния за ЕС, но са налице по-съществени разлики според доходите

През 2022 г. 68 % от българите са заявили, че са в добро здраве — същият процент като средния за ЕС. Разликата по отношение на равнището на доходите обаче е по-голяма: българите в квинтила с най-висок доход, определили здравното си състояние като „добро“, са 84 %, а тези в квинтила с най-нисък доход — 53 %; в ЕС тези дялове са съответно 79 % и 58 %. Разликата по отношение на половете също е малко над средната за ЕС: в „добро“ здраве заявяват, че са 72 % от мъжете и 65 % от жените, като в ЕС тези дялове са съответно 70 % и 65 %.

Българите прекарват значителна част от живота си след 65-годишна възраст с увреждания

Делът на лицата на възраст 65 и повече години в България се е увеличил от приблизително всяко шесто лице (16 %) през 2000 г. до над всяко пето лице (22 %) през 2022 г. Предвижда се до 2050 г. този дял да нарасне до почти всяко трето лице (31 %).

Очакваната продължителност на живота и продължителността на живота в добро здраве на българите на 65-годишна възраст са по-ниски от средните стойности за ЕС. През 2020 г. лицата на 65-годишна възраст в България са с очаквана продължителност на живот 15,1 години спрямо 19,3 години средно за ЕС. Диференцирано по пол жените на 65-годишна възраст са с очаквана продължителност на живот 17,1 години, което е с 4,2 години повече от мъжете, за които очакваната продължителност на живота е 12,9 години (фигура 3).

Разликата между половете по отношение на продължителността на живота в добро здраве е по-малка — през 2020 г. тя е 1,3 години, което обаче е приблизително два пъти над средното за ЕС (0,6 години). Жените в

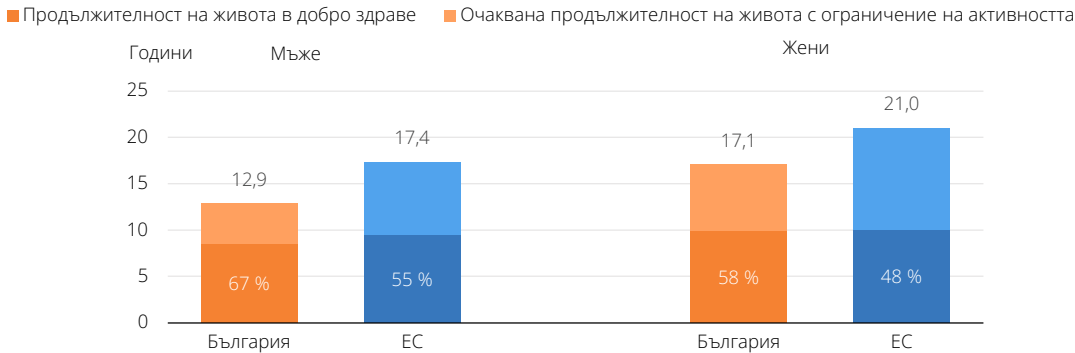
България прекарват по-голям дял от живота си в напреднала възраст със здравни проблеми, които водят до ограничаване на способностите им да извършват основните дейности от ежедневието. Така например за ограничения в ежедневните дейности съобщават приблизително 34 % от жените на възраст над 65 години спрямо 31 % от мъжете, а 45 % от жените в напреднала възраст в България страдат от множество хронични заболявания (над средното за ЕС равнище от 40 %) спрямо 29 % от мъжете (под средното за ЕС равнище от 32 %) (фигура 3).

Ракът на простатата и ракът на гърдата са най-разпространените онкологични заболявания в България

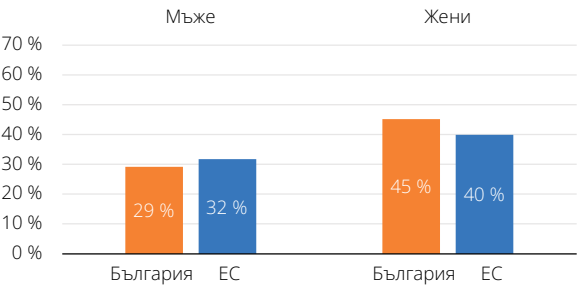
Според прогнозите на Съвместния изследователски център се очаква броят на новите случаи на ракови заболявания в България през 2022 г. да бъде около 31 000. Като цяло се очаква заболяемостта от рак да бъде по-ниска от средната за ЕС както при мъжете, така и при жените. По-ниската заболяемост в България в съчетание с ниската степен на използване на профилактични услуги показват наличието на недостатъчно диагностициране и на предизвикателства при осигуряването на ефективно лечение (вж. раздел 5.1). На фигура 4 е показано, че онкологичните заболявания, от които най-често страдат мъжете, засягат простатата, дебелото черво и белия дроб. При жените на първо място е ракът на гърдата, следван от рака на дебелото черво и рака на матката.

Фигура 3. По-голям дял от лицата в напреднала възраст в България съобщават за ограничения в ежедневните дейности в сравнение с ЕС

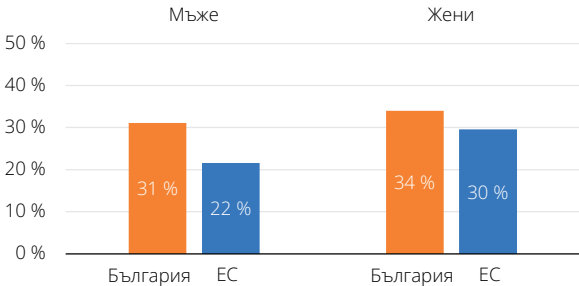
Очаквана продължителност на живота и продължителност на живота в добро здраве на 65-годишна възраст



Дял на хората на възраст 65 и повече години с множество хронични заболявания



Ограничения в ежедневните дейности сред хората на възраст 65 и повече години



Източници: база данни на Евростат (за очакваната продължителност на живота и продължителността на живота в добро здраве) и изследване на SHARE, 8-ма вълна (за множество хронични заболявания и ограничения в ежедневните дейности). Всички данни се отнасят за 2020 г.

Фигура 4. Според предварителните оценки случаите на рак, диагностицирани в България през 2022 г., се очаква да надхвърлят 31 000



Мъже
16 812 нови случаи

Стандартизиран по възраст
коефициент (всички видове рак): 533 на 100 000 души население
Средна стойност за ЕС: 684 на 100 000 души население



Жени
14 673 нови случаи

Стандартизиран по възраст
коефициент (всички видове рак): 356 на 100 000 души население
Средна стойност за ЕС: 488 на 100 000 души население

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

3 Рискови фактори

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

Почти половината от всички смъртни случаи в България (48 %) през 2019 г. се дължат на поведенчески рискови фактори или на рискови фактори, свързани с околната среда (фигура 5). Непълноценното хранене, включително ниската консумация на плодове и зеленчуци и високата консумация на захар и сол, е причина за 29 % от всички смъртни случаи, което е най-високият дял в ЕС (17 %). Тютюнопушенето е една от причините за приблизително 18 % от всички смъртни случаи, около 7 % се дължат на употребата на алкохол, а 2 % – на ниските равнища на физическа активност.

Излагането на фини прахови частици (ФПЧ_{2.5}) и озон е причина за около 9 % от смъртните случаи (над

11 000 случая) през 2019 г., което е повече от два пъти над средната стойност за ЕС (4 %). Замърсяването на въздуха е една от причините за смъртността и заболяемостта от сърдечно-съдови болести, заболявания на дихателната система и някои видове рак. Следва да се отбележи, че през последните 15 години България е постигнала подобрения във връзка със замърсяването на въздуха и неговото въздействие върху здравето на населението. Така например между 2009 г. и 2019 г. преждевременната смъртност от замърсяване на въздуха е намаляла с по-бързи темпове, отколкото в целия ЕС (OECD/EU, 2022), а от 2019 г. насам се наблюдава положителна тенденция към подобряване на качеството на въздуха.

Фигура 5. Непълноценното хранене и тютюнопушенето са основните причини за смъртността в България



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 например ниска консумация на плодове и зеленчуци и висока консумация на подсладени със захар напитки. Замърсяването на въздуха се отнася до експозицията на фини прахови частици (ФПЧ_{2.5}) и озон. Източник: IHME (2020), Global Health Data Exchange (Глобален обмен на данни за здравеопазването) (приблизителните изчисления се отнасят за 2019 г.).

Равнищата на тютюнопушене и употребата на алкохол са високи, включително сред подрастващите

За разлика от тенденциите в ЕС, равнищата на тютюнопушене в България се увеличават както при възрастните, така и при подрастващите. Равнището на тютюнопушене сред възрастните е най-високото в ЕС, като през 2019 г. почти всеки трети от десет възрастни (29 %) е пушил ежедневно (фигура 6). Мъжете пушачи са почти два пъти повече (38 %), отколкото жените (21 %). Също така през 2022 г. почти една трета (32 %) от подрастващите са пушили ежедневно – най-високият процент в ЕС заедно с Италия.

През 2019 г. общата употреба на алкохол в литри на глава от населението сред възрастните в България (11,2 литра) е с 12 % по-висока, отколкото в ЕС (10 литра). Въпреки това през 2019 г. само 12,3 % от възрастните съобщават, че злоупотребяват с алкохол¹ в сравнение с 18,5 % в целия ЕС. Вероятността мъжете да злоупотребяват с алкохол е над три пъти по-голяма от тази при жените (19 % спрямо 6 %). През 2022 г. 36 % от 15-годишните посочват, че са прекалили с алкохола повече от веднъж в живота си, което означава, че равнището на употреба на алкохол сред подрастващите е сред най-високите в ЕС, където средното равнище е 18 %.

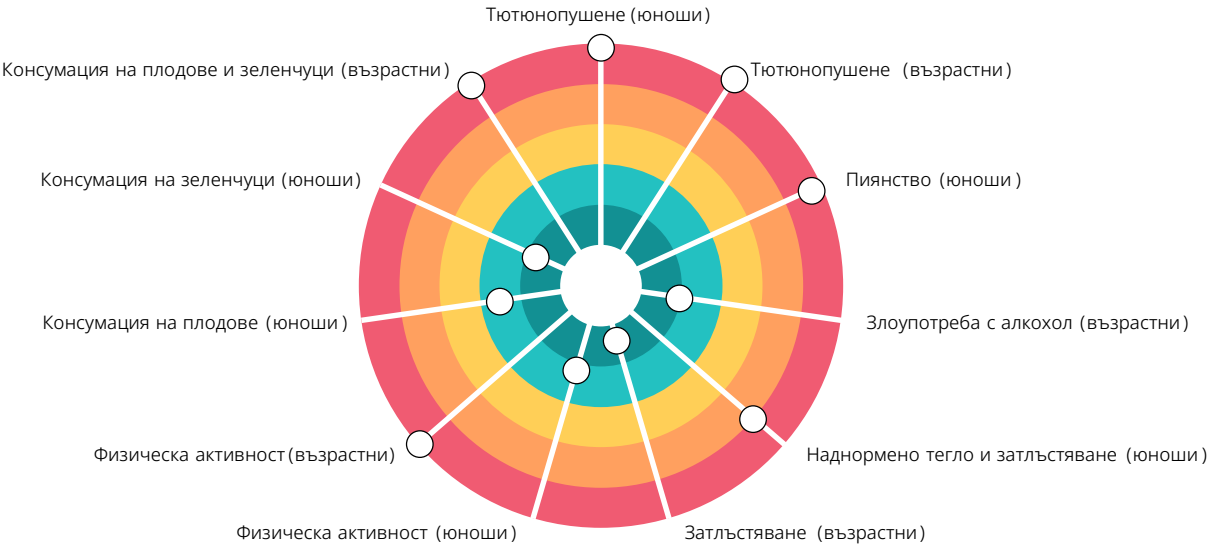
¹ Злоупотребата с алкохол се определя като консумирането на шест или повече алкохолни напитки наведнъж при възрастните.

Равнището на затлъстяване сред възрастните е ниско, но няма промяна в навиците, свързани с непълноценното хранене и ниската физическа активност

Заявеното по собствена преценка равнище на затлъстяване сред възрастните през 2019 г. е 13 % – на предпоследно място сред държавите от ЕС, където средното равнище е 16 %. Въпреки това повечето възрастни съобщават, че се хранят непълноценно и имат ниска физическа активност. Делът на възрастните, които посочват, че консумират най-малко пет порции плодове и зеленчуци на ден, е най-ниският в ЕС – 5,0 %, и е далеч под средния за ЕС от 12,4 %. Делът на възрастните, които се занимават с (умерена) физическа активност в продължение на най-малко 150 минути седмично, е 11,3 % – най-ниският в ЕС през 2019 г. (фигура 6).

През 2022 г. равнището на наднормено тегло и затлъстяване сред 15-годишните в България е 24 % спрямо средно 21 % за ЕС. Над три пъти повече момчета (36 %), отколкото момичета (12 %) посочват, че страдат от наднормено тегло или затлъстяване. Същевременно, за разлика от възрастните, подрастващите в България са сред най-активните физически в ЕС, като през 2022 г. 18 % от тях са съобщили за поне умерена физическа активност всеки ден, в сравнение със средно 15 % за ЕС. Освен това, тъй като 40 % от 15-годишните консумират зеленчуци ежедневно, консумацията на зеленчуци сред подрастващите в България е сравнително висока в сравнение с техните връстници в ЕС. В отговор на опасенията във връзка с увеличаващите се случаи на наднормено тегло и затлъстяване сред подрастващите България прилага програми за насърчаване на здравословното хранене при децата в училищна възраст (вж. раздел 5.1).

Фигура 6. Тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и увеличаващите се случаи на наднормено тегло сред подрастващите са важни проблеми на общественото здраве



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 е необходимо подобрение във всички държави и във всички области. Източници: изчисления на ОИСП въз основа на проучването по проекта HBSC за 2022 г. относно показателите при подрастващите и EHIS за 2019 г. относно показателите при възрастните.

4 Здравната система

Социалното здравно осигуряване в България предоставя услуги чрез комбинация от публични и частни доставчици

Българската здравна система е централизирана. Народното събрание одобрява Националната здравна стратегия, която се координира от Министерския съвет. Министерството на здравеопазването отговаря за цялостната организация и функциониране на системата, а здравноосигурителният пакет се определя с наредби на министъра на здравеопазването. На областно равнище общественото здраве е под надзора на регионални здравни инспекции.

Задължителното здравно осигуряване гарантира основен пакет от здравни услуги чрез бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Според националните данни през 2020 г. около 12 % от населението не е здравноосигурено (Министерство на финансите, 2021) (вж. раздел 5.2). Доброволното здравно осигуряване има незначителна роля.

Болничната помощ се предоставя от държавни и частни изпълнители. Повечето лечебни заведения за извънболнична помощ, включително тези за първична помощ, са частни, въпреки че общински лечебни заведения за извънболнична помощ и такива към

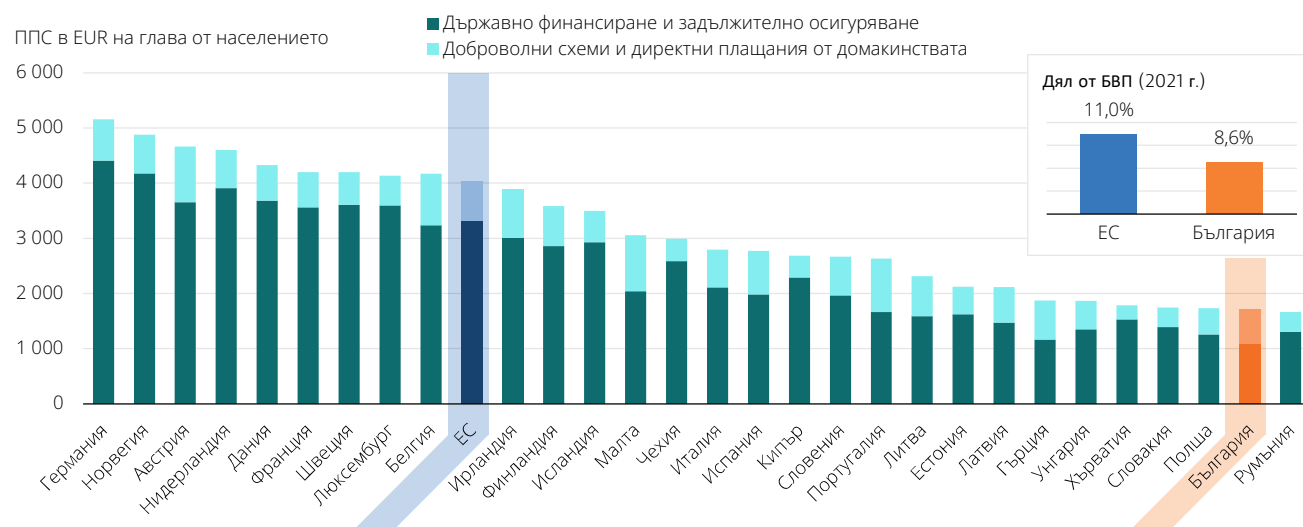
държавните болници също предоставят специализирани извънболнични услуги.

Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) са независимо практикуващи лекари, сключили договори с НЗОК, които работят в самостоятелни индивидуални или групови практики и от тях зависи издаването на направления за достъп до публично финансираната специализирана медицинска помощ.

Разходите за здравеопазване остават ниски, а директните плащания са най-високите в ЕС

През 2021 г. текущите разходи за здравеопазване са достигнали 8,6 % от БВП спрямо 11,0 % в ЕС (фигура 7). Въпреки значителното увеличение в отговор на пандемията от COVID-19 (вж. раздел 5.3), през 2021 г. разходите за здравеопазване в България са в размер на 1708 EUR на глава от населението (коригирано с оглед на разликите в покупателната способност), т.е. вторите най-ниски в ЕС и около две пети от средните за ЕС (4028 EUR) (фигура 7).

Фигура 7. Делът на публичните разходи за здравеопазване е сред най-ниските в ЕС



Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена.

Източник: статистически данни на ОИСР за здравеопазването за 2023 г. (данните се отнасят за 2021 г., с изключение на данните за Малта, които се отнасят за 2020 г.).

Най-значимите категории разходи за здравеопазване са за болничната помощ и медицинските продукти (основно лекарства)

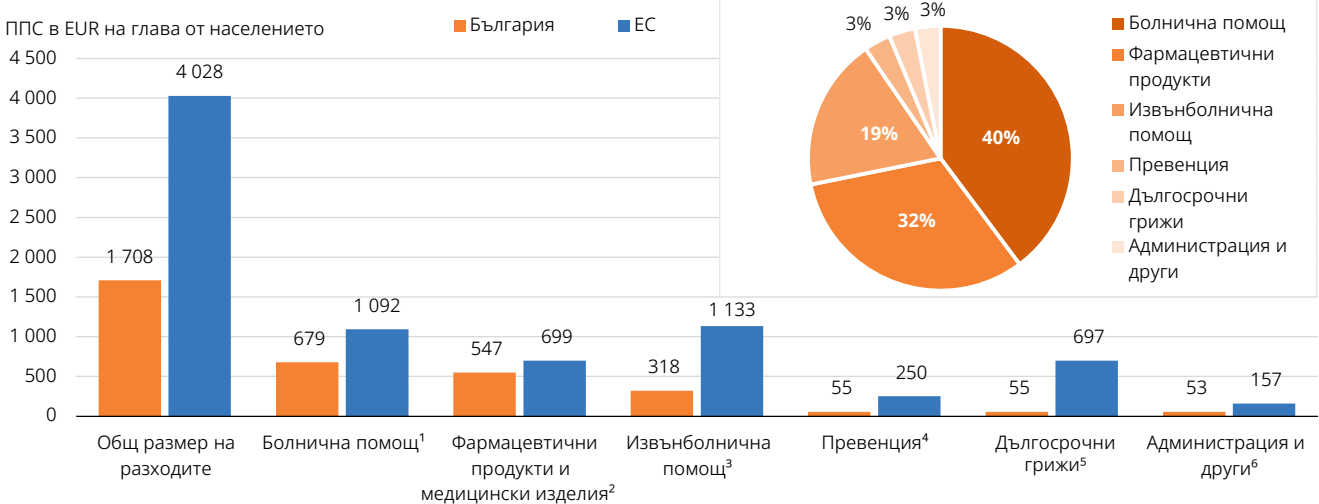
България отделя сравнително голям дял от бюджета си за болнична помощ (40 %), което е значително над средното за ЕС (28 %) (фигура 8). Като се има предвид, че общите разходи за здравеопазване в България са сравнително ниски, разходите за лекарствени продукти и медицински изделия за извънболнична помощ, чиито цени са сходни в рамките на единния пазар, възлизат на 32 % от разходите за здравеопазване, което също е много по-високо от средното за ЕС равнище от 18 %. За разлика от това през 2021 г. България е изразходвала сравнително малък дял средства за извънболнична помощ (19,0 %) и дългосрочни грижи (3 %), което е под средните стойности за ЕС от 29 % за извънболнична помощ и 16 % за дългосрочни грижи. Делът на разходите за профилактика (3 %) е два пъти по-нисък от средния за ЕС (6 %).

От 2019 г. насам делът на публичното финансиране за здравеопазване се увеличава с 4,1 процентни пункта и през 2021 г. достига 64,7 %. Въпреки това той продължава да е един от най-ниските в ЕС, където средният дял е 81,1 %. Съответно равнището от 34 % на преките плащания – предимно за лекарствени продукти и за услуги, които не са включени в здравно-осигурителния пакет, е най-високото в ЕС, където средното равнище е 15 %. Наред с това 6 % от анкетираните в проучване на ЕС през 2022 г. съобщават, че са извършили неофициално плащане на лекар, медицинска сестра или болница. Въпреки че това равнище е по-високо от средните 4 % за ЕС, то е по-ниско в сравнение с 2019 г., когато е било 10 % (EU, 2022).

През последните 15 години осигуреността с болнични легла в България се увеличава

Броят на болничните легла в България неизменно е по-голям от средния за ЕС и за разлика от тенденциите в други държави през годините продължава да нараства. През 2005 г. (първата година с цялостни регионални данни) броят на леглата в България е 6,5 на 1000 души, което е повече от броя на леглата в ЕС – 5,8. През 2021 г. броят на болничните легла е 7,9 на 1000 души население, което е най-високият показател в ЕС. През 2021 г. около 84 % от болничните легла са за активно лечение, 12 % – за рехабилитация, а около 4 % – за продължително лечение. Подобно на сравнително високите равнища на разходите за болнична помощ увеличаването на броя на леглата отразява ориентирания към болничната помощ модел на предоставяне на здравни услуги в България.

Фигура 8. Разходите за здравеопазване на глава от населението в България през 2021 г. са под средните за ЕС за всички видове дейности



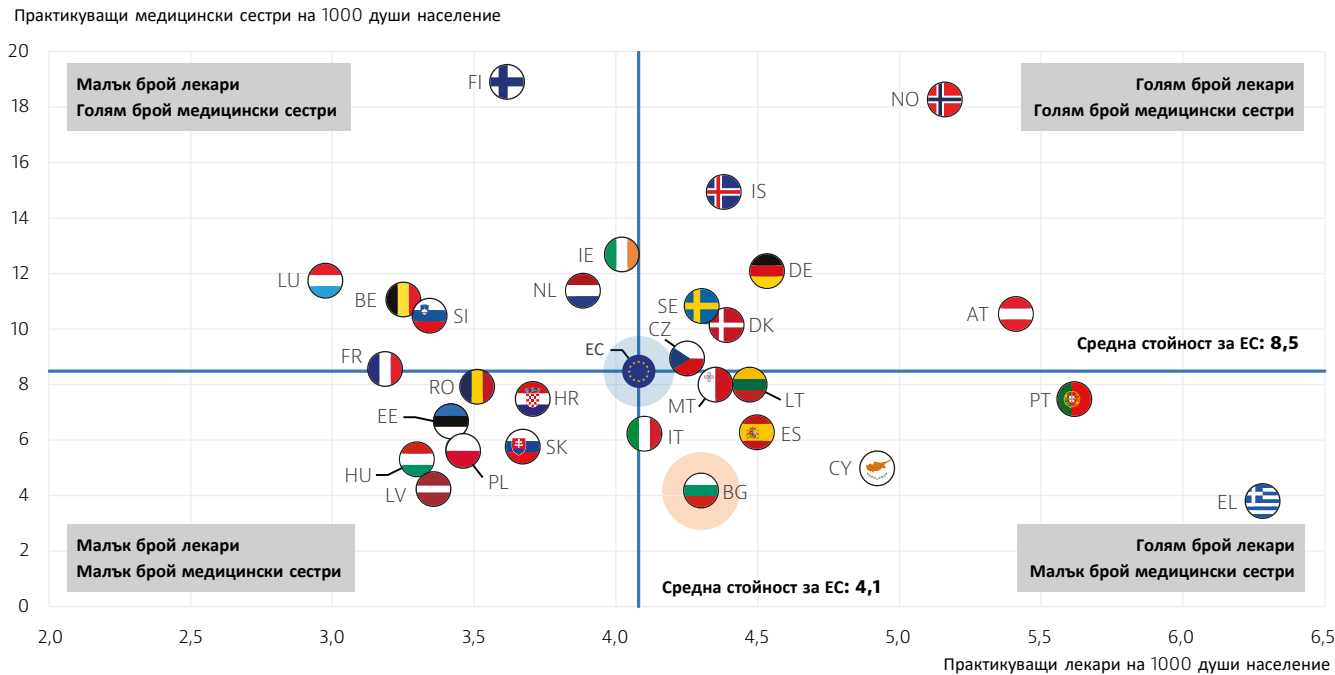
Забележка: 1. Включени са лечебните и рехабилитационните услуги в болнични и други условия. 2. Включен е само извънболничният пазар. 3. Включени са домашните грижи и допълнителните услуги (напр. транспортирането на пациенти). 4. Включени са само разходите за организирани програми за превенция. 5. Включен е само здравният компонент. 6. Включени са управлението и администрацията на здравната система и други разходи. Средната стойност за ЕС е претеглена.
 Източник: статистически данни на ОИСР за здравеопазването за 2023 г. (данните се отнасят за 2021 г., с изключение на данните за Малта, които се отнасят за 2020 г.).

Устойчивостта на здравната система в бъдеще е застрашена от недостиг на общопрактикуващи лекари и медицински сестри

През 2021 г. осигуреността с лекари е сравнително висока – 4,3 лекари на 1000 души население, което е малко над средната стойност за ЕС от 4,1 на 1000 души. При някои специалности и области обаче има недостиг. През 2021 г. общопрактикуващите лекари съставят едва 13,4 % от всички лекари, което показва спад спрямо 16,5 % през 2011 г. и е един от най-ниските

проценти сред останалите държави от ЕС. Осигуреността с медицински сестри в България също е сред най-ниските в ЕС – на 1000 души население се падат 4,2 медицински сестри, което е около два пъти по-малко от средната стойност за ЕС (8,5 на 1000 души) (фигура 9). Сред основните предизвикателства пред работната сила, които застрашават достъпа до здравеопазване и издръжливостта и устойчивостта на здравната система, са емиграцията, застаряването и неудовлетвореността от условията на труд (вж. раздел 5.3).

Фигура 9. Общата осигуреност с лекари е по-висока от средната за ЕС, но броят на медицинските сестри е два пъти по-нисък от средния за ЕС



Забележка: Данните за медицинските сестри включват всички категории медицински сестри (а не само тези, които отговарят на изискванията на Директивата на ЕС относно признаването на професионалните квалификации). В Португалия и Гърция данните се отнасят до всички лекари с разрешение да практикуват, което води до значително изкуствено завишаване 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: статистически данни на ОИСР за здравеопазването за 2023 г. (данните се отнасят за 2021 г. или за най-близката налична година).

5 Функциониране на здравната система

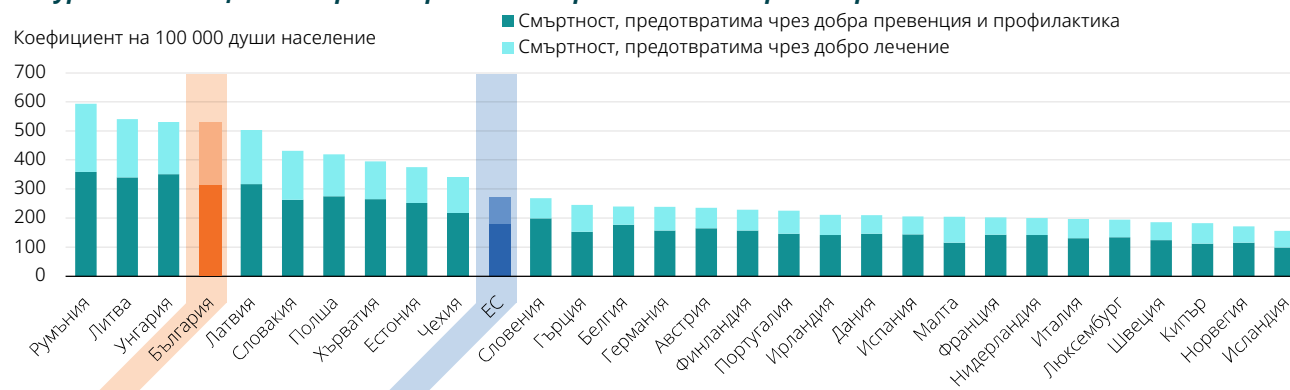
5.1 Ефикасност

През 2020 г. COVID-19 е изместил инсульта като водеща причина за смъртността, предотвратима чрез добра превенция и профилактика

Коефициентите на предотвратимата чрез добра превенция и профилактика смъртност и смъртността, предотвратима чрез добро лечение, са сред най-високите в ЕС (фигура 10). През 2020 г. смъртността, предотвратима чрез добра превенция и профилактика, е била 316 на 100 000 души население, докато средната стойност за ЕС е 180. Както и в други държави от ЕС, между 2019 г. и 2020 г. в България се увеличава смъртността, предотвратима чрез добра превенция и профилактика (с 37 %) – главно поради класифицирането на смъртните случаи от COVID-19 като предотвратими. През 2020 г. COVID-19 е основната причина за смъртността, предотвратима чрез добра превенция и профилактика – 23 % от всички смъртни случаи; след него се нареждат инсултът (14 %), исхемичната болест на сърцето (13 %), ракът на белия дроб (12 %) и заболяванията, свързани с употребата на алкохол (8 %).

През 2020 г. смъртността в България, предотвратима чрез добро лечение, е 213 на 100 000 души население, което е повече от два пъти над средната стойност за ЕС (92 на 100 000 души население). За разлика от спада в целия ЕС, между 2018 г. и 2020 г. коефициентите на смъртност в България, предотвратима чрез добро лечение, се увеличават. Инсултът (21 %) и исхемичната болест на сърцето (20 %), които се считат за предотвратими в еднаква степен чрез добра профилактика и чрез добро лечение, съставят 41 % от смъртните случаи, предотвратими чрез добро лечение, като след тях се нареждат пневмонията (10 %), ракът на дебелото черво (10 %) и хипертоничната болест (9 %). Актуализираната Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2021–2025 г.) все още не може да се справи с тежестта на болестите на органите на кръвообращението. Междувременно новите реформи, подпомагани по линия на Механизма за възстановяване и устойчивост на ЕС – включително Национален план за борба с рака и Национална карта на дългосрочните нужди от здравни услуги – са насочени към максималното ограничаване на тежестта на мозъчносъдовите и раковите заболявания (вж. раздел 5.3).

Фигура 10. Равнищата на предотвратима смъртност в България са сред най-високите в ЕС

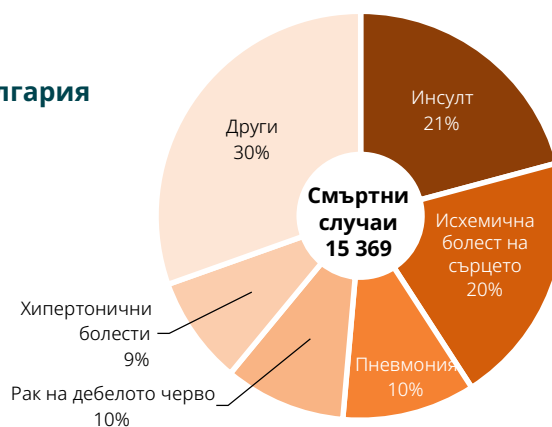


Смъртност, предотвратима чрез добра превенция и профилактика



Смъртност, предотвратима чрез добро лечение

България



Забележка: Смъртността, предотвратима чрез добра превенция и профилактика, 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. И двата показателя се отнасят за случаите на преждевременна смърт (под 75-годишна възраст). Половината от всички смъртни случаи от някои болести (напр. исхемична болест на сърцето, инсулт, диабет и хипертония) се включват в списъка на причините за смъртност, предотвратима чрез добра превенция и профилактика, а другата половина — в списъка на причините за смърт, предотвратима чрез добро лечение, така че да няма двойно отчитане на един и същ смъртен случай.

Източник: база данни на Евростат (данните се отнасят за 2020 г.).

Ефикасността на политическите усилия за намаляване на рисковото поведение е ограничена

Високите коефициенти на смъртност от инсулт, рак на белия дроб и исхемична болест на сърцето се дължат на широкото разпространение на поведенчески рискови фактори, в това число неправилно и непълноценно хранене, липса на физическа активност и високи равнища на тютюнопушене и употреба на алкохол (вж. раздели 2 и 3). Въпреки че България заделя 1 % от акцизите върху тютюневите и алкохолните изделия за финансиране на национални програми за първична профилактика, ресурсите за интервенции на общественото здравеопазване са недостатъчни. Налице са също така редица предизвикателства, свързани с достъпа до съществуващите услуги и стратегии за насърчаване на здравето и профилактика на болестите, както и с тяхното прилагане. Мерките за контрол на тютюнопушенето — например забраните за пушене на обществени места и за продажба на цигари на непълнолетни лица, както и насоките за рекламиране и за опаковане на тютюневите изделия, се характеризират със слаб институционален капацитет за прилагане на разпоредбите или за провеждане на информационни кампании.

Наред с това остава неясно доколко ефективни са националните програми за насърчаване на здравословния начин на живот и за справяне с хроничните болести. Въведени с цел да се разреши проблемът с нарастващия брой деца с наднормено тегло и затлъстяване, проектът „Здрави деца“ и Националната стратегия за развитие на физическото възпитание и спорта за периода 2012–2022 г. са подновени въпреки противоречивите данни за тяхното въздействие.

Делът на ваксинираните срещу сезонен грип и човешки папиломавирус е нисък

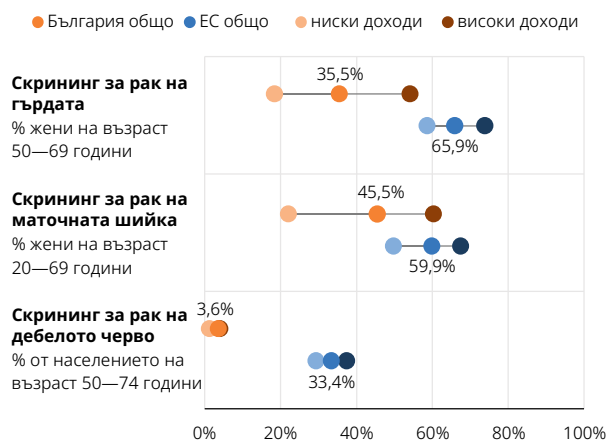
Равнищата на ваксинация в България са ниски. През 2021 г. делът на ваксинираните срещу сезонен грип е 8,9 % от населението на възраст над 65 години — много под средния за ЕС от 50,8 % през същата година, но значително по-висок от показателя за България през 2019 г. (5,8 %). Тази положителна тенденция е в унисон с увеличаването на процентите в цяла Европа и е следствие от въвеждането на Националната програма за подобряване на ваксинациите на сезонния грип (2019–2022 г.), в рамките на която са осигурени безплатни ваксини за целевата група, но чиито цели за ваксинационно покритие не са постигнати. С цел разширяване на тази програма в началото на 2023 г. е одобрена нова Национална програма за подобряване на ваксинациите на сезонния грип и пневмококовите инфекции при лица на и над 65-годишна възраст (2023–2026 г.). Заложените в нея цели за имунизационно покритие на населението в напреднала възраст в България включват постигане до 2026 г. на 35 % ваксинирани срещу грип при лицата на и над 65-годишна възраст и на 15 % ваксинирани срещу пневмококови инфекции. През 2022 г., въпреки наличието на безплатни ваксини срещу човешкия папиломавирус (HPV) за момичетата на възраст 10–13 години, само 9 % от всички момичета на 15-годишна възраст в България са ваксинирани срещу HPV — този дял е същият като през предходните две години и много под средната стойност за ЕС от 63,4 %.

За ограничените равнища на ваксинационно покритие допринасят ниската здравна грамотност на населението, липсата на осведоменост за съществуването на ваксини и нарастващото нежелание и колебания относно ваксинацията, които отчасти се дължат на все по-разпространените конспиративни теории във връзка с ваксината срещу COVID-19 (вж. също раздел 5.3).

Равнището на скрининг за рак в България е едно от най-ниските в ЕС

През 2019 г. равнището на скрининг за рак на гърдата сред жените на възраст 50–69 години в България е 35,5 % — далеч под средното за ЕС равнище от 65,9 %². Равнището на скрининг за рак на дебелото черво сред населението на възраст 50–74 години е второто най-ниско в ЕС — 3,6 %, при средно 33,4 % за ЕС. Обхватът на скрининга за рак на маточната шийка сред жените на възраст 20–69 години е 45,5 %, което също е значително под средната стойност за ЕС от 59,9 %. Важно е да се отбележи, че съществуват значителни разлики по отношение на социално-икономическия статус. През 2019 г. жените в България в квинтила с най-висок доход съобщават за по-високи равнища на скрининг за рак на гърдата (54,1 %) в сравнение с тези в квинтила с най-нисък доход (18,4 %), а през последните две години 60,3 % от жените в квинтила с най-висок доход са преминали през скрининг за рак на маточната шийка в сравнение едва с 22,1 % от жените в квинтила с най-нисък доход. Това са най-големите разлики по отношение на доходите в целия ЕС. При рака на дебелото черво разликата е по-малка от средната за ЕС (фигура 11). Съществуват и различия по местоживее, тъй като повечето дейности по скрининг се извършват в градовете и затова хората в селските райони имат ограничен достъп до тези важни услуги.

Фигура 11. Различията по отношение на доходите при скрининга за рак на гърдата и рак на маточната шийка са много по-големи, отколкото в ЕС



Забележка: Ниският доход се определя като населението в квинтила с най-нисък доход, а високият доход — като населението в квинтила с най-висок доход. Процентите се отнасят за лицата, които са съобщили, че са се подложили на тест през двете години, предхождащи проучването.

Източник: база данни на Евростат (EHIS, 2019).

² Въз основа на данните от програмата това равнище е било по-ниско (20,6 %).

Слаб обществен интерес към усилията за справяне с националните предизвикателства в областта на скрининга за ракови заболявания

Изпълнението на програмите за скрининг за ракови заболявания е фрагментирано поради несистематична организация, липса на финансова подкрепа и липса на национална програма за скрининг за ракови заболявания на специфични рискови групи от населението. Друга пречка пред първичната профилактика и ранното откриване на ракови заболявания е пандемията от COVID-19 поради страха на хората от експозиция на вируса, въвеждането на ограничения на свободното движение, временното прекратяване на профилактичните прегледи и програмите за скрининг и последващото намаляване на търсенето на здравни услуги.

Въведени са няколко мерки за подобряване на равнището на скрининг и на профилактиката на рака в по-общ план, включително приемането на първия Национален план за борба с рака в България в началото на 2023 г. и включването през 2022 г. на допълнителни диагностични изследвания (напр. ехографско изследване на гърдите веднъж на 2 години за жените на възраст 30–50 години) в профилактичните прегледи, които се заплащат от НЗОК (OECD, 2023). В Националния план за възстановяване и устойчивост на България се съдържа конкретни реформи, свързани с инвестиции в профилактиката на рака (вж. раздел 5.3). Все още обаче са налице предизвикателства във връзка със слабата информираност за видовете диагностични изследвания, заплащани от НЗОК, и ниските нива на посещаемост на годишните профилактични прегледи.

5.2 Достъпност

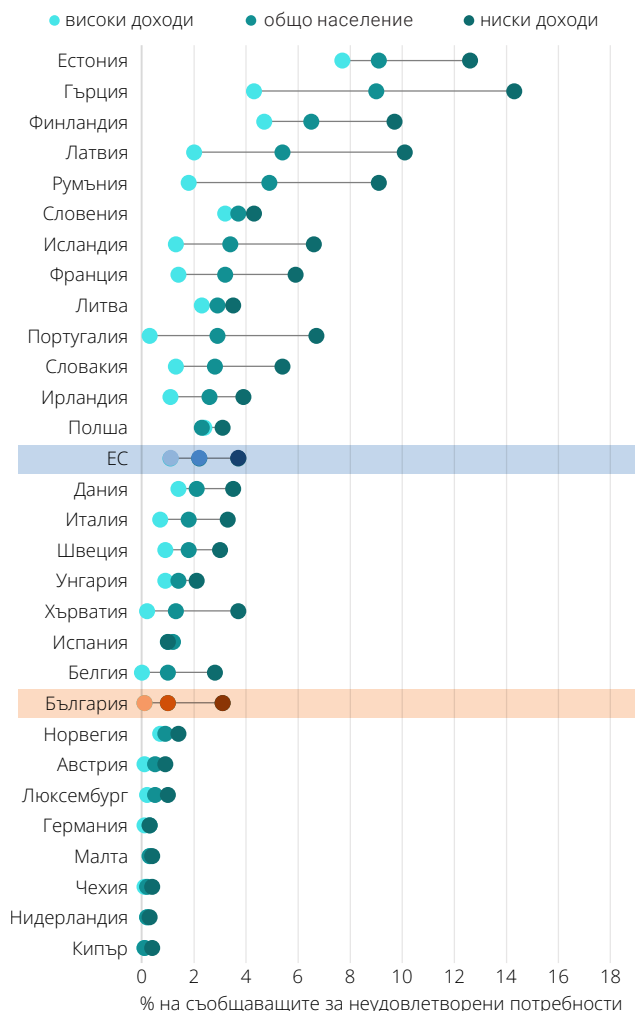
Равнищата на неудовлетворените потребности от медицинска и дентална помощ в България намаляват до стойности под средните за ЕС

Според данните, получени в рамките на европейското проучване за доходите и условията на живот (EU-SILC), делът на потребностите от медицинска помощ в България, останали неудовлетворени поради разходите, отдалечеността и времето за чакане, намалява значително — от най-високия през 2008 г. дял в ЕС от 15,3 % на 1 % през 2022 г., който е под средното за ЕС равнище от 2,2 %. Неудовлетворените потребности от дентална помощ също намалява от най-високото през 2008 г. равнище в ЕС от 16,5 % на 2 % през 2022 г., което е под средното за ЕС равнище от 3,4 %. Основните фактори за неудовлетворените здравни потребности са свързани с разходите — дължащи се до голяма степен на директните плащания — и отдалечеността. Налице са обаче значителни различия в неудовлетворените потребности по групи според доходите: за такъв проблем съобщават 3,1 % от лицата с най-ниски доходи в сравнение със само 0,1 % от лицата с високи доходи (фигура 12), като тази разлика е по-голяма от средната за ЕС.

В отделени проучвания на Eurofound е установено, че равнищата на неудовлетворените потребности от здравна помощ са по-високи по време на пандемията. През пролетта на 2021 г. 24 % от българите съобщават,

че са се отказали от необходим медицински преглед или лечение, докато в ЕС този дял е 17 %. Година по-късно (през пролетта на 2022 г.) този процент остава непроменен за България, докато средната стойност за ЕС е 18 % (Eurofound, 2022).

Фигура 12. Разликата в неудовлетворените здравни потребности между групите с ниски и високи доходи в България е по-голяма от средната за ЕС



Забележка: Данните се отнасят за потребностите от преглед или лечение, останали неудовлетворени поради разходите, отдалечеността или времето за чакане. При съпоставянето на данни от различните държави трябва да се подхожда с известна предпазливост, тъй като са налице разлики в инструментите, използвани при проучването.

Източник: база данни на Евростат въз основа на EU-SILC (данните се отнасят за 2022 г., с изключение на данните за Норвегия, които се отнасят за 2020 г., и за Исландия, които се отнасят за 2018 г.).

Голяма част от българското население не е здравноосигурено

По данни на Министерството на финансите делът на здравноосигурените към 2020 г. лица в България е около 88 %. Според приблизителните оценки между 2019 г. и 2020 г. броят на здравнонеосигурените лица се увеличава с близо 27 % (Министерство на финансите, 2021). Важно е обаче да се отбележи, че броят на неосигурените лица включва лица, които получават обезщетения на друго място, като например българи,

живеещи в чужбина, които имат право на медицинска помощ по местопребиваване, и лица, които подлежат на здравно осигуряване в друга държава — членка на ЕС. Данните включват и лицата, които изобщо не получават обезщетения, като например трайно безработните лица, лицата, които предпочитат да не внасят вноски в системата за здравно осигуряване, и гражданите без валидна лична карта — ситуация, която засяга най-вече ромите и мигрантите без документи.

Структурираните усилия за преодоляване на специфичните пропуски в обхвата на здравното осигуряване включват Националната стратегия за хората с увреждания (2021–2030 г.) и Националната стратегия за интегриране на ромите (2012– 2020 г.), чиято цел е да се повиши осведомеността за здравните услуги и да се увеличи броят на профилактичните прегледи сред ромското население. Националната здравна стратегия 2021–2030 г. и Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2030 г. също са насочени към подобряване на достъпа до здравни услуги и повишаване на тяхното качество.

Здравноосигурителният пакет е сравнително широкообхванат, но не включва дългосрочните грижи и трудовата медицина

Здравноосигурителният пакет обхваща първичната и специализираната извънболнична медицинска помощ, лабораторните услуги, диагностиката и лечението в болнични условия, както и високоспециализирани медицински услуги. Спешната медицинска помощ, болничната психиатрична помощ, инвитро оплождането и услуги в общественото здравеопазване се покриват изцяло от държавния бюджет или други целеви средства, като през 2022 г. правителството е разширило пакета профилактични дейности и пакета услуги, свързани с акушеро-гинекологична помощ и медико-диагностични услуги за неосигурени жени.

За повечето услуги се заплащат фиксирани потребителски такси. Широко разпространена практика е и доплащането за лекарствени продукти. Въпреки че повечето дентални услуги за деца се покриват изцяло

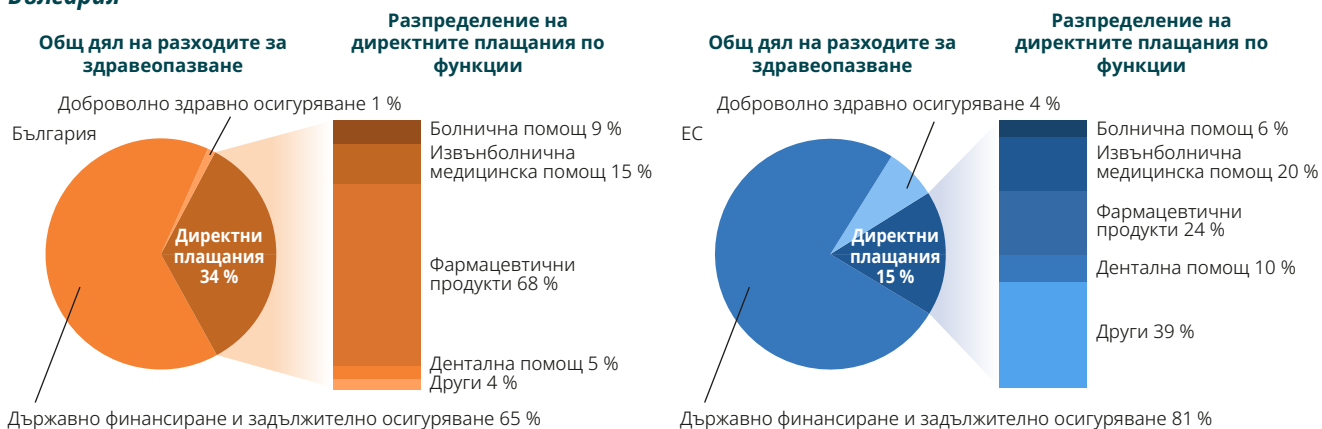
от бюджета, за повечето дентални услуги за възрастни се начисляват доплащания в размер до 20 % от общата стойност на услугите. От здравноосигурителния пакет са изключени също така някои услуги за дългосрочни грижи в извънболнични и домашни условия, услуги по трудова медицина и козметична хирургия по избор на пациента.

През 2020 г. публичните разходи за болнична помощ са 92 % от разходите за болнична помощ, което отговаря на средния показател за ЕС от 91 %. Дяловете на публичните разходи за извънболнична помощ, лекарствени продукти и медицински изделия са много под средните стойности за ЕС, което е фактор за високите разходи за директни плащания. Въпреки че разходите за дентална помощ са до голяма степен изключени от публичното финансиране, през 2020 г. 55 % от тези разходи са покривани от публични източници — този процент е над средния за ЕС дял от 33 % и допринася за сравнително ниските равнища на неудовлетворените потребности от дентални услуги.

Значителните директни плащания са фактор за най-високия процент катастрофални здравни разходи в ЕС

В предходните години делът на директните плащания в България е бил много висок, като между 2006 г. и 2017 г. той е над 40 % и започва да намалява едва през 2018 г. През 2021 г. директните плащания са в размер на 34 % от общите разходи за здравеопазване, т.е. по-високи, отколкото в останалите европейски държави, като те надхвърлят над два пъти средното за ЕС равнище от 15 %. Високите разходи за директни плащания се дължат на доплащанията за услуги, включени в здравноосигурителния пакет, директните плащания за услуги и неофициалните плащания. Неофициалните плащания, които не са включени в дела на директните плащания, допринасят за разходите на домакинствата за здравеопазване и могат да увеличат финансовия натиск (Zahariev & Georgieva, 2018) (вж. раздел 4). През 2021 г. по-голямата част (68 %) от директните плащания са свързани с лекарствени продукти, следвани от разходи за извънболнична помощ (15 %) (фигура 13).

Фигура 13. Лекарствените продукти съставят над две трети от разходите за директни плащания в България



Забележка: Доброволното здравно осигуряване включва и други доброволни схеми за предплащане. Средната стойност за ЕС е претеглена. Източници: статистически данни на ОИСП за здравеопазването за 2023 г.; база данни на Евростат (данните се отнасят за 2021 г.).

Делът на домакинствата, които през 2018 г. са имали катастрофални здравни разходи³, е 19,2 % – най-високият в ЕС (6,8 %). Тези разходи, които обхващат медицински стоки и лекарствени продукти, съставят 81 % от катастрофалните разходи през 2018 г., като приблизително две трети (66,1 %) от тях са съсредоточени в квинтила с най-нисък доход, което надхвърля средната за ЕС стойност от 62,3 %.

Сред възможните пречки пред достъпа до специализирана медицинска помощ и диагностични изследвания са тримесечните квоти за броя на направленията, издавани от ОПЛ и специалистите в областта на извънболничната помощ с цел контрол на обема на услугите. Пациентите, които са потърсили услуги след достигане на квотите, са принудени до известна степен да чакат по-дълго време, да отложат лечението или да извършат директно плащане за частен прием (WHO Regional Office for Europe, 2019).

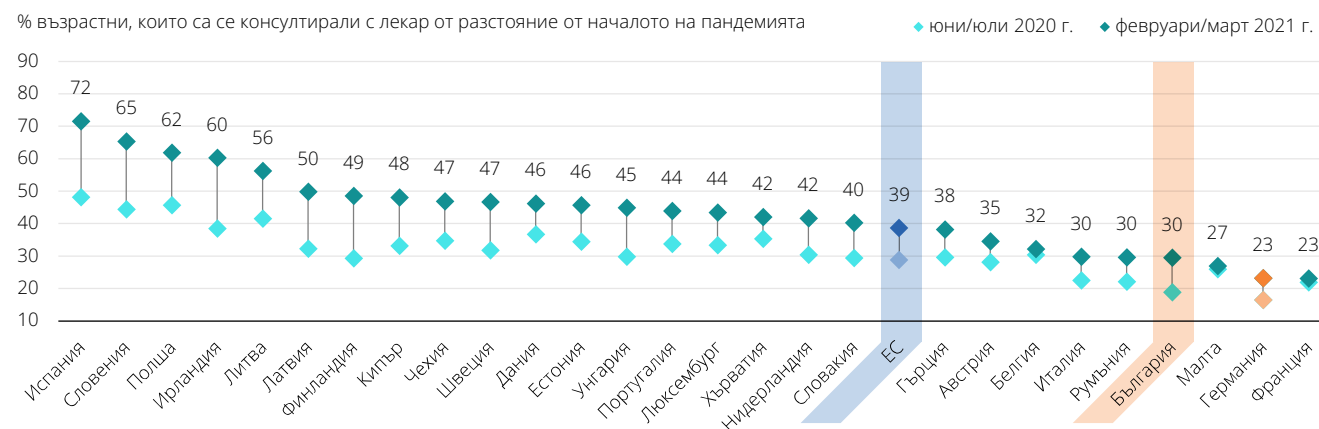
Стратегия за електронно здравеопазване има за цел подобряване на достъпа до здравни услуги и тяхната координация

България е постигнала напредък по отношение на здравноинформационната си система, насочена

към подобряване на достъпа до здравни услуги, тяхната координация и непрекъснатост. През 2021 г. Националната здравноинформационна система е допълнена с електронни медицински направления за извънболнична помощ и електронни медицински рецепти, а през 2022 г. – с електронни медицински направления за хоспитализация и цифровизация на медицинските досиета (вж. раздел 5.3). Възможни са и консултации с ОПЛ от разстояние с цел да се подпомогне предоставянето на рутинни услуги, въпреки че те не се покриват от социалното здравно осигуряване.

В проучване на Eurofound се подчертава, че делът на лицата в България, които са съобщили, че от началото на пандемията са се консултирали с лекар от разстояние – онлайн или по телефона – се е увеличил от 19 % през юни/юли 2020 г. до 30 % през февруари/март 2021 г. (фигура 14). Повечето от тези консултации обаче са неофициални и не се заплащат от НЗОК. Поради това не е ясно дали те ще продължат да се използват, след като вече е приключила пандемията.

Фигура 14. Броят на българите, които са ползвали здравни услуги от разстояние по време на пандемията, се увеличава между лятото на 2020 г. и пролетта на 2021 г.



Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена. Ниска надеждност на данните за 2021 г. от Кипър, Латвия и Малта, както и на данните за 2020 г. и 2021 г. от Люксембург поради малкия обем на извадките.

Източник: Eurofound (2022).

Приета е Национална карта на дългосрочните потребности от здравни услуги с цел да се елиминират регионалните различия в достъпа

В България са налице регионални различия по отношение на здравните услуги и медицинския персонал. Лекарите са концентрирани в градски райони с по-висока икономическа активност и в близост до медицински университети. Заедно със значителния брой легла за активно лечение и недостига на ОПЛ и медицински сестри (вж. раздел 4) това влошава достъпа до извънболнична помощ в повече селски райони. В началото на 2023 г. е приета Национална карта на дългосрочните нужди от здравни услуги, за да се насочат бъдещите инвестиции към по-справедливо и устойчиво регионално развитие и да се осигури по-добър достъп до здравни услуги в дългосрочен

план. Тази мярка е в съответствие с Националната здравна стратегия 2021–2030 г. и отразява програмата за реформи, предвидена в Националния план за възстановяване и устойчивост (вж. раздел 5.3). В процес на разработване е допълнителна карта, очертаваща достъпността до фармацевтични грижи. Наред с това Министерството на здравеопазването и няколко области въвеждат пилотния проект „Лекари в малки и отдалечени населени места“, по линия на който специалисти от областни болници предоставят услуги на жителите на малки населени места с недостатъчно обслужване. Тази инициатива ще бъде разширена в рамките на Националния план за възстановяване и устойчивост чрез амбулаторни практики с персонал от лекар и медицинска сестра в малки населени места (вж. раздел 5.3).

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

5.3 Издръжливост

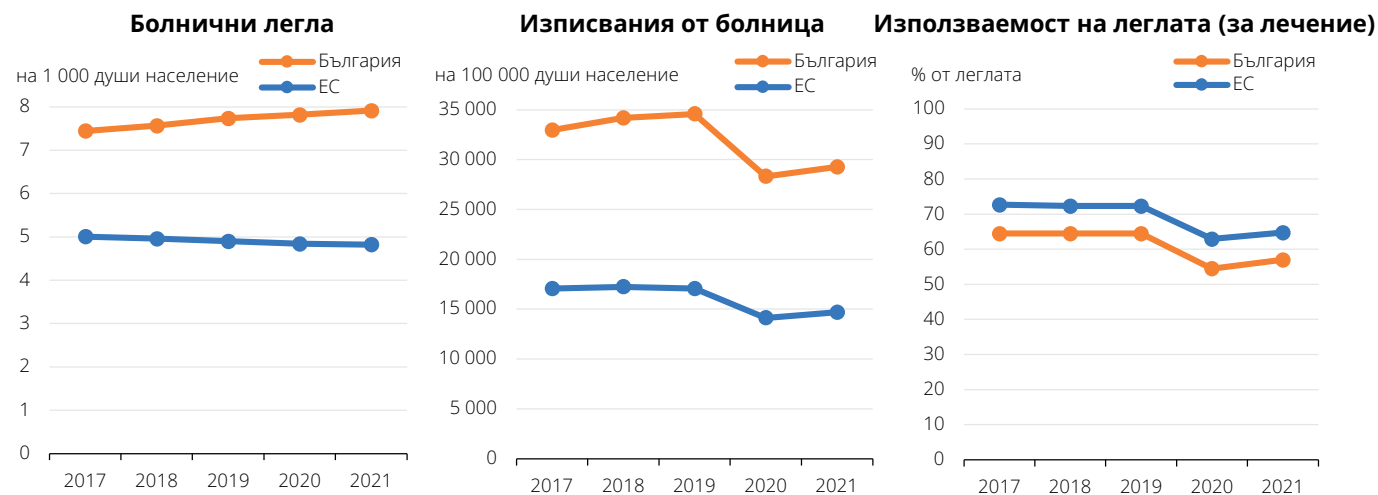
Пандемията от COVID-19 доведе до най-сериозните нарушения на функционирането на здравните системи през последните десетилетия. Тя разкри уязвимостите и предизвикателствата в стратегиите за подготвеност при спешни ситуации на държавите и способността им да предоставят здравни услуги на населението си. В отговор на трайните последици от пандемията – както и на други неотдавнашни кризи, като например повишаването на разходите за живот и въздействието на конфликти като войната срещу Украйна – държавите прилагат политики за облекчаване на непрекъснатия натиск върху предоставянето на услуги, инвестират във възстановяването и издръжливостта на здравните системи⁴, подобряват критичните области на здравния сектор и укрепват готовността си за бъдещи сътресения.

Дейността на болниците е била засегната от пандемията от COVID-19

България е на едно от първите места в ЕС по брой болнични легла и изписани от болница пациенти на

глава от населението. През 2021 г. броят на болничните легла достига 7,9 легла на 1000 души, което е над средната стойност за ЕС от 4,8 легла на 1000 души. Броят на изписаните от болница пациенти, който се увеличава от 2016 г. насам, намалява значително по време на пандемията – от 34 585 на 100 000 души до 28 322 на 100 000 души, но е останал най-високият в ЕС и два пъти над средната стойност за ЕС – 14 343 на 100 000 души. Между 2020 г. и 2021 г. този брой отбелязва известно нарастване – до 29 269 на 100 000 души (фигура 15). Същевременно с равнище от 57 % през 2021 г. средният показател на запълване на капацитета на леглата е на пето място сред най-ниските в ЕС, където средната стойност е 65 %. Тези показатели предполагат наличието на голям свободен капацитет в болничните заведения, който по време на пандемията се е разширил поради преустановяването и ограничаването на плановите хоспитализации, нежеланието на пациентите да постъпят за болнично лечение и промените в броя на леглата и ресурсите.

Фигура 15. През първата година на пандемията броят на изписаните от болница пациенти отбелязва рязък спад



Забележка: Средната стойност за ЕС не е претеглена.

Източници: статистически данни на ОИСП за здравеопазването за 2023 г.; база данни на Евростат.

Няма резултат от усилията за подобряване на процента на ваксинация с втората бустерна доза срещу COVID-19

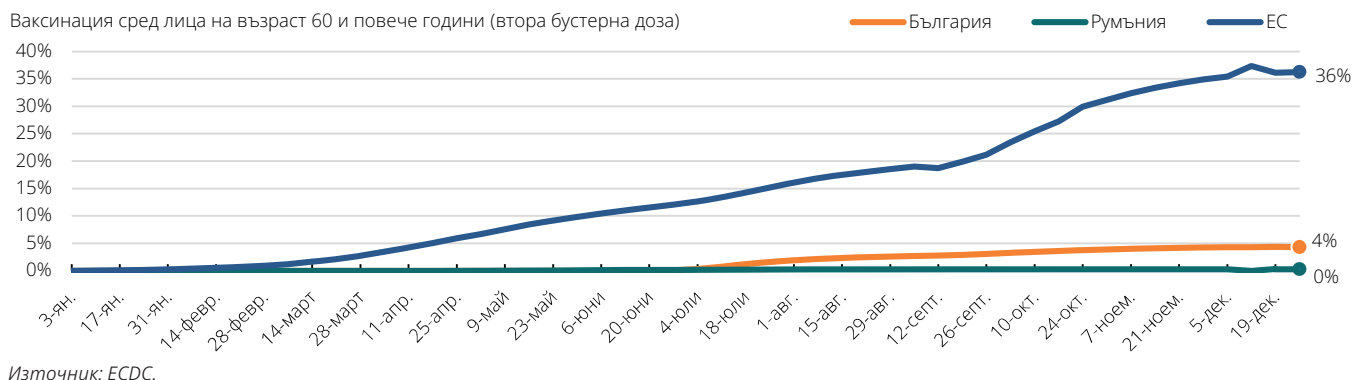
През 2022 г. само 4 % от лицата над 60-годишна възраст в България са ваксинирани с втората бустерна доза срещу COVID-19 в сравнение с 36 % в ЕС (фигура 16). Въпреки че в края на 2021 г. са въведени финансови стимули за втора бустерна доза за лицата в напреднала възраст, това не води до значително повишаване на процента на ваксинация. Ниските равнища съответстват на бавното изпълнение на плана за имунизация срещу COVID-19 като цяло: към август 2021 г. приблизителният дял от българското население с поставени две дози ваксина срещу COVID-19 (или техен еквивалент) е 17 % в сравнение с 54 % в целия

ЕС. За това допринасят няколко фактора, сред които са нарастващото нежелание и колебания относно ваксинацията, обусловени от все по-честата поява на конспиративни теории във връзка с ваксината срещу COVID-19, недостатъчните усилия за комуникация и поляризацията на научните, обществените и политическите становища.

За да се подпомогне преодоляването на дългосрочните последици от COVID-19 върху здравето, през 2022 г. е въведена нова клинична пътека за болнична помощ за пациенти с усложнения след прекаран COVID-19, по която се осигуряват физиотерапия, рехабилитация и специализирана медицинска помощ за такива пациенти.

⁴ В този контекст издръжливостта на здравната система се определя като способността ѝ за подготовка за сътресения, справяне с тях (чрез поемане на сътресението, адаптиране и трансформиране) и вземане на поуки от тях (EU Expert Group on Health Systems Performance Assessments, 2020).

Фигура 16. Обхватът на ваксинацията с втора бустерна доза сред лицата в напреднала възраст в България е далеч под средния за ЕС



През 2020 г. разходите за здравеопазване са увеличени значително с цел да се подпомогнат действията на правителството за справяне с пандемията

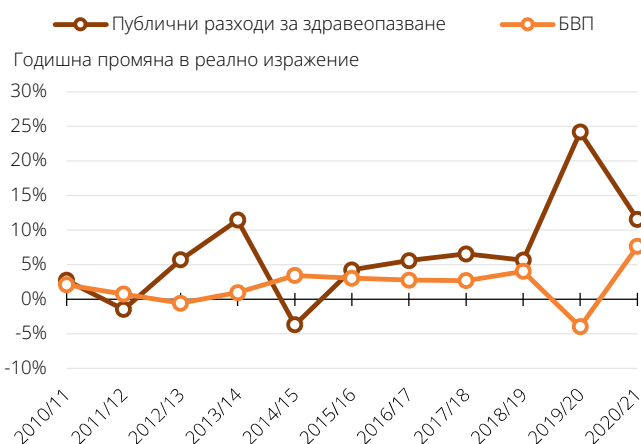
От 2014 г. насам публичните разходи за здравеопазване в България се увеличават непрекъснато. Между 2019 г. и 2020 г. обаче е отбелязано огромно увеличение на публичните разходи за здравеопазване в размер на 24,2 % с цел българското правителство да осигури финансиране за свързаните с COVID-19 здравни мерки, включително тестване, лечение и ваксинации. Същевременно спадът в икономическата дейност по време на пандемията води до свиване на БВП с 4 % през 2020 г. (фигура 17). През 2020–2021 г. ръстът на публичните разходи за здравеопазване отново надвишава този на БВП, но икономическата дейност е възстановена в значителна степен и разликата в темповете на растеж е много по-малка.

През следващите години инвестициите в сектора на здравеопазването ще бъдат увеличени в рамките на Плана за възстановяване и устойчивост на България и политиката на сближаване на ЕС

България получава 6,9 милиарда евро (равняващи се на 9,7 % от БВП) чрез Механизма за възстановяване и устойчивост, за да продължи да се възстановява от пандемията от COVID-19 и да осъществи екологичния и цифровия си преход. В Националния план за възстановяване и устойчивост, в който се определя как ще се изразходва предвиденото финансиране до 2026 г., за здравеопазване са отделени приблизително 5,4 % (или 371 550 000 EUR) от това финансиране. По-голямата част от финансирането е предназначена за модернизиране на болничните заведения, подобряване на лечението на мозъчносъдови заболявания и създаване на система за оказване на спешна медицинска помощ по въздуха. Приоритети са също създаването на амбулатории в отдалечени райони и региони с недостатъчно обслужване, подобряването на националната система за спешни повиквания, електронното здравеопазване и модернизирането на психиатричната помощ (фигура 18).

Тези инвестиции ще бъдат допълнени от реализирането на програмата за политиката на сближаване на ЕС за периода 2021–2027 г., чрез която България

Фигура 17. Въпреки колебанията е налице увеличение на публичните разходи за здравеопазване от 2010 г. насам



ще инвестира общо 219,8 милиона евро в здравната система, като 82 % от тях ще бъдат съфинансирани от ЕС чрез Европейския фонд за регионално развитие⁵. Около две трети от финансирането е предназначено за здравна инфраструктура (34 %) и придобиването на медицинско оборудване (31 %), а останалите средства ще бъдат използвани предимно за насърчаване на иновациите в областта на цифровизацията и електронните здравни услуги.

Електронното здравеопазване е укрепено в рамките на плана за национална здравноинформационна система

Въпреки че плановите за създаване на интегрирана здравноинформационна система в България датират още от 2006 г., през 2018 г. тази система все още се състои от паралелни системи със слаба оперативна съвместимост. През 2019 г. е представен план за внедряване на национална здравноинформационна система, финансирана от ЕС. Ускоряването на тази реформа е катализирано от пандемията от COVID-19: между 2020 г. и 2022 г. в България са въведени електронни медицински направления за болнична и извънболнична помощ, електронни медицински рецепти, електронни медицински досиета, регистри за

⁵ Тези данни за политиката на сближаване на ЕС отразяват състоянието към септември 2023 г.

Фигура 18. Голяма част от средствата по Плана за възстановяване и устойчивост ще бъдат насочени към подобряване на инфраструктурата за болнична и извънболнична помощ



Забележка: Тези данни се отнасят за първоначалния План за възстановяване и устойчивост. Текущото преразглеждане на Плана може да се отрази на неговия размер и състав. Някои елементи са групирани заедно, за да се подобри четливостта на диаграмата.
Източник: Европейска комисия — Набор от показатели за възстановяване и устойчивост.

ваксинациите, както и зелен сертификат за COVID-19 (вж. раздел 5.2). Също така са разработени няколко специализирани системи, като например електронна система за проследяване и анализ на лекарствените продукти, система за закупуване на лекарствени продукти от лечебните заведения и информационна система за контрол и мониторинг на решенията за временна неработоспособност. В рамките на Националния план за възстановяване и устойчивост на България се подкрепя внедряването на национална здравноинформационна система и разработването на платформа за медицинска диагностика.

Продължават усилията за прехвърляне на определени услуги от болнични към амбулаторни условия

В България са въведени няколко мерки за подобряване на ефективността, които са с различна степен на успеваемост. През 2015 г. е въведена оценка на здравните технологии за включването на нови лекарствени продукти (с нови международни непатентни наименования) в позитивния лекарствен списък, а през 2021 г. — за медицинските изделия и тяхното ценообразуване. Наред с това през 2016 г. в България започва прехвърлянето на избрани услуги при определени заболявания от болнични към амбулаторни условия, като дейностите по някои клинични пътеки, за които преди това се е изисквал престой в болница, са променени на дейности, които могат да се извършват в амбулаторни условия. В списъка на тези дейности влизат перитонеалната диализа, системното медикаментозно лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания, повечето малки хирургически процедури и инвазивните диагностични изследвания. Въпреки тези усилия болничният сектор в България се разраства — предимно вследствие на разрастването на частния сектор.

Подпомагането по линия на ЕС е насочено и към усилията на България за укрепване на ролята на първичната и интегрираната медицинска помощ

Първичната медицинска помощ е недостатъчно финансирана и ресурсно обезпечена, характеризира се с недостиг на ОПЛ и медицински сестри (вж. раздел 4) и липса на стимули за работа в екип и координация със специализираната медицинска помощ. Положените досега усилия за укрепване на първичната медицинска помощ, като например заплащания за профилактични прегледи и финансови стимули за осигуряване на профилактика в отдалечени райони, имат ограничен успех. С цел да се стимулира предоставянето на услуги за профилактика, през 2023 г. плащанията на ОПЛ са обвързани с броя на лицата, които са преминали годишни профилактични прегледи в дадена лекарска практика.

При усилията за интегриране на грижите се наблюдават и предизвикателства, свързани с управлението и координацията. Например през 2015 г. е създаден нов вид лечебно заведение: държавни центрове, предоставящи комплексни здравно-социални услуги на деца с увреждания и хронични заболявания, които работят чрез договори с други заведения за извънболнична и болнична помощ. Досега са създадени само 10 подобни центъра.

Националният план за възстановяване и устойчивост на България съдържа реформи за модернизирване и укрепване на предоставянето на първична и извънболнична помощ на територията на цялата държава, включително чрез приемане на национална стратегия и свързан с нея план за действие (Council of the European Union, 2022).

Неравномерното разпределение на лекарите в различните медицински специалности и малкият брой медицински сестри затрудняват достъпа до първична медицинска помощ

При равнище от 22,7 на 100 000 души население през 2021 г. броят на завършилите висше медицинско образование на глава от населението в България е по-голям от средното за ЕС равнище от 17,5 на 100 000 души (фигура 19). От 2010 г. насам този брой постепенно нараства, като към 2018 г. е отбелязан рязък скок, дължащ се на увеличения капацитет на висшите учебните заведения по медицина и на намаляването на населението. Въпреки високите равнища е налице неравномерно разпределение на завършилите висше медицинско образование в различни специалности, като има недостиг на специалисти и специалисти по обща медицина, инфекциозни болести, анестезиология и интензивно лечение (вж. раздел 4). Налице са също така трудности при набирането на дипломирани лекари, които да заменят застаряващата работна сила в селските райони. С цел разрешаване на този проблем работните и финансовите договорености за финансираните от държавата медицински специалности са коригирани, така че да се осигури по-голяма гъвкавост при избора на работа. Въпреки че целта е да се привлекат и задържат млади лекари в определени специалности, има вероятност тази мярка да има последици върху регионалната достъпност до здравни услуги.

През 2021 г. броят на дипломираните медицински сестри в България е 8,0 на 100 000 души население в сравнение със средната стойност за ЕС от 44,3 на 100 000 души (фигура 19). Освен малкия брой на приетите в университетите студенти професията на медицинската сестра се смята за непривлекателна и поради лошите условия на труд и ниското заплащане. Поради това през 2019 г. са увеличени минималните стартови заплати на медицинските сестри, работещи в държавните болници. През 2021 г. са въведени самостоятелни практики на лекарски асистенти, медицински сестри, акушерки или рехабилитатори (с необходимия опит), които могат да предоставят (индивидуално или групово) определени дейности, свързани със здравни грижи, промоция на здравето и профилактика на болестите, включително по домовете. Целта е да се увеличи достъпът до първична медицинска помощ и да се повиши привлекателността на тези професии. Поради липсата на определено публично финансиране обаче броят на посочените практики е много малък, като те са съсредоточени в по-големите градове.

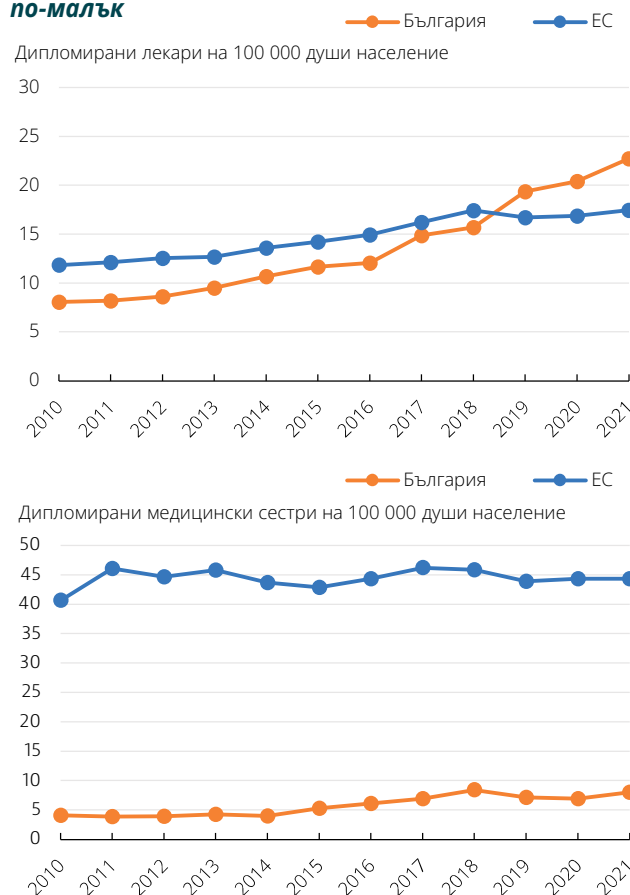
Потреблението на антибиотици в България е сред най-високите в ЕС

Антимикробната резистентност е сериозен проблем за общественото здраве в ЕС, като според приблизителни оценки около 35 000 смъртни случая в ЕС/ЕИП се дължат на инфекции, причинени от резистентни към антибиотици бактерии, а свързаните с медицинското обслужване разходи възлизат на около 1,1 милиарда евро годишно (OECD/ECDC, 2019). Тъй като прекомерното предписване и прекомерната употреба на антибиотици при хората допринасят значително за развитието на резистентни към антибиотици бактерии, данните за потреблението на антибиотици са полезен инструмент за оценка на риска от антимикробна резистентност

и на ефикасността на програмите за насърчаване на подходящата им употреба.

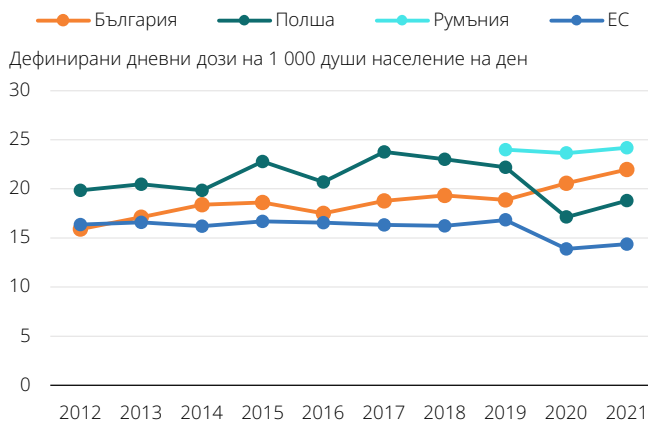
През 2021 г. потреблението на антибиотици в извънболнични условия е възлизало на 22,0 дефинирани дневни дози на 1000 души население на ден в България, което е едно от най-високите равнища в ЕС (фигура 20).

Фигура 19. Броят на дипломираните лекари в България е по-голям от средния за ЕС, но броят на дипломираните медицински сестри е много по-малък



Източници: статистически данни на ОИСП за здравеопазването за 2023 г.; база данни на Евростат.

Фигура 20. Потреблението на антибиотици в България е значително над средното за ЕС



Забележка: Средната стойност за ЕС не е претеглена.
Източник: ECDC ESAC-Net.

Наред с това малко над 60 % от употребяваните в България антибиотици са включени в списъка за наблюдение на СЗО, обхващащ антибиотиците, които следва да се употребяват само за определен и ограничен брой показания. През 2017 г. е разработен

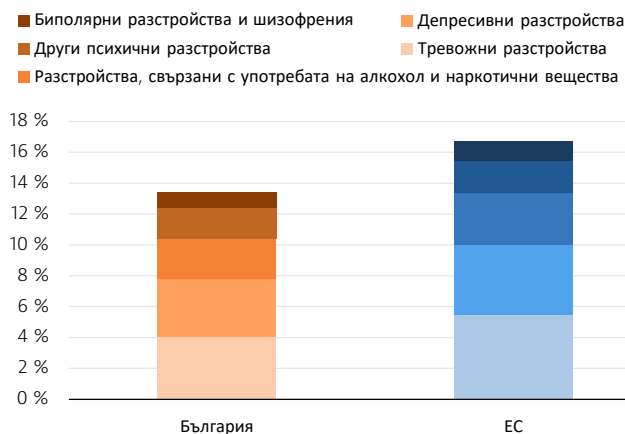
проект на национална програма за рационална употреба на антибиотиците и надзор на антибиотичната резистентност (2017–2021 г.), който все още не е актуализиран и приет.

6 Фокус върху психичното здраве

Тежестта на психичните заболявания в България е значителна

Икономическите разходи за психично здраве в България през 2015 г. са значителни, като приблизителният размер на преките и непреките разходи се равнява на 2,4 % от БВП (около 1,1 милиарда евро), но е под средния за ЕС 4,1 % (607 милиарда евро) (OECD/EU, 2018). Според оценки, изготвени от Института за измерване и оценка на здравето (ИНМЕ), през 2019 г. от психични разстройства са страдали 13 % от българите (около 904 000 души), което е под средната за ЕС стойност от 17 %. Най-често срещани са тревожните и депресивните разстройства (всяко от тях се оценява като засягащо 4 % от населението) и разстройствата, свързани с употребата на алкохол и наркотични вещества (3 %) (фигура 21).

Фигура 21. През 2019 г. почти всяко осмо лице е имало проблем с психичното здраве



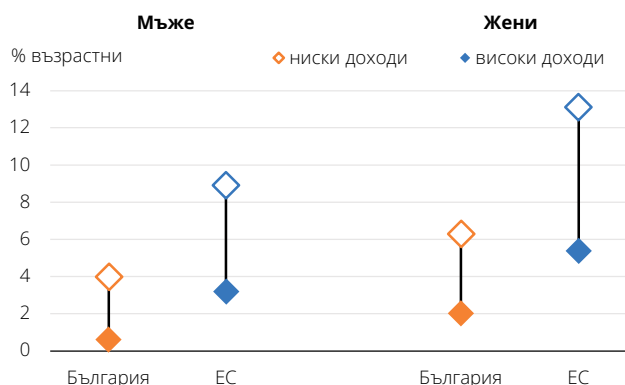
Източник: ИНМЕ (данните се отнасят за 2019 г.).

Възрастните са съобщили за по-ниски равнища на депресия от средното за ЕС преди пандемията от COVID-19

Данни от Европейската система за здравно интервю (EHIS) за 2019 г. показват, че 2,7 % от пълнолетните българи съобщават за депресия, което е по-малко от половината от средната стойност за ЕС от 7,2 %. Подобно на останалите държави в ЕС са налице значителни различия по отношение на доходите и пола. През 2019 г. повече жени (3,5 %), отколкото мъже (1,9 %) заявяват, че страдат от депресия, като процентът на жените в квинтила с най-нисък доход е над три пъти по-висок от тези в квинтила с най-висок доход. При мъжете е налице почти седемкратна разлика в процента на депресия между лицата в квинтите с най-нисък и най-висок доход (фигура 22).

Връзката между ниските доходи и влошеното психично здраве се запазва и по време на пандемията от COVID-19. Според проучването на Eurofound „Живот, работа и COVID-19“ (Eurofound, 2021) почти 63 % от живеещите в българските домакинства лица, които са съобщили за финансови затруднения, са изложени на риск от депресия по време на пандемията в сравнение с 62 % в целия ЕС. В България 30 % от лицата в домакинствата, които не са съобщили за такива затруднения, са изложени на риск от депресия, докато в ЕС този процент е 37.

Фигура 22. Жените и лицата с най-ниски доходи по-често съобщават за депресия

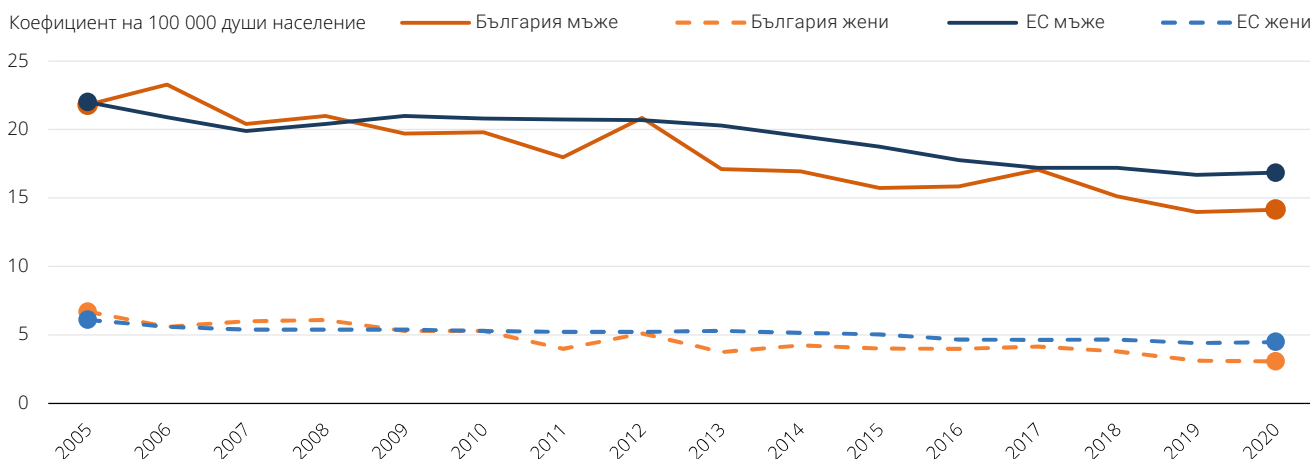


Забележка: Високият доход се отнася за лицата в квинтила с най-висок доход (20 % от населението с най-висок доход), докато ниският доход се отнася за лицата в квинтила с най-нисък доход (20 % от населението с най-нисък доход).

Източник: база данни на Евростат (въз основа на EHIS за 2019 г.).

Броят на самоубийствата в България е сравнително нисък и намалява

От 2008 г. насам коефициентът на смъртност поради самоубийство е до голяма степен под средните стойности за ЕС както при мъжете, така и при жените (фигура 23), като при мъжете той е по-висок, отколкото при жените. През 2013 г. е въведена Националната програма за превенция на самоубийствата в България (2013–2018 г.) – отчасти и поради увеличения брой самоубийства през 2012 г. Опасенията, че броят на самоубийствата ще се увеличи по време на COVID-19, не се оправдават: той е останал на стабилно равнище от 3 смъртни случая на 100 000 жени и 14 на 100 000 мъже. Около 80 % от самоубийствата са сред хората на възраст 45 и повече години.

Фигура 23. Броят на самоубийствата сред мъжете в България е значително по-висок от този сред жените

Източник: база данни на Евростат.

Фрагментираното и ограничено финансиране представляват риск за непрекъснатостта на здравните услуги и за достъпа до тях

Психиатричното здравеопазване в България е силно институционализирано — болнична помощ се предоставя в 12 психиатрични болници, които в повечето случаи се намират на значително разстояние от домовете на пациентите. Извънболнични специализирани услуги в областта на психичното здраве се предлагат от индивидуални или групови психиатрични практики, както и от психиатрични кабинети в диагностично-консултативни и медицински центрове. От 2010 г. насам мрежа от 12 центъра за психично здраве предоставя цялостна профилактична, първична, извънболнична и болнична помощ, както и различни социални услуги, предимно в градските райони. Психосоциална рехабилитация и материална и социална подкрепа за лицата с психични разстройства се осигуряват от общините. Неправителствени организации предлагат лечение на хора с проблеми, свързани със злоупотреба със субстанции.

За специализираните услуги, финансирани от НЗОК, пациентите се нуждаят от направление от личния лекар. Специалистите заверяват протоколи за предписване на лекарствени продукти, които трябва да бъдат одобрени от специална комисия, когато е необходимо скъпоструващо лекарствено лечение. Когато са регистрирани при психиатър, пациентите могат да бъдат консултирани между 4 и 12 пъти годишно. През 2019 г. държавата започва да покрива извънболничните услуги за неосигурените лица. НЗОК поема разходите за избрани лекарствени продукти, като само някои от тях (например за шизофрения и биполарно афективно разстройство) се покриват напълно, докато други се възстановяват до 50 % или 75 %. Всички психологически услуги се покриват с частни разходи.

В рамките на общоевропейско проучване, проведено през пролетта на 2021 г. и пролетта на 2022 г., 24 % от респондентите съобщават за неудовлетворени потребности от здравни услуги, като 5 % от тези потребности са свързани с психичното здраве (фигура 24).

През 2021 г. в България е приета Национална стратегия за психично здраве 2021–2030 г., в която се дава приоритет на интегрирането на междусекторните политики за подобряване на качеството и координацията на услугите, както и на достъпа до тях. В стратегията се предлагат комплексни услуги в общността за лечение на тежки психични заболявания, центрове за лечение на хранителни разстройства, както и мерки за подобряване на достъпа до лечение за децата и подрастващите и за хората в напреднала възраст.

Фигура 24. Около една двадесета от съобщените неудовлетворени потребности от здравни услуги по време на пандемията са свързани с психичното здраве

Забележка: На участниците в проучването е бил зададен въпросът дали в момента имат неудовлетворени потребности от здравни услуги и при положителен отговор да посочат конкретния им вид, включително грижи за психичното здраве.

Източник: Eurofound (2022).

7 Основни констатации

- Въпреки нарастването на очакваната продължителност на живота при раждане в България преди пандемията от COVID-19, между 2019 г. и 2021 г. тя е спаднала с 3,7 години до 71,4 години – най-ниското равнище в ЕС и най-ниското в България за последните две десетилетия. Макар че очакваната продължителност на живота се повишава и през 2022 г. достига 74,3 години, тя продължава да е най-ниската в ЕС. Основните причини за смърт през 2021 г. са сърдечно-съдовите заболявания като инфаркт и исхемична болест на сърцето, както и COVID-19. Високите равнища на свръхсмъртност през 2020–2022 г. също дават основание да се предположи, че пряката смъртност, дължаща се на COVID-19, е отчетена в недостатъчна степен и че е налице непряка смъртност, дължаща се на COVID-19 – вероятно поради отлагане или въздържане от използването на медицинска помощ.
- През 2020 г. в България са отчетени високи равнища на смъртност, предотвратима чрез добра превенция и профилактика, които се дължат на COVID-19, инфаркт, исхемична болест на сърцето, рак на белия дроб и заболявания, свързани с употребата на алкохол. За тях допринасят и поведенческите рискови фактори – особено високите равнища на тютюнопушене, непълноценното хранене и ниската физическа активност. За разлика от спада в целия ЕС, между 2018 г. и 2020 г. предотвратимата чрез добро лечение смъртност в България се увеличава и понастоящем е повече от два пъти над средната стойност за ЕС.
- Разходите за здравеопазване на глава от населението се увеличават, но при равнище от 1708 EUR през 2021 г. са по-ниски от половината от средното за ЕС ниво от 4028 EUR. Публичното финансиране за здравеопазване, чието равнище е 65 %, е едно от най-ниските в ЕС, което означава, че директните плащания са много големи – техният дял е 34 % от текущите разходи за здравеопазване, т.е. най-високият в ЕС.
- Освен последиците от директните плащания върху финансовата достъпност на здравеопазването достъпът до здравно обслужване е възпрепятстван от още няколко предизвикателства. Приблизително 12 % от населението не е здравноосигурено, а в някои случаи тримесечните квоти за броя на направленията за специализирана помощ ограничават достъпа до здравеопазване. Налице е също така неравномерно разпределение на услугите и работната сила по населени места и професии, като лекарите и болничните заведения са съсредоточени в урбанизирани райони. Заедно със значителния брой легла за активно лечение и недостига на общопрактикуващи лекари и медицински сестри достъпът до извънболнична помощ в селските райони е затруднен. Национална карта на дългосрочните нужди от здравни услуги за 2023 г. има за цел да се премахнат регионалните неравенства в здравеопазването, включително по отношение на неговата достъпност.
- Равнищата на скрининг за рак в България са сред най-ниските в ЕС, като са налице значителни социално-икономически и географски различия. Тези равнища се дължат на слабата обществена осведоменост, непоследователното прилагане и липсата на финансови ресурси. Допълнителна пречка пред първичната профилактика на онкологичните заболявания е пандемията от COVID-19. Ниските равнища на скрининг, смъртността от онкологични заболявания и ниският брой профилактични прегледи показват, че е налице недостатъчно диагностициране и че съществуват трудности при предоставянето на ефикасно здравно обслужване. В началото на 2023 г. е приет първият Национален план за борба с рака в България, който има за цел да се подобри профилактиката и управлението на онкологичните заболявания.
- Вследствие на пандемията от COVID-19 България е укрепила здравноинформационната си система, насочена към подобряване на достъпа до здравни услуги, тяхната координация и непрекъснатост. В рамките на националната здравноинформационна система, финансирана от ЕС, между 2020 г. и 2022 г. са въведени няколко елемента на цифровото и електронното здравеопазване, включително електронни медицински направления, електронни медицински рецепти, електронни медицински досиета и специализирани системи за проследяване и анализ на лекарствените продукти. В Плана за възстановяване и устойчивост на България и в политиката на сближаване на ЕС е предвидено осигуряването на допълнително финансиране и структура за тези действия.
- Наличните данни сочат, че в България е налице значителна, но сравнително ниска тежест на психичните заболявания. Най-разпространени са тревожните и депресивните разстройства и разстройствата, свързани с употребата на алкохол и наркотични вещества. Равнището на разпространение на депресиите преди пандемията е по-ниско от средното за ЕС, но със значителни различия по доходи и пол. Българската система за психично здраве обичайно се основава на болнична психиатрична помощ, но Националната стратегия за психично здраве 2021–2030 г. има за цел да се укрепят комплексните услуги в общността, особено за уязвимите групи от населението.

ОСНОВНИ ИЗТОЧНИЦИ

Dimova A, et al. (2022), Bulgaria: Health System Summary, 2022. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

ИЗПОЛЗВАНИ ИЗТОЧНИЦИ

Министерство на финансите (2021), Писмен отговор на министъра на финансите на въпрос на народен представител относно броя на здравнонеосигурените лица. София, <https://www.minfin.bg/bg/wreply/11448>.

Council of the European Union (2022), ANNEX to the Council Implementing Decision on the approval of the assessment of the recovery and resilience plan for Bulgaria. Brussels.

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

Eurofound (2021), Living, working and COVID-19 survey, rounds one, two and three (spring 2020, summer 2020 and spring 2021). Dublin, <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey>.

Eurofound (2022), Living, working and COVID-19 survey, rounds four and five (November 2021 and May 2022). Dublin, <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey>.

EU (2022), Special Eurobarometer 523 (March-April 2022): Corruption. Luxembourg, <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2658>.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): <https://data-browser.hbsc.org>

OECD (2023), EU Country Cancer Profile: Bulgaria 2023. Paris, OECD Publishing.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial resistance: tackling the burden in the European Union. Paris.

WHO Regional Office for Europe (2019), European Health Information Gateway database.

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

Абревиатури на страните

Австрия	AT	Естония	EE	Латвия	LV	Полша	PL	Финландия	FI
Белгия	BE	Ирландия	IE	Литва	LT	Португалия	PT	Франция	FR
България	BG	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
Дания	DK	Кипър	CY	Норвегия	NO	Унгария	HU		

State of Health in the EU

Здравен профил на страната 2023

Здравните профили на държавите са ключов елемент от цикъла „Състояние на здравеопазването в ЕС“ на Европейската комисия — проект за разпространение на информация и знания, разработен с финансова подкрепа от Европейския съюз.

Тези профили са резултат от партньорство между Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и Европейската обсерватория за здравни системи и политики, работейки съвместно с Европейската комисия. Въз основа на последователна методология, използваща както количествени, така и качествени данни, анализът обхваща най-новите предизвикателства и развития в областта на здравната политика във всяка държава от ЕС/ЕИП.

Изданието за 2023 г. на здравните профили на държавите съдържа обобщение на различни критични аспекти, включително:

- текущото здравно състояние в страната;
- определящи здравето фактори със специален акцент върху поведенческите рискови фактори;
- структурата и организацията на здравната система;
- ефективността, достъпността и устойчивостта на здравната система;
- За първи път в поредицата — отчет за състоянието на психичното здраве и свързаните с него услуги в страната.

Допълващ основните констатации в здравните профили на държавите е Обобщеният доклад на Европейската комисия.

За допълнителна информация вж.:
ec.europa.eu/health/state

Моля, цитирайте тази публикация като:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
България: Здравен профил на страната 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264717800 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (онлайн)