Европейска комисия









State of Health in the EU

България

Здравен профил за страната 2017

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Поредицата профили на държавите

С профилите на държавите се предоставя кратък и свързан с политиката преглед на здравето и системите на здравеопазването в държавите-членки на ЕС, като се подчертават особеностите и предизвикателствата във всяка държава. Тяхното предназначение е да подкрепят усилията на държавите-членки при разработването на политики, основани на факти.

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 държавите-членки и Мрежата за *Health Systems and Policies Monitor.*

Съдържание

1 • АКЦЕНТИ 1

2 • ЗДРАВЕТО В БЪЛГАРИЯ 2

3 • РИСКОВИ ФАКТОРИ 4

4 • СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО 6

5 • ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАЕВОАПЗВАНЕТО 9

5.1 Ефективност 9

5.2 Достъпност 11

5.3 Устойчивост 13

6 • ОСНОВНИ КОНСТАТАЦИИ 16

Източници на данни и информация

Данните и информацията в тези профили на държавите се основават главно на официалните национални статистически данни, предоставени на Евростат и ОИСР, които бяха потвърдени през юни 2017 г., 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 Евростат и здравната база данни на ОИСР. Някои допълнителни данни са получени също и от Института за здравни показатели и оценка (IHME), Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC), изследванията на Здравно поведение на децата в ученическа възраст (HBSC) и Световната здравна организация (СЗО), както и от други национални източници.

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

За да изтеглите електронната таблица в Excel, съдържаща всички таблици и графики в този профил, трябва само да въведете следните електронни препратки StatLink във вашия интернет браузър: http://dx.doi.org/10.1787/888933623628

Демографски и социо-икономически контекст в България, 2015 г.

		България	ЕС
Демографски фактори	Население (в хиляди)	7 178	509 394
	Дял от населението на възраст над 65 години (%)	20,0	18,9
	Коефициент на раждаемост[1]	1,5	1,6
Социално-икономически фактори	БВП на глава от населението (ППС в EUR[2])	13 600	28 900
	Относителен дял на бедните[3] (%)	15,5	10,8
	Коефициент на безработица (%)	9,2	9,4

1. Брой деца, родени на 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 уравнява, като се премахват разликите в равнищата на цените между държавите.
3. Процент на лицата, живеещи с по-малко от 50 % от средния приравнен разполагаем доход.

Източник: базата данни на Евростат.

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

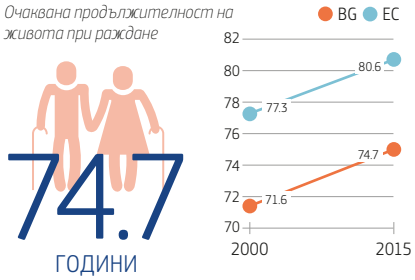
Настоящият документ, както и всички данни и карти, включени в него, не засягат статута или суверенитета на дадена територия, нито определянето на международни граници или името на дадена територия, град или област. Допълнителни сведения за отказ от отговорност на СЗО могат да бъдат прегледани на адрес http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

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

1 Акценти

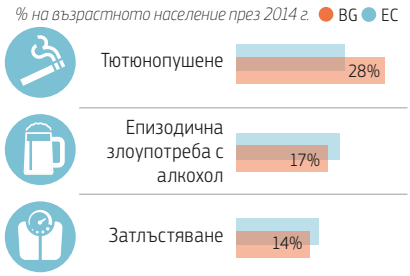
Здравното състояние на хората в България се подобрява по-бавно, отколкото в други държави от ЕС, както показва системно ниската продължителност на живота. С няколко скорошни реформи е направен опит българската система на здравеопазването да бъде отклонена от прекомерното разчитане на болничната помощ и да бъде повишена нейната ефективност. Въпреки това предизвикателствата по отношение на достъпа и качеството остават значителни.

Здравно състояние



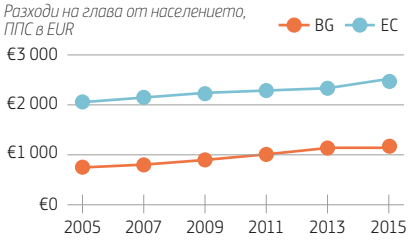
Очакваната продължителност на живота при раждане е била 74,7 години през 2015 г., което е второто най-ниско равнище в ЕС и почти с 6 години под средното за ЕС. Сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания причиняват над четири пети от всички смъртни случаи. Освен това съществуват огромни регионални неравенства, пример за което са шестократните разлики при детската смъртност в различните региони. В България също така са налице големи различия в здравното състояние между социално-икономическите групи.

Рискови фактори



През 2014 г. равнищата на тютюнопушенето са най-високи в ЕС, като 28 % от възрастните в България пушат тютюневи изделия всеки ден. Равнищата на епизодична злоупотреба с алкохол (като мярка за прекомерна консумация на алкохол) са по-ниски в сравнение с другите държави от ЕС, но общото потребление на алкохол на глава от населението е петото най-високо. Разпространението на затлъстяването е ниско, но се увеличава бързо, особено сред юношите. Законодателните усилия за смекчаване на рисковите фактори все още не са ефективни.

Здравна система

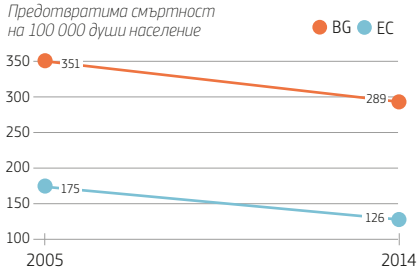


През 2015 г. България е изразходвала за здравеопазване 1 117 EUR на глава от населението, по-малко от половината от средното за ЕС (2 797 EUR). Около половината от общите разходи за здравеопазване се финансират с публични средства и в България има изключително високи директни плащания от потребителите — 48 % — най-високите в ЕС. Около 12 % от населението не е осигурено. Приходите за социалното здравно осигуряване (СЗО) остават ограничени главно поради ниските доходи, големия брой на здравно неосигурените лица и големия размер на неформалния сектор.

Резултати на здравната система

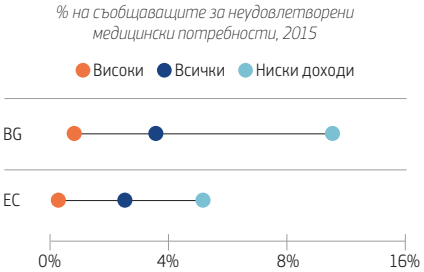
Ефективност

Предотвратимата смъртност в България остава много висока. Заедно с други показатели (например честота на преживяемост, предотвратими хоспитализации), това показва големи възможности за подобряване на качеството и координацията на здравните услуги.



Достъп

Неудовлетворените потребности от медицински грижи сочат проблеми с достъпа по финансови причини във всички квинтили на доходите. Изминаваното разстояние и наличието на лекари остават важни бариери, особено за групите с по-ниски доходи.



Устойчивост



Постигнат е известен напредък по отношение на управлението и отчетността. Предвид широкия спектър от предизвикателства — само някои от които са бързо застаряващото общество, мобилизирането на приходи, професионалната миграция и недостигът на работна сила — посоката на последните реформи е окуражаваща, но е необходимо повече време, за да станат те ефективни.

2 Здравето в България

Очакваната продължителност на живота се е увеличила, но остава под средната за ЕС

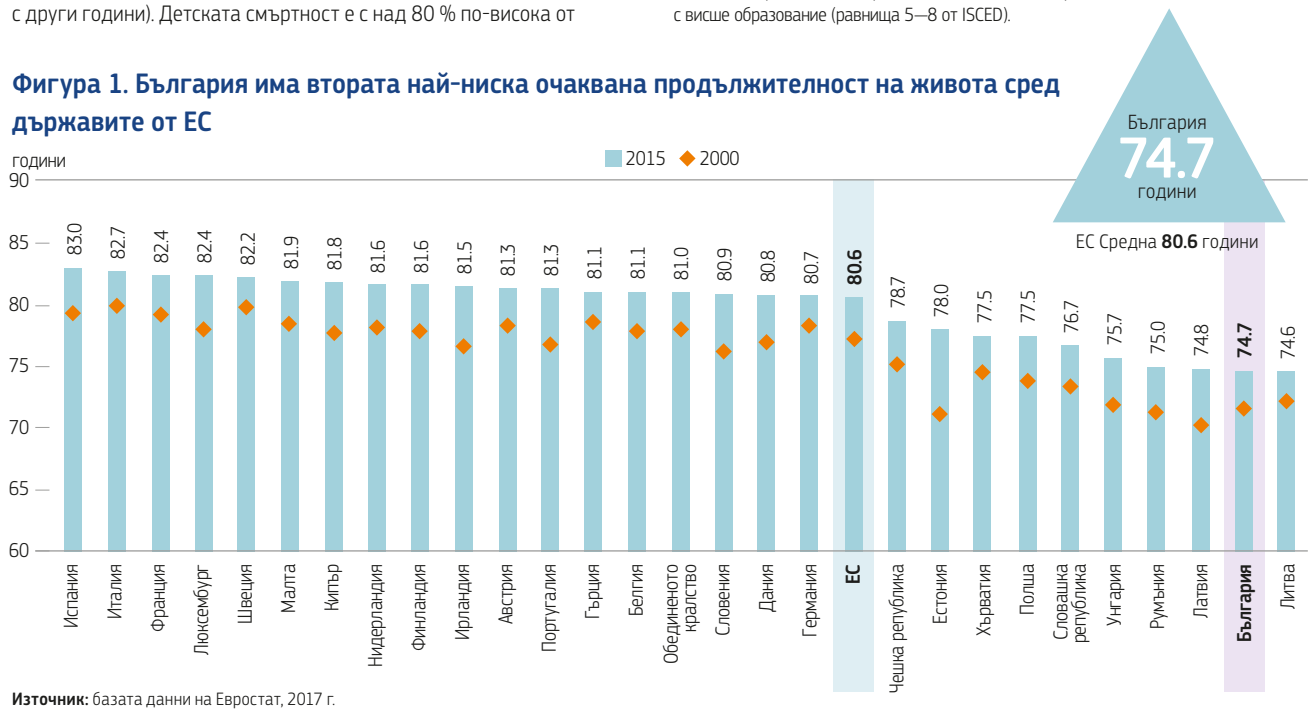
С равнище от 74,7 години очакваната продължителност на живота в България е втората най-ниска в ЕС (след тази в Литва) и с почти 6 години по-ниска от средната за ЕС (фигура 1). Освен това подобренията от 2000 г. насам в продължителността на живота, която е нараснала с 3,1 години, не са толкова бързи, колкото в повечето други държави. Очакваната продължителност на живота на жените остава най-ниска в ЕС, въпреки че жените отбелязват по-голямо увеличение от мъжете. Към 2015 г. разликата между половете е седем години.

България има относително високо равнище на майчината смъртност (въпреки че 12-те смъртни случая на 100 000 раждания, регистрирани през 2013 г., изглежда са изключение в сравнение с други години). Детската смъртност е с над 80 % по-висока от средната за Европа (6,6 смъртни случая на 1 000 живородени спрямо 3,6 през 2015 г.). Нещо повече, през 2016 г. в региона с най-лоши показатели (Ямбол) е регистрирана детска смъртност, която е шест пъти по-висока от тази в региона с най-добри показатели (столицата София) (Национален статистически институт, 2017 г.) (раздел 5.2).

Разликата в продължителността на живота по социо-икономически фактори, като например равнището на образование, е особено голяма в България. Очакваната продължителност на живота при българите с университетско образование е седем години по-висока от тази при завършилите средно образование[1].

1. По-ниските равнища на образование се отнасят до лица с по-ниско от основно образование, с основно образование или първия етап на средното образование (равнища 0—2 от ISCED), докато по-високите равнища на образование се отнася до хора с висше образование (равнища 5—8 от ISCED).

Фигура 1. България има втората най-ниска очаквана продължителност на живота сред държавите от ЕС



Източник: базата данни на Евростат, 2017 г.

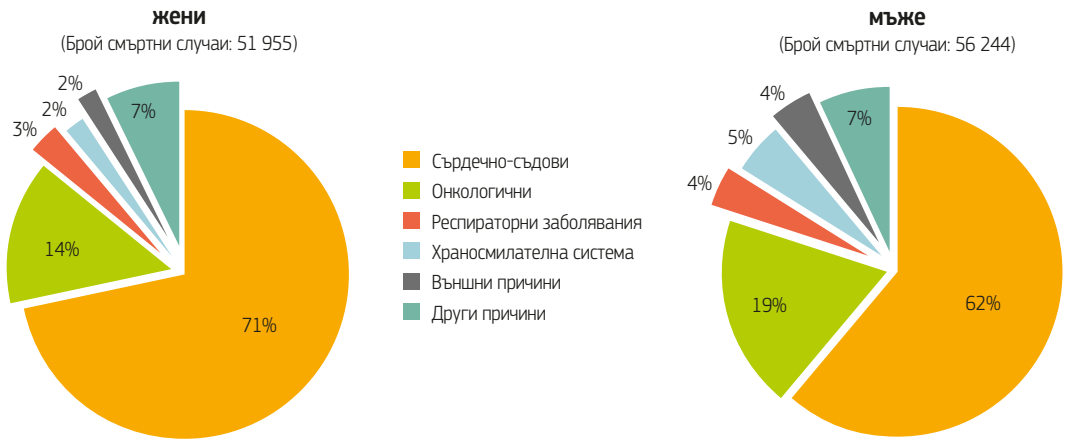
Голяма част от увеличаването на продължителността на живота от 2000 г. насам се отнася до лицата, навършили 65 години, като продължителността на живота на българските жени на 65-годишна възраст достига 17,6 години през 2015 г. (в сравнение с 15,3 години през 2000 г.), а тази на мъжете достига 14,0 години (в сравнение с 12,7 години през 2000 г.). На 65-годишна възраст българските жени могат да очакват да изживеят повече от половината (54 %) оставащи им години живот без увреждания, докато мъжете могат да очакват да изживеят малко по-малко от две трети (62 %) от тях без увреждания[2].

2. Тези данни се основават на показателя „брой на годините живот в добро здраве", който измерва броя на годините, които хората на различна възраст могат да очакват да изживеят без увреждания.

На сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания се дължат над четири пети от всички смъртни случаи

Въпреки спада от 2000 г. насам, смъртните случаи от сърдечно-съдови заболявания остават водеща причина за смърт както за жените, така и за мъжете (фигура 2) и са далеч над средното за ЕС. Онкологичните заболявания са втората водеща причина за смърт, като представляват 19 % от всички смъртни случаи сред мъжете и 14 % от всички смъртни случаи сред жените, което е под средното за ЕС и леко се увеличава. Смъртните случаи от заболявания на храносмилателната система причиняват 5 % от всички смъртни случаи при мъжете (2 % при жените), а смъртните случаи от респираторни заболявания — 4 % при мъжете и 3 % при жените.

Фигура 2. Над 80 % от смъртните случаи при мъжете и жените са причинени от сърдечно-съдови и онкологични заболявания



Забележка: Данните са представени в общата глава на Международна статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето (МКБ). Деменцията беше добавена към главата за болестите на нервната система, за да бъде включена заедно с болестта на Алцхаймер (основната форма на деменция).

Източник: базата данни на Евростат (данните се отнасят за 2014 г.).

Фигура 3. Сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания са основните причини за смърт



Източник: базата данни на Евростат.

Ако разгледаме по-специфичните причини за смърт, водещите причини за смъртност остават сърдечните заболявания и инсултите (фигура 3) и те са три пъти по-високи от средните за ЕС. През 2014 г. смъртните случаи от рак — като ракът на белите дробове е водещата причина за смъртността от рак — са били под средното за ЕС. Смъртните случаи от рак на дебелото черво и рак на гърдата, както и от хронични чернодробни заболявания, са отбелязали стабилен ръст и са над средното за ЕС през 2014 г. От друга страна, положителна констатация е, че смъртните случаи от заболявания на опорно-двигателния апарат, диабет, астма и алергии са далеч под средното за ЕС. И смъртните случаи от деменция (включително болестта на Алцхаймер) са най-ниските в ЕС.

Много хронични заболявания са сред водещите детерминанти на продължителността на живота, коригирана с отчитане на инвалидността (DALY)

Редица състояния, в това число мускулно-скелетни проблеми (включително болки в гърба и шията и остеоартрит), диабет, заболявания на сетивните органи (включително загуба на слуха), заболявания на дихателната система и проблеми на психичното здраве (включително депресия и тревожни разстройства) са водещите причини за загубата на продължителността на живота, коригирана с отчитане на инвалидността (DALY)[3], в България (IHME, 2016).

Въз основа на данни от Европейската система за здравни интервюта (EHIS), 3 от всеки 10 души в България живеят с хипертония, 3 от 100

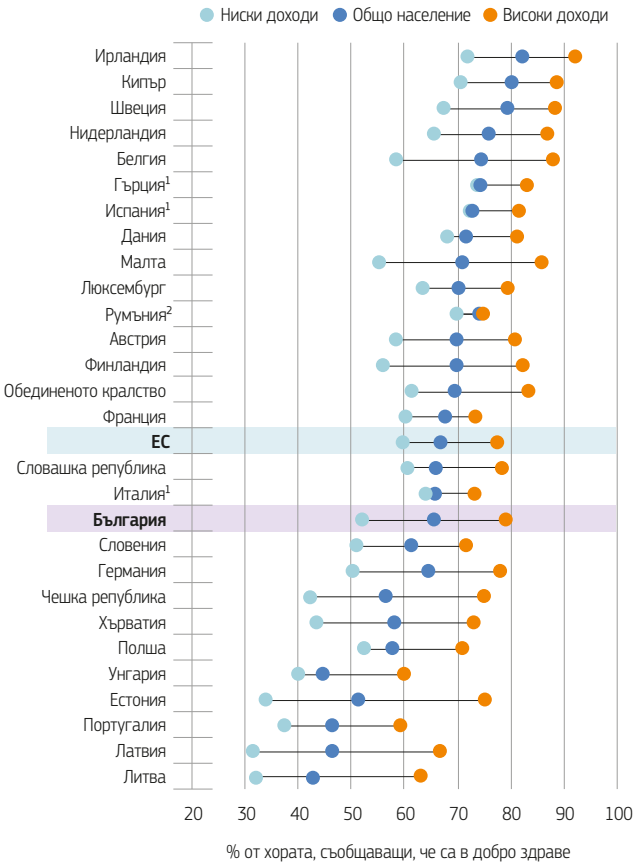
3. DALY е показател, използван за оценка на общия брой загубени години поради специфични заболявания и рискови фактори. Единица DALY се равнява на една изгубена година живот в добро здраве (IHME).

души живеят с астма и 3 от 100 души живеят с хронична депресия (2014 г.). Освен това според лично съобщените данни епизодичните депресивни състояния, които са тежки, са по-разпространени сред българските респонденти, отколкото в ЕС. Съществуват големи различия в разпространението на тези и други хронични заболявания в зависимост от равнището на образование. При хората с най-ниско равнище на образование вероятността да живеят с диабет или астма е почти двукратно по-голяма, отколкото при тези с най-високо равнище на образование[4].

При отчитане на здравното състояние на групите според доходите се наблюдават големи разлики

Като цяло делът на населението, което съобщава, че е в добро здравно състояние (65 %), е близо до средния за ЕС (67 %). Повече мъже, отколкото жени, считат, че са в добро здраве (69 % за мъжете спрямо 62 % за жените). Отново разликата между групите с различно социално-икономическо положение е значителна: едва половината от българите в квинтила на най-ниските доходи считат, че здравето им е добро, в сравнение с четири от всеки пет души в квинтила на най-високите доходи (фигура 4).

Фигура 4. Съществуват големи различия в самооценката на здравното състояние в зависимост от равнището на доходите



Бележки:
1. Дяловете за цялото население и тези за населението с ниски доходи са приблизително еднакви.
2. Дяловете за цялото население и тези за населението с високи доходи са приблизително еднакви.

Източник: базата данни на Евростат, въз основа на статистическите данни на Общността за доходите и условията на живот (EU-SILC) (данните се отнасят за 2015 г.).

4. Неравенствата по отношение на образованието може да се дължат отчасти на по-високия дял на възрастните хора с по-ниски равнища на образование; въпреки това, това само по себе си не обяснява всички социално-икономически различия.

Инфекциозните болести продължават да бъдат предизвикателство

Няколко инфекциозни болести продължават да представляват сериозна заплаха за здравето на българското население. Макар че честотата на съобщенията за случаи на ХИВ остава под средната за ЕС, тя се е увеличила почти пет пъти от 2004 г. насам, което е в разрез с общото намаление в ЕС. Въпреки това смъртността от СПИН остава под средната за ЕС. Освен това, макар че честотата на съобщенията за туберкулоза (ТБ) е два пъти по-висока от средната за ЕС (2015 г.), от 2011 г. насам честотата на новите случаи и случаите на рецидиви е намаляла (с почти 30 %), както и прогнозната смъртност от ТБ на 100 000 души население (с повече от 40 %) (ECDC 2017a). И накрая, вирусът на хепатит B сред кръводарителите, даряващи за първи път, е 3,2 % — един от най-високите в Европа (ECDC, 2017b).

3 Рискови фактори

Високото кръвно налягане, хранителният режим, тютюнопушенето и високият индекс на телесна маса са основни причини за лошото здраве

Лошото здравословно състояние на много българи може да бъде свързано с редица здравни детерминанти, включително условията на живот и труд, физическата среда и поведенческите рискови фактори. Най-малко 40 % от общата тежест на заболяванията в България (измерена по отношение на DALY) може да се отдаде на поведенчески рискови фактори, включително тютюнопушене, консумация на алкохол, рискове, свързани с хранителния режим и ниска физическа активност. От всички рискови фактори рискове, свързани с хранителния режим, тютюнопушенето и високия индекс на телесна маса допринасят най-много за лошото здраве в България (IHME, 2016 г.).

Равнищата на тютюнопушенето и консумацията на алкохол остават значително над средните за ЕС

Разпространението на тютюнопушенето сред българското население е най-високо в ЕС и е с почти седем процентни пункта над средното за ЕС. Не по-малко от 28 % от възрастното население, включително повече от един на всеки трима (35 %) мъже, пушат ежедневно. Равнищата на тютюнопушене сред младежите са сходни: разпространението на тютюнопушенето сред 15-годишните момчета е второто най-високо в ЕС (21 %, след Хърватия), докато 30 % от 15-годишните момичета — най-високото равнище в ЕС — са редовни пушачи (вж. фигура 5). Новите политики за контрол на тютюнопушенето влязоха в сила едва наскоро (вж. раздел 5.1).

Макар че равнищата на епизодична злоупотреба с алкохол[5] са по-ниски в сравнение с другите държави от ЕС, консумацията на алкохол на глава от населението е на пето място в ЕС. Българите са консумирали повече от 12 литра алкохол на глава от населението през 2014 г., което надвишава средната стойност за ЕС с повече от 2 литра. Друг повод за тревога е консумацията на алкохол сред подрастващите, като България отново се нарежда на пето място по отношение на многократно пиянство сред 15-годишните. При момчетата, по лично съобщени данни, тази цифра е с 11 процентни пункта по-висока в България, отколкото в ЕС.

Равнищата на затлъстяване са ниски, но се увеличават сред юношите от мъжки пол

Макар че равнищата на затлъстяване при възрастните са под средното за ЕС, те са се повишили с 25 % от 2008 г. насам. По-обезпокоително е това, че равнищата на наднормено тегло и затлъстяване сред младежите са се повишили с две трети в периодите 2005—2006 г. и 2013—2014 г. и са достигнали 20 %. Макар че този показател се запазва нисък сред момичетата (12 %), разпространението му сред момчетата сега е третото най-високо в ЕС (след Малта и Гърция) и достига 28 %. Тези тенденции са особено обезпокоителни, като се има предвид, че наднорменото тегло и затлъстяването по време на детството е тясно свързано с натрупването на наднормено тегло или затлъстяване като възрастен.

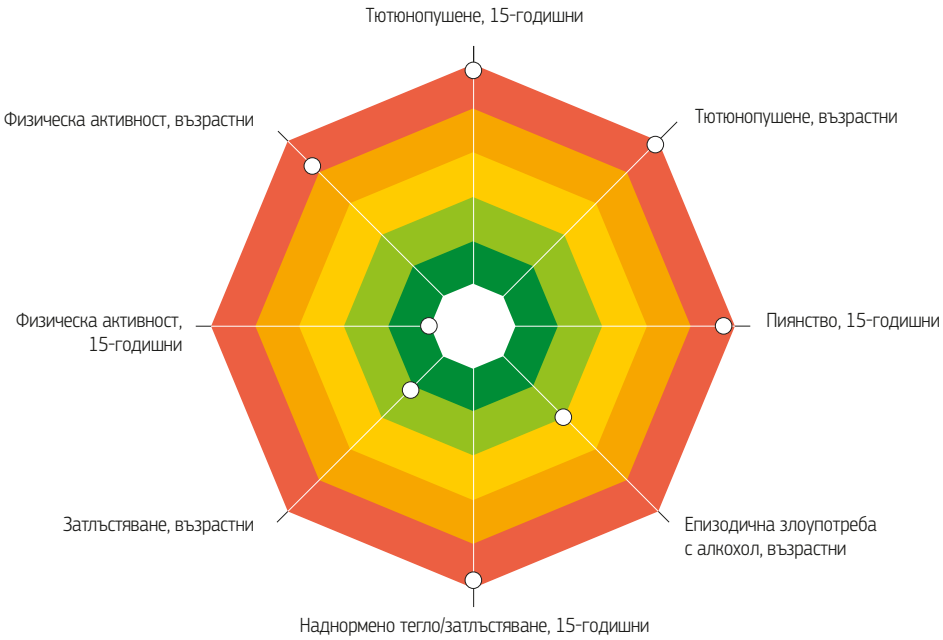
Положителен аспект е това, че по-голям процент момичета и момчета на 15-годишна възраст в България съобщават за редовна физическа активност, отколкото в други държави от ЕС, макар че по-малко от 25 % съобщават за практикуване на умерена до интензивна физическа активност ежедневно.

Някои поведенчески рискови фактори са по-разпространени сред групите с по-ниско равнище на образование или доходи

Групите от населението в неравностойно положение по отношение на доходите или образованието са по-склонни да имат рисково поведение по отношение на здравето.

Това се отнася в особена степен за затлъстяването сред възрастните: коефициентът на затлъстяване при българите с по-ниско образование е с пет процентни пункта по-висок от този при населението с по-високо образование. Повод за безпокойство е налице и при ромското малцинство (5 % от населението), което според някои проучвания е в непропорционално лошо здравословно състояние, фактор, който вероятно е свързан и с проблемите на достъпа (Димитров, 2014 г.) (вж. също раздел 5.2). Бяха направени опити за политики, насочени към намаляване на социално-икономическите неравенства и регионалните неравенства, по-специално регионалните здравни карти (вж. каре 1).

Фигура 5. В сравнение с другите държави от ЕС България има лоши резултати при повечето поведенчески 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 възможност за напредък във всички области.

Източник: изчисления на ОИСР въз основа на базата данни на Евростат (EHIS, периода през или около 2014 г.), статистическите данни на ОИСР за здравеопазването и проучването HBSC през 2013—2014 г. (конфигурация на схемата: Laboratorio MeS).

5. Епизодичната злоупотреба с алкохол се определя като консумирането на шест или повече алкохолни напитки наведнъж поне веднъж месечно през изминалата година.

4 Системата на здравеопазването

Системата за социално здравно осигуряване в България е силно централизирана

През 1998 г. България въведе централизирана система на социално здравно осигуряване, решение, в резултат на трансформацията на страната от централизирана планова икономика в пазарна икономика. Министерството на здравеопазването отговаря за цялостната организация и формулирането на политиката, а Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) е основният купувач в системата. По закон всички граждани са задължително здравно осигурени и имат право на достъп до здравеопазване.

Делът на неосигурените граждани се запазва постоянно висок

През 2013 г. приблизително 12 % от населението не е било обхванато от социалното здравно осигуряване (Договор за консултантски услуги, 2015 г.). Освен това, ако гражданите не са платили три месечни вноски през предходните 36 месеца, те губят своето осигурително покритие. Това излага на риск в особена степен уязвими групи като дългосрочно безработните и бедните. Освен това, някои лица може и да не са наясно, че отговарят на условията за покриване на здравните им вноски от държавата.

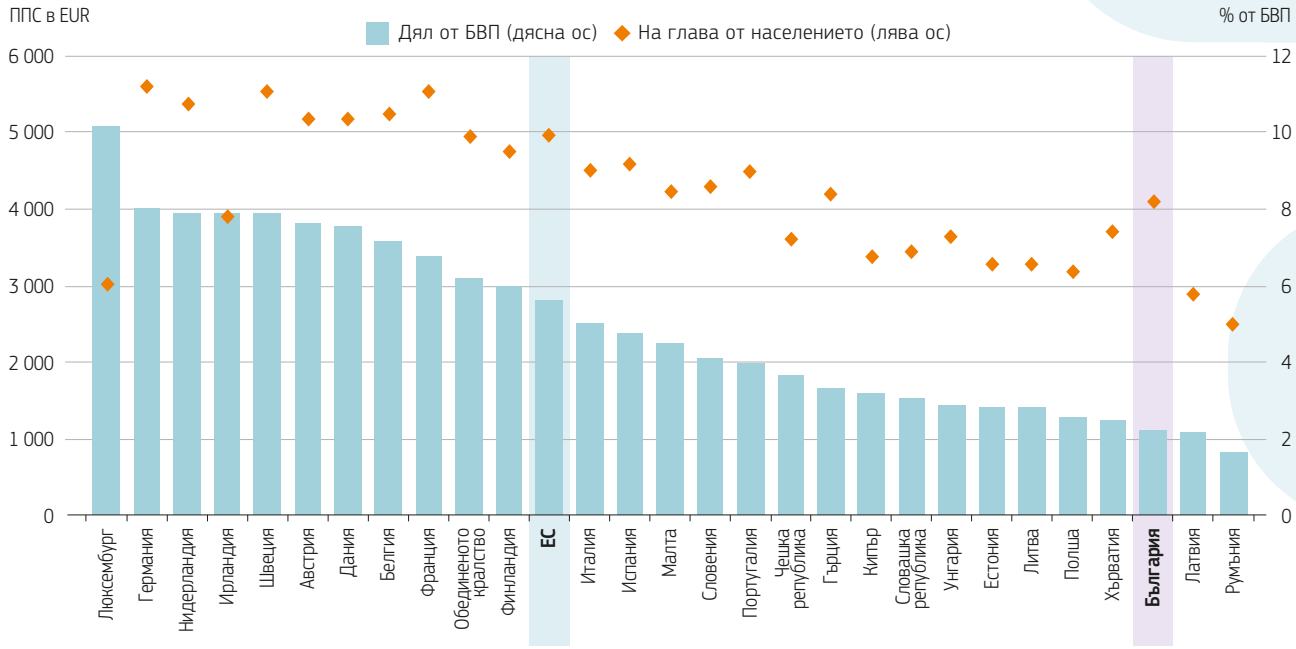
Липсата на осигуряване е особено разпространена сред ромското население, от което 35 % не са здравно осигурени (Договор за консултантски услуги, 2015 г.). Тези данни обаче трябва да се третират внимателно, тъй като системите за регистрация са несъвършени и много от лицата, отчетени като неосигурени, може да живеят в чужбина.

Подобряването на процеса на закупуване и координацията на грижите са ключови цели

Новите реформи са насочени към укрепване на процеса на закупуване в България. Основният купувач на здравни услуги е НЗОК, която работи чрез 28 регионални здравноосигурителни каси. Отношенията между НЗОК и доставчиците са уредени в национален рамков договор, подписван със съсловните организации. От 2015 г. има планове за разрешаване на селективно сключване на договори с болници, ако капацитетът надвишава нуждите на населението, определени в националната и регионалните здравни карти (вж. каре 1).

Освен това с промените в Закона за здравето е въведена концепцията за интегрирана грижа (2015 г.). С този закон е създаден и разрешен нов тип доставчик на здравни услуги, центрове за комплексни услуги за деца с увреждания и хронични заболявания. Въпреки че изпълнението все още не е започнало, чрез него би могло да се преосмисли предоставянето на грижите, .

Фигура 6. България е една от държавите с най-ниски разходи за здравеопазване в Европа



Източник: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването; базата данни на Евростат; Глобалната база данни за разходи за здравеопазване на СЗО (данните се отнасят за 2015 г.).

КАРЕ 1. ЩЕ БЪДАТ ЛИ РЕАЛИЗИРАНИ НАЦИОНАЛНАТА И РЕГИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ КАРТИ?

През 2015 г. бяха въведени националната и регионалните здравни карти като инструмент за определяне на потребностите на населението от извънболнична (или амбулаторна) и болнична помощ. Година по-късно Министерски съвет определи правилата и критериите, по които регионалните подразделения на НЗОК могат селективно да сключват договори с болниците. Тази формална стъпка беше изключително важна, тъй като даде на картите практически смисъл. През май 2017 г. Върховният административен съд отмени тези критерии въз основа на административни и по-скоро технически причини. Това решение, съчетано с несигурността около политиките на новоизбраното правителство (март 2017 г.), увеличава риска от значително забавяне в изпълнението.

Разходите за здравеопазване са много ниски и са силно зависими от преките плащания на потребителите

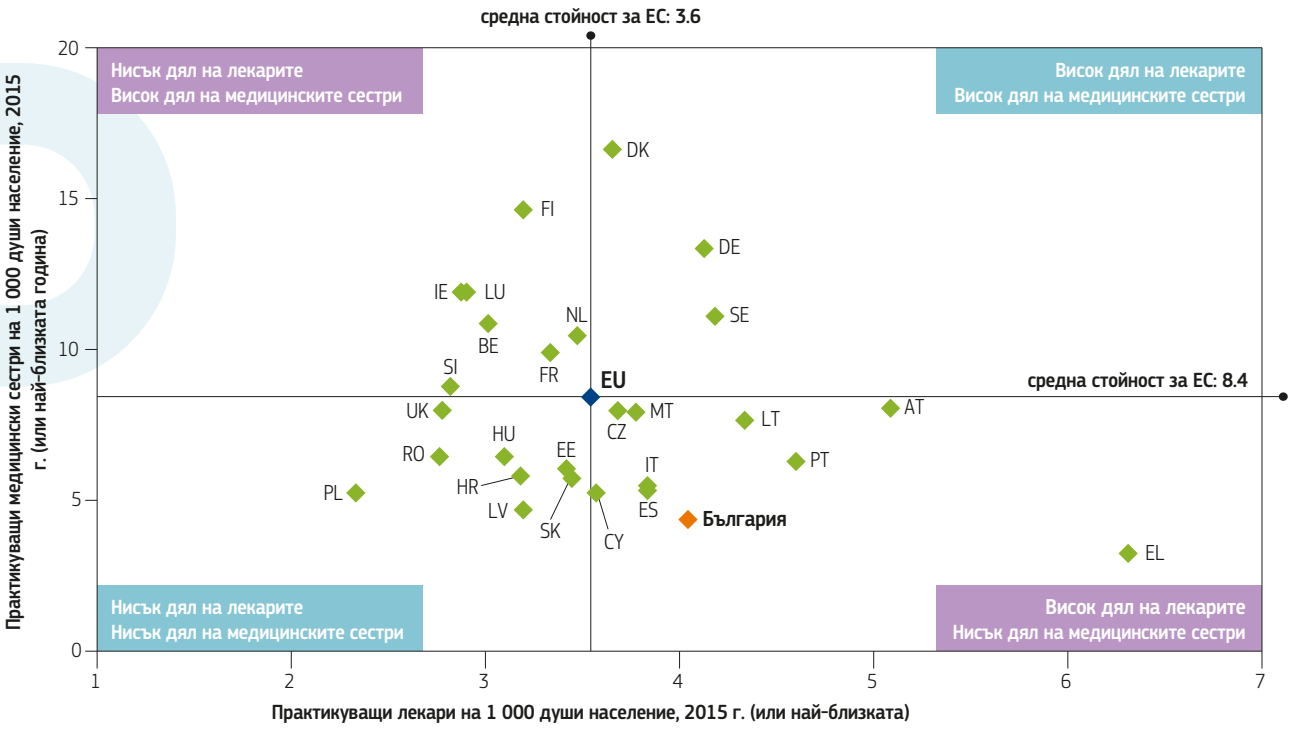
Разходите на България за здравеопазване в размер на 1 117 EUR на глава от населението (коригирани с покупателната способност) са третите най-ниски в ЕС през 2015 г. (фигура 6). Това съответства на 8,2 % от БВП, доста под средната стойност за ЕС от 9,9 %. Около половината (51 %) идват от публични източници, което е вторият най-нисък дял в ЕС след Кипър. През 2017 г. бюджетът на НЗОК е увеличен със 7,7 %, като допълнителните средства са заделени за здравна промоция и укрепване на извънболнична помощ (вж. раздел 5.1).

Равнището на преките плащания в България е най-високото в ЕС. Всъщност преките плащания на потребителите представляват 48 % от разходите за здравеопазване, в сравнение със средно 15 % в ЕС. Неизбежно това има неблагоприятни последици за достъпа до здравни услуги (вж. раздел 5.2). Най-голям дял от преките плащания на потребителите отива за лекарствените продукти, следвани от болничните услуги. Външните източници формират 1 % от общите разходи за здравеопазване. Сред тях е Европейският структурен и инвестиционен фонд, който се използва за изграждане на капацитет за събиране и обработка на данни, както и за развитие на човешките ресурси и здравната инфраструктура.

Работната сила е изправена пред тежък недостиг и постоянен проблем с миграцията

България има сравнително висок дял на лекарите, но втория най-нисък дял на медицинските сестри в ЕС (фигура 7). Въпреки че делът на лекарите е висок, само 15,6 % са общопрактикуващи лекари (ОПЛ) в сравнение с 30,2 % на равнище ЕС. За разлика от тях, осигуреността с акушерки е доста над средното за ЕС, а делът на зъболекарите е сред най-високите в Европа.

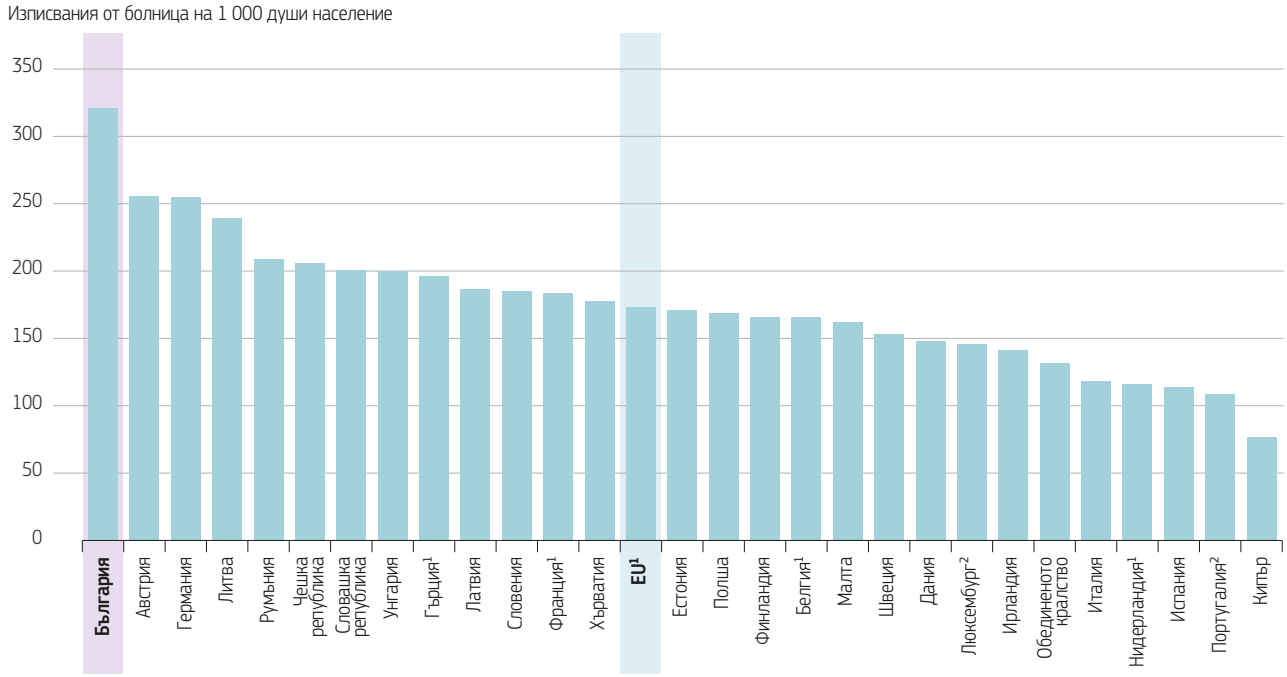
Фигура 7. Човешкият ресурс в здравеопазването в България се характеризира с много малък брой на медицинските сестри



Забележка: 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 Австрия и Гърция броят на медицинските сестри е подценен, тъй като включва само онези, работещи в болници.

Източник: базата данни на Евростат.

Фигура 8. България има най-големия брой хоспитализации на 1 000 души население в ЕС



Забележка: 1. Тези стойности са били оценени от ОИСР за целите на изчисляването на среднопретеглената стойност за ЕС-28. 2. Прогнозни стойности.

Източник: базата данни на Евростат (данните се отнасят за 2015 г.).

Ниският брой завършили медици, които се присъединяват към работната сила в здравеопазването, е отдавнашен проблем. Нещо повече, много специалисти отиват в чужбина поради недостатъчното признание и ниското заплащане у дома. През 2015 г. 2 636 лекари, които са се обучавали в България, са работили в чужбина, като най-популярните дестинации са Германия, Франция и САЩ. Тази бройка отразява шестократно увеличение от 2003 г. насам и представлява повече от половината от работещите в момента общопрактикуващи лекари (ОИСР, 2016 г.). Според Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи подобна тенденция съществува и при медицинските сестри, но липсват точни данни (БАПЗГ, 2017 г.).



При предоставянето на здравни услуги, болничните запазват водеща роля.

Системата на първична помощ в България е сравнително слаба (Kringos et al., 2013 г.) (вж. също раздел 5.1). Очаква се общопрактикуващите лекари (ОПЛ) да изпълняват ролята на "пазители" на входа на системата, работейки с ограничен брой направления към специалисти в извънболничната и към болнична помощ. Въпреки това, съществуват значителни регионални различия в осигуреността с общопрактикуващи лекари и броя записани пациенти на един общопрактикуващ лекар (вж. раздел 5.2). Освен това, българите имат едва около 5,9 посещения в извънболничната помощ на глава от населението (2015 г.), под средната стойност за ЕС от 7,5.

В отражение на слабо развитата първична помощ, както и на разчитането в прекомерна степен на болниците, броят на хоспитализациите е най-големият в ЕС (фигура 8). В допълнение България има една от най-големите бройки легла за активно лечение в ЕС с 6,0 легла на 1 000 души население (2015 г.) в сравнение със средно 4,2 за ЕС.

5 Характеристики на системата на здраевоапзването

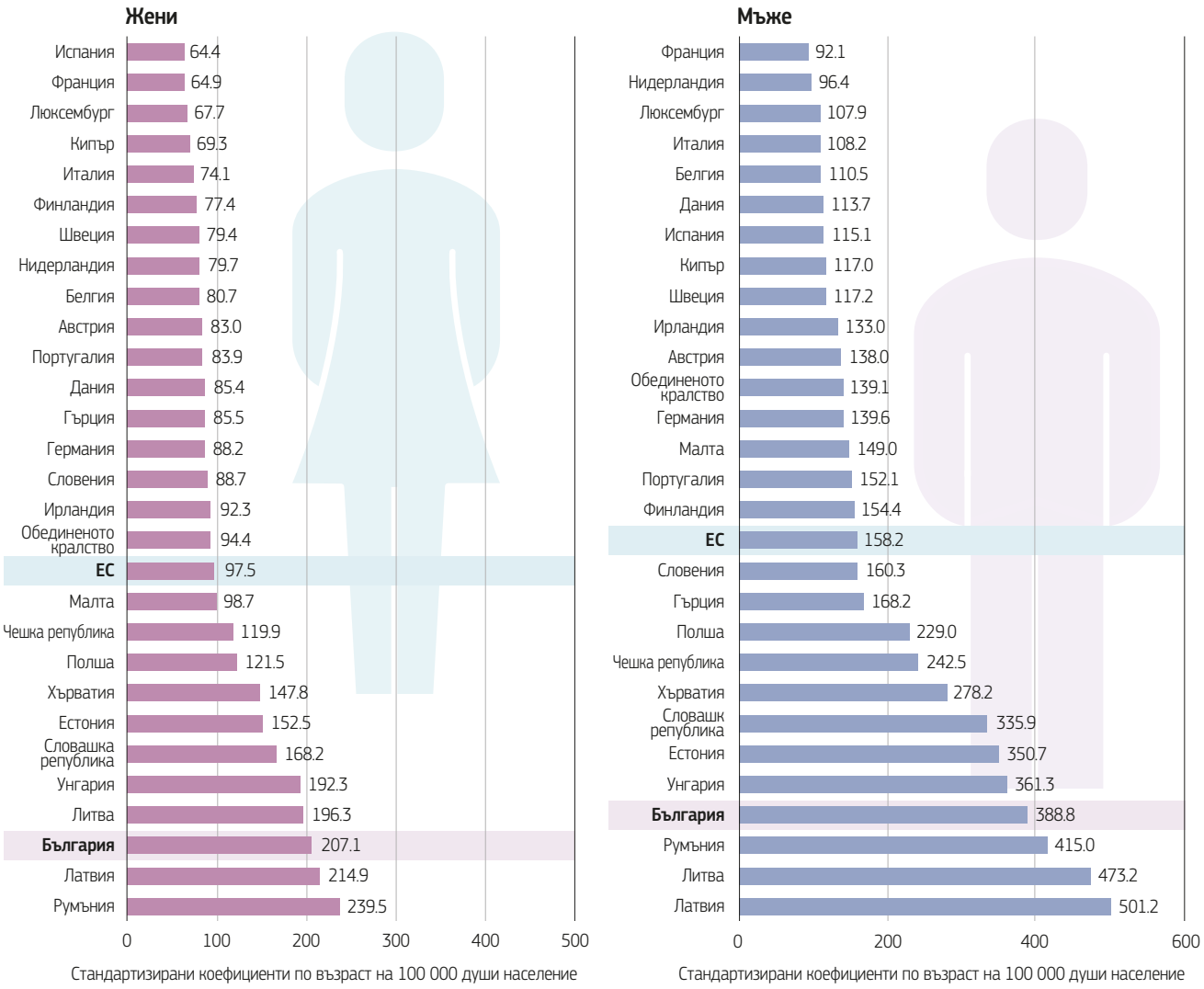
5.1 ЕФЕКТИВНОСТ

Равнището на предотвратимата смъртност от сърдечносъдови заболявания е изключително високо

Въпреки спада от 17 % в периода между 2004 и 2014 г. на предотвратимата смъртност, системата на здравеопазването в България е една от системите с най-лоши характеристики в това отношение[6]. Предотвратимата смъртност, както при мъжете, така и при жените, е около два пъти по-висока от средното за ЕС през 2014 г. (фигура 9). Счита се, че около 20 000 смъртни случая (или 19 % от всички смъртни случаи) през 2014 г. е можело да бъдат избегнати, като тази цифра е много по-висока от средната за Европа от 11 %.

Най-важният фактор, допринасящ за високите равнища на предотвратима смъртност, е постоянно високата смъртност от сърдечно-съдови заболявания (CVD). Стандартизираният коефициент на смъртност (SDR) от мозъчно-съдови болести (например инсулт) надвишава повече от четири пъти средния за ЕС през 2014 г. и повече от седем пъти този на държавата с най-нисък стандартизиран коефициент на смъртност — Франция (фигура 10).

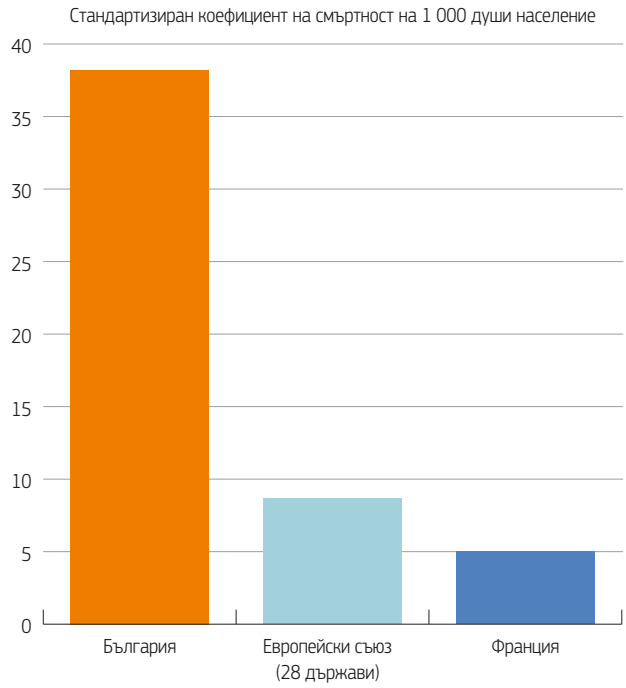
Фигура 9. Предотвратимата смъртност е сред най-високите в Европа както при мъжете, така и при жените



Източник: базата данни на Евростат (данните се отнасят за 2014 г.).

6. Предотвратимата смъртност се определя като случаите на преждевременна смърт, които е можело да бъдат избегнати чрез своевременни и ефективни здравни услуги.

Фигура 10. Смъртността от инсулт в България е повече от четири пъти над средната за ЕС



Забележка: тези данни се отнасят за населението на възраст под 65 години и обхващат всички мозъчно-съдови заболявания.

Източник: базата данни на Евростат, 2017 г. (данните се отнасят за 2014 г.).

Освен това смъртността от хипертония (почти четири пъти по-висока от средната за ЕС) и исхемична болест на сърцето (1,5 пъти по-висока от тази в ЕС) е много висока. Ако България успее да намали смъртността от сърдечно-съдови болести до средната за ЕС, тя би намалила смъртността от всички причини под средната за ЕС. Подобренията при профилактиката и лечението на сърдечно-съдови болести са възможни и биха могли да окажат голямо въздействие върху здравето на населението.

Друго предизвикателство е нарастващата смъртност от онкологични заболявания. Докато стандартизираният коефициент на смъртност за колоректален рак е близък до равнището за ЕС, за рака на маточната шийка (4,7 на 100 000 души) той надвишава повече от два пъти средния за ЕС (2,1 на 100 000 души). Освен това стандартизираният коефициент на смъртност за туберкулоза запазва високо равнище от 1,7, което е почти два пъти по-голямо от средното за ЕС. Накрая, сравнително високата предотвратима смъртност от нефрит (8,6 в България спрямо 2,4 средно за ЕС) показва, че има възможност за подобряване на бъбречно-заместителната терапия (диализа).

Усилията за засилване на здравната промоция и превенцията все още предстои да дадат резултат

Значителна част от смъртните случаи биха могли да бъдат предотвратени чрез справяне с поведенческите рискови фактори и засилване на първичната профилактика. По-специално разпространението на тютюнопушенето и консумацията на алкохол в България продължава да бъде сред най-високите в Европа (вж. раздел 3). Въпреки това през 2014 г. смъртността, свързана с употребата на алкохол, е била незначително по-висока от средната за ЕС, както и смъртните случаи, дължащи се на пътнотранспортни произшествия.

Като положителен аспект, напоследък България е разширила усилията си за здравна промоция и профилактика. Забраната за тютюнопушене на обществени места е въведена през 2012 г. и Националната програма за превенция (2014—2020 г.) съсредоточава вниманието върху ранната диагностика на незаразни болести, и по-специално на сърдечно-съдовите заболявания. Това е подкрепено с увеличение през 2017 г. на бюджета, предназначен за ранна диагностика и скрининг. Доставчиците са стимулирани да участват в скрининг-прегледи и профилактика.

Високите равнища на ненужни хоспитализации говорят за слабо развита първична помощ и липса на координация

Броят на хоспитализациите, дължащи се на хронични болести като диабет, сърдечно-съдови болести и болести на дихателната система, е сред най-високите в ЕС. Вместо да бъдат (повторно) приемани в болница, пациенти с тези състояния може да се лекуват ефективно в амбулаторната помощ. Всъщност анализът на хоспитализациите през 2013 г. сочи, че най-малко 20 % от болничните процедури, провеждани в България, биха могли да се провеждат в извънболнични условия (Световната банка, 2013 г.). Независимо от това, секторът на болничната помощ продължава да нараства след 2013 г.

Съществуват различни обяснения за големия брой потенциално предотвратими хоспитализации, включително фактът, че достъпът до извънболнична помощ в някои региони е ограничен; финансови стимули насърчават болниците да приемат повече пациенти; ограниченията за някои направления за диагностициране в извънболничната помощ; както и това, че пациентите предпочитат болничната помощ пред условията на извънболнична помощ (вж. също раздел 4).

Нестабилното финансиране и ограниченията в достъпа в селските райони водят до ниски равнища на скрининга за ракови заболявания

Според данни от програмата CONCORD, петгодишните коефициенти на преживяемост от рак са се увеличили през периодите 2000—2004 г. и 2010—2014 г. за рак на маточната шийка (от 49,2 % на 54,8 %), рак на гърдата (от 70,9 % на 78,3 %) и рак на дебелото черво (от 43,9 % на 52,4 %), но остават по-ниски, отколкото в повечето други държави от ЕС. Допълнителен повод за безпокойство са ниските равнища на преживяемост при рак на белия дроб (6,3 % през периода 2005—2009 г.) и рак на черния дроб (5 %) (Allemani et al., 2015 г.).

България все още прилага национални механизми за ранна диагностика на незаразни болести. От 2009 г. тя има скрининг програми за рак на маточната шийка, рак на гърдата, рак на простатата и колоректален рак. Ограничените ресурси и фокусът

върху лечението, а не върху профилактиката, затрудняват пълното обхващане на населението със скрининг, който досега е бил съсредоточен върху определени области и високорискови групи. В действителност, през 2015 г. прилагането на скрининг за рак на гърдата и рак на маточната шийка е съответно 13,6 % и 8,6 %, а дори и по-ниско в селските райони[7].

Равнищата на ваксиниране са ниски

Равнищата на имунизиране на децата са ниски в сравнение със средното за ЕС и са започнали да намаляват от 2013 г. Освен това сред ромското население възникват периодични епидемии на инфекциозни болести. В отговор са разработени специални програми за ваксиниране, за да бъдат достигнати уязвими групи като ромите. Прилагането на ваксинация срещу грип сред лицата над 65-годишна възраст е много ниско в България, едва 2,4 % — второто най-ниско равнище в ЕС след Естония.

Осигуряването на качество в здравеопазването е предизвикателство

Не съществува надеждна национална система за мониторинг или осигуряване на качеството, а информацията за качеството е оскъдна. Множество (често малки) болници не разполагат с необходимите квалифициран персонал и техническо оборудване (рентгенови компютърни томографи, интензивни отделения), за да осигурят висококачествена грижа и не обменят данни помежду си. Проблеми с качеството са докладвани многократно както за локални болнични, така и за локални извънболнични услуги. Въпреки това, една скорошна инициатива, финансирана от ЕС, има за цел да се разработят електронни здравни досиета, системи за електронни направления и електронни рецепти. Друг въпрос, свързан с качеството, е силно застъпеното използване на антибиотици и повишаването на антимикробната резистентност (вж. каре 2).

5.2 ДОСТЪПНОСТ

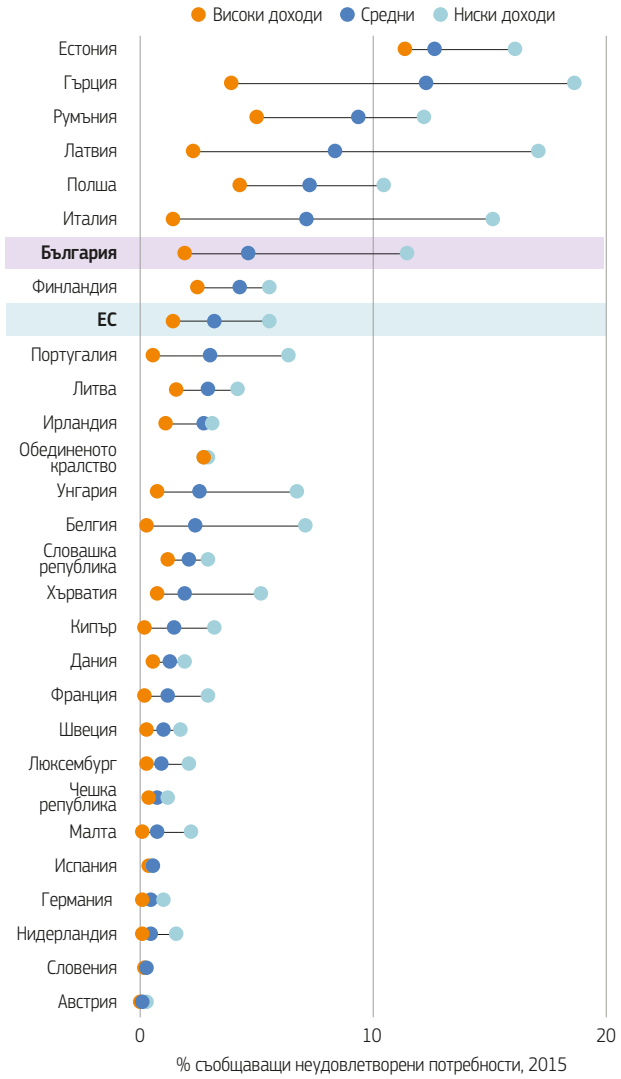
Липсата на финансова достъпност допринася най-много за неудовлетворените потребности от медицински грижи

Значителен дял от българите (4,7 % през 2015 г.) съобщават за неудовлетворени потребности от медицински преглед или лечение (фигура 11), като най-важни са финансовите причини. Изминаваното разстояние и наличието на лекари също остават важни бариери пред достъпа, особено за пациентите с ниски доходи. Обратно, неудовлетворените потребности от стоматологична помощ са сравнително ниски в България, което може да се дължи на добрата осигуреност със стоматолози (вж. раздел 4).

Национални проучвания също потвърждават регионалните неравенства, като делът на пропуснатите грижи е по-голям в малките градове и села (Атанасова, Мирчева и Докова, 2016 г.).

7. Самооценката по EHIS за 2014 г. показва по-високи проценти: 32 % от българските жени на възраст 50—69 години са съобщили за скрининг на рак на гърдата през последните две години и 69 % от жените на възраст 20—69 години съобщават, че са преминали скрининг за рак на шийката на матката през последните три години.

Фигура 11. Неудовлетворените потребности от медицинска помощ са големи, особено за домакинствата с ниски доходи



Забележка: Данните се отнасят за неудовлетворени потребности от медицински преглед или лечение поради цената, разстоянието за пътуване или периода на изчакване. Необходимо е да се подхожда с внимание при съпоставянето на данни от различните държави, тъй като има някои разлики в инструмента, използван при проучването.

Източник: базата данни на Евростат, въз основа на EU-SILC (данните се отнасят за 2015 г.).

КАРЕ 2: АНТИМИКРОБНАТА РЕЗИСТЕНТНОСТ Е ОСНОВЕН ПРОБЛЕМ

Антимикробната резистентност е важна заплаха за общественото здраве в България. Данните от надзора, докладвани на EARS-Net, показват, че през 2015 г. 22,9 % от инфекциите на кръвта със *Streptococcus pneumoniae* са резистентни към пеницилин, като този процент е много по-висок от средното равнище за ЕС/ЕИП (Европейското икономическо пространство) и нараства (ECDC, 2017 г.). През 2016 г. бе приета Национална програма за рационална употреба на антибиотиците и надзор, в съответствие с Националната здравна стратегия до 2020 г.

Интересното е, че периодите на изчакване не се възприемат като важна причина за неудовлетворени потребности — вероятно защото обикновено по-бърз достъп може да бъде осигурен срещу заплащане.

Разликата в осигурителното покритие на населението също пречи на профилактиката и контрола на заболяванията

Липсата на покритие със социалното здравно осигуряване създава голяма бариера пред достъпа за значителна част от населението (раздел 4). Неосигурените лица трябва да плащат директно за медицински услуги и стоки, освен ако не посетят център за спешна помощ в животозастрашаваща ситуация. За да се ограничи разпространението на инфекциозни болести сред хората, които не са осигурени, НЗОК получава допълнително финансиране, за да заплаща скрининга на неосигурени лица.

Основният пакет от обезщетения се променя често, което допринася за несигурността

Системата за социално здравно осигуряване гарантира достъп до основен пакет от здравни услуги за осигуреното население. Той обхваща първична и специализирана извънболнична медицинска и стоматологична помощ; лабораторни услуги; болнична диагностика и лечение; и високо специализирани медицински дейности. В допълнение спешната помощ, болничната психиатрична помощ, бъбречната диализа, ин витро оплождането и трансплантациите се покриват от държавния бюджет или други целеви фондове. По-голямата част от дългосрочните грижи са изключени от публично покритие.

Пакетът от услуги се определя от Министерството на здравеопазването, а цените и методите за заплащане са посочени в Националния рамков договор и се договарят ежегодно от НЗОК и съсловните организации на лекарите и зъболекарите. Опитите за реформиране на пакета от обезщетения през 2016 г. претърпяха неуспех (вж. каре 3). Потребителски такси бяха фиксирани през 2012 г. Честите промени в осигурителния пакет създават несигурност сред пациентите и финансови рискове.

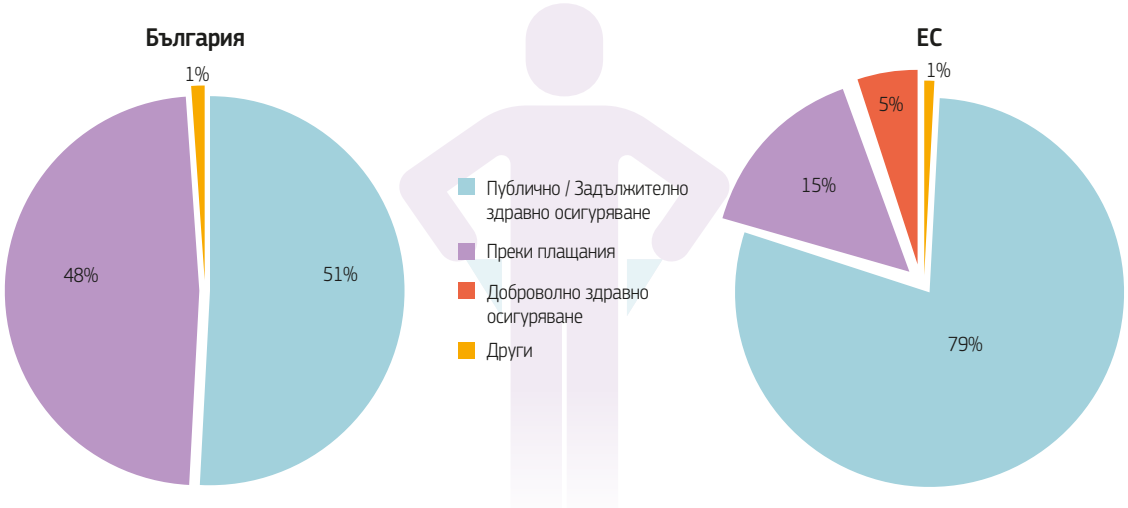
КАРЕ 3. ОПИТ ЗА РЕФОРМИРАНЕ НА ПАКЕТА НА НЗОК БЕШЕ ЧАСТИЧНО ОТХВЪРЛЕН В СЪДА

През 2016 г. пакетът, гарантиран от бюджета на НОЗК трябваше да бъде разделен на две части: основен и допълнителен. Основният пакет трябваше да обхваща профилактиката, диагностиката и лечението на основните заболявания и състояния, които причиняват смърт и инвалидност, както и майчиното и детското здравеопазване — в съответствие със здравните приоритети, изброени в Националната здравна стратегия „Здраве 2020“. Допълнителният пакет трябваше да включва услуги за лечение, които биха могли да бъдат отложени без непосредствен риск от влошаване на състоянието на пациента, като хирургична операция за подмяна на тазобедрената става. През 2016 г. Конституционният съд отхвърли това предложение като противоконституционно, спирайки реформата. По-малко противоречиви промени бяха успешно реализирани, насочени към намаляване на болничната дейност чрез трансформиране на някои болнични дейности в амбулаторни процедури, извършвани от болници и центрове за извънболнична медицинска помощ и към насърчаване на интегрирането на услугите.

Преките плащания на потребителите са най-високите в Европа и излагат на риск достъпа на уязвимите групи

Преките плащания на потребителите съставляват 47,7 % от разходите през 2015 г. — повече от три пъти над средните за ЕС (фигура 12). Още по-драматична картина се получава, ако преките плащания на потребителите бъдат разгледани като дял от крайното потребление на домакинствата, като България изпреварва всички останали държави с голяма разлика (фигура 13). Големите преки плащания на потребителите се дължат на значително участие в разходите за повечето обхванати услуги (общопрактикуващи лекари, болници, услуги, извън стандартния път на пациента, лекарствени продукти), преки плащания за здравни услуги и неофициални плащания.

Фигура 12. Размерът на преките плащания в България е трикратно по-голям от този на ЕС



Източник: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването; базата данни на Евростат (данните се отнасят за 2015 г.)

Фигура 13. От гледна точка на крайния бюджет на домакинствата българите разходват най-много за здравеопазване



Забележка: Този показател се отнася до текущите разходи за здравеопазване, с изключение на (здравните) разходи за дългосрочни грижи, и се изразява като процент от крайното потребление на домакинствата

Източник: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването за 2016 г.; базата данни на Евростат (данните се отнасят за 2015 г. или най-скорошната година, за която има данни).

Освобождаване от заплащане на потребителска такса съществува за редица групи, включително деца, бременни жени, хронично болни пациенти и някои други групи, отговарящи на определени условия. В допълнение пенсионерите заплащат намалени потребителски такси на посещение. Независимо от това финансовите причини остават най-важната бариера пред достъпа до здравни услуги, въпреки че неудовлетворените потребности по тези причини са намалели от 16,4 % през 2006 г. на 3,7 % през 2015 г. Това често се обяснява със съществуването на неофициални плащания (Атанасова, Павлова и Groot, 2015 г.). Неудовлетворените потребности заради цената остават особено високи в квинтила на най-ниските доходи (9,3 % в сравнение с 4,1 % в ЕС) и разликата между квинтилите на доходите е сред най-големите в Европа.

Липсата на персонал влошава достъпа до здравни услуги в определени географски райони

Има големи разлики в разпределението на доставчиците (фигура 14), което поражда риск за достъпността. Въпреки че броят на завършилите висше медицинско образование е нараснал с повече от 75 % между 2005 и 2015 г., различията в работната сила при лекарите не са отстранени поради редица причини: първо, повечето чуждестранни студенти по медицина в България вероятно ще продължат кариерата си в родната си страна; второ, много медици, завършили висше образование, мигрират в чужбина (вж. раздел 4); и трето, доставчиците са съсредоточени в няколко урбанизирани региона. От 2005 г. насам броят на завършилите медицински сестри се задържа на много ниско равнище от около 300 на година. Предвид вече тежкия недостиг на медицински сестри в страната и сходните модели на миграция с тези на лекарите, наличието (на регионално равнище) на здравни услуги ще пострада.

5.3 УСТОЙЧИВОСТ[8]

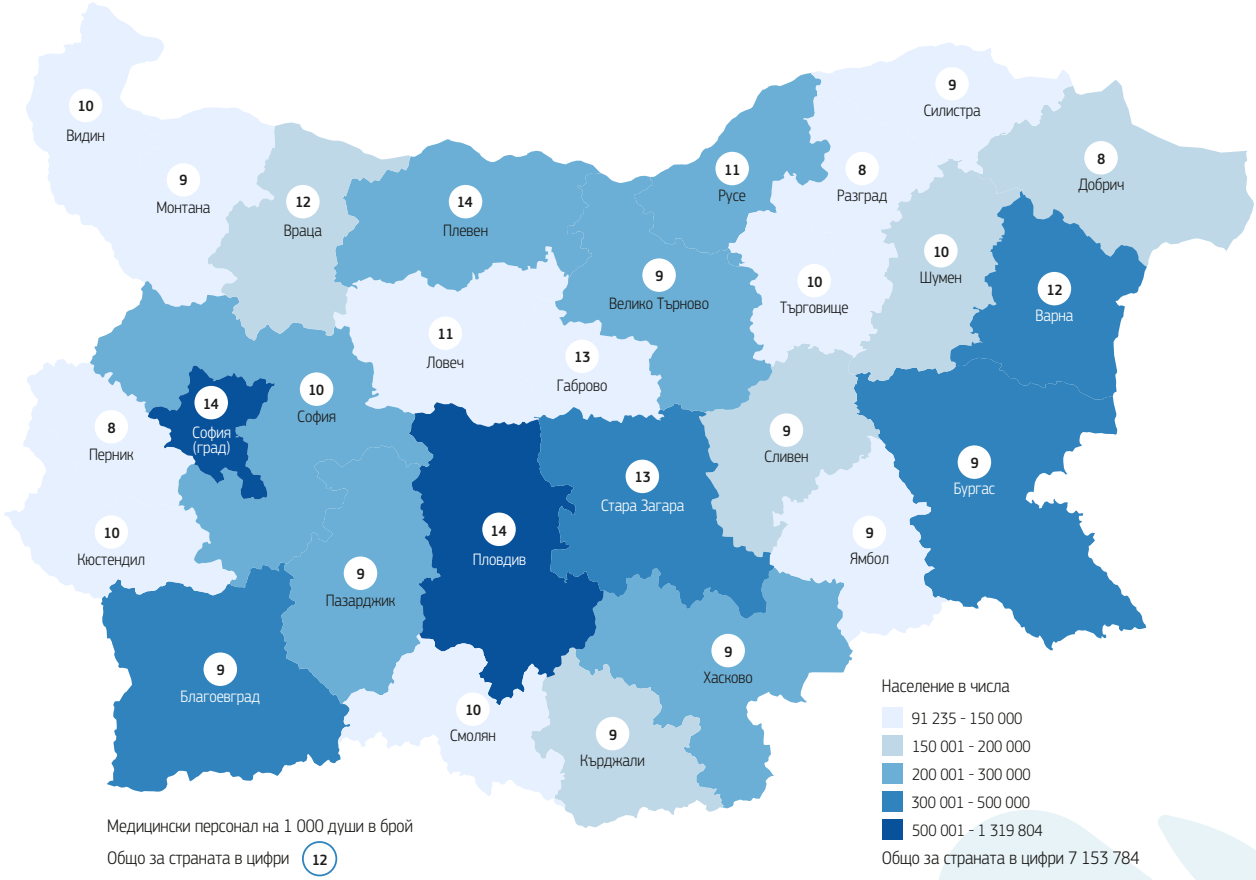
Големите преки плащания на потребителите, безработицата и застаряването застрашават финансовата стабилност на системата

Това, че се разчита в голяма степен на преките плащания като източник на приходи, носи значителни рискове за стабилността на системата на здравеопазването в средносрочен до дългосрочен план, особено във времена на икономически кризи. Съществена част от населението е бедна и не може да си позволи да плаща за медицински услуги директно. В действителност България е отчела дял от населението, изложен на риск от бедност и социално изключване, от 41,3 %, което е почти двойно повече от средния за ЕС дял от 23,8 % през 2015 г.

От друга страна текущите разходи за здравеопазване на глава от населението са се удвоили от 2005 до 2015 г. в номинално изражение, като изпреварват общия икономически растеж. Въпреки това ниските доходи, големият дял на сивата икономика, големия брой на неосигурените лица и продължаващата миграция на млади и добре образовани хора ограничават приходната база и биха могли да застрашат стабилността на финансирането на здравната система. Освен това населението застарява бързо, което се дължи на ниската раждаемост и високото равнище на миграцията. До 2050 г. един на всеки трима българи се очаква да е на 65 или повече години, докато само един на двама българи ще е в трудоспособна възраст.

8. Устойчивостта се отнася до способността на системите на здравеопазването да се адаптират ефективно към променящата се среда, внезапните сътресения или кризи.

Фигура 14. Медицинският персонал е концентриран най-вече в по-урбанизирани райони



Източник: НСИ (2017 г.).

По-доброто разпределение и използване на ресурсите биха могли да повишат ефективността

България изразходва по-голямата част от ограничените си ресурси за лекарствени продукти и болнична помощ. През 2015 г. страната изразходва над 40 % от общите разходи за здравеопазване за лекарствени продукти и медицински стоки, най-високия дял в ЕС и надхвърлящ повече от два пъти средния за ЕС. Освен това секторът на болничната помощ е сравнително голям като дял от общите разходи за здравеопазване (34 % спрямо 29 % в ЕС), докато делът на разходите за извънболнична помощ (18 %) е най-малък в ЕС.

Ефективността би могла да се подобри чрез засилване на първичното здравеопазване и пренасочване на предлагането от скъпото болнично към извънболнично и амбулаторно лечение. Така например, тонзилектомиите и операциите на катаракта все още на практика всички се извършват в болнични заведения. Значителни ползи могат да бъдат постигнати и при разходите за лекарствени продукти (вж. раздел „Оценка на здравните технологии“ по-долу).

Необходими са повече ресурси

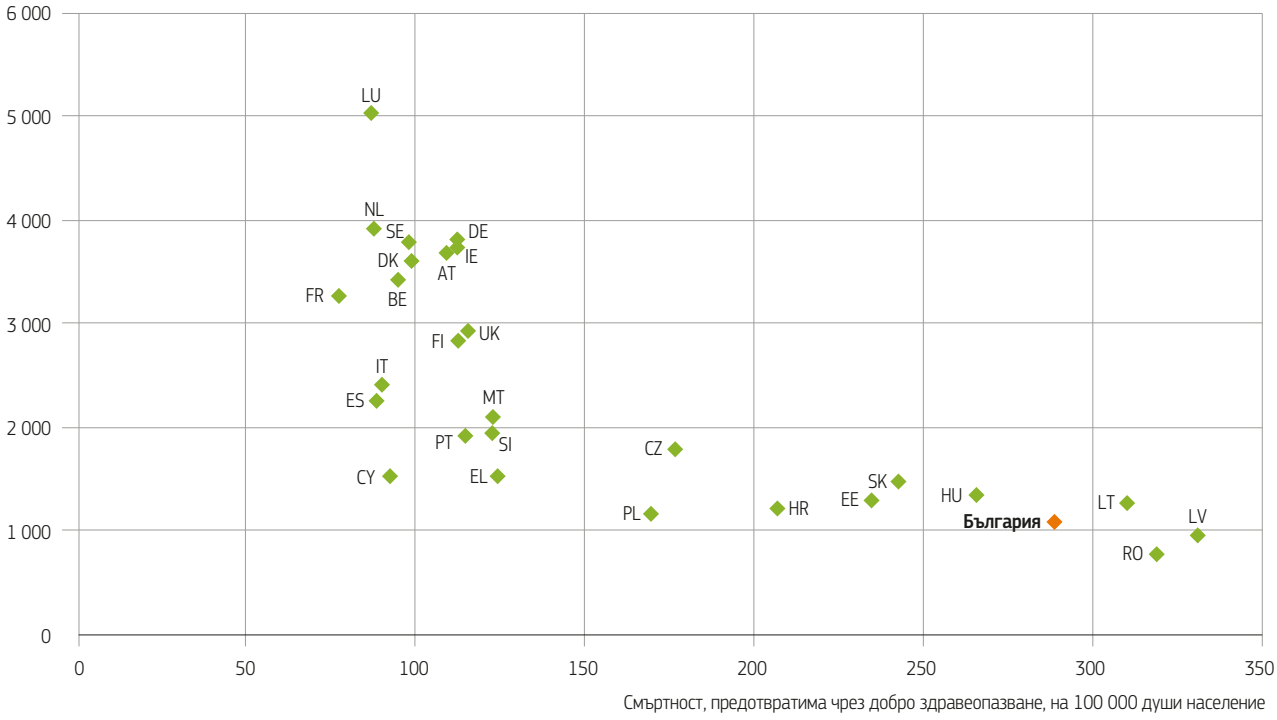
Съпоставката между нивата на предотвратимата смъртност и разходите за здравеопазване показва, че България се представя в съответствие с това, което може да се очаква при текущите равнища на разходите. Това предполага, че за да се постигне реално подобрение на резултатите в областта на здравеопазването, освен политиките, които се занимават с рисковите фактори и подобряват услугите, вероятно са необходими и повече ресурси. Показателно е, че държавите, които разходват малко повече (например Хърватия и Полша), имат много по-ниска предотвратима смъртност (фигура 16).

Оценката на здравните технологии за лекарствените продукти предвещава по-добро съотношение между качество и цена

От 2011 г. насам са въведени или планирани няколко механизми за намаляване на разходите, свързани с лекарствени продукти. В допълнение въвеждането на оценката на здравните технологии (ОЗТ) през 2015 г. се очаква да увеличи (допълнително) ефективността на разходите за лекарствени продукти. Процесът на прилагане започва през 2016 г. със създаването на специална комисия към Националния център по обществено здраве и анализи. Оценката на здравните технологии се прилага за лекарства, принадлежащи към нови групи международни стоматолози непатентни наименования (INN), които не са включени в позитивния лекарствен списък. Независимо от това, основните причини за високия дял на разходите за лекарствени продукти в България трябва да бъдат по-добре разбрани. Това най-вероятно се дължи на високите цени поради липсата на (централизирана) покупателна способност, прекомерно потребление на медикаменти, заплащани директно от пациентите и може би все още слабото навлизане на генерични лекарствени продукти. Липсват подробни проучвания и надеждни данни.

Фигура 16. България би могла да намали предотвратимата смъртност, като разходва повече за здравеопазване

Разходи за здравеопазване на глава от населението, ППС в EUR



Източници: статистическите данни на ОИСР за здравеопазването; базата данни на Евростат; Глобалната база данни за разходи за здравеопазване на СЗО (данните се отнасят за 2014 г.).

Структурните реформи за ограничаване на разходите и за интегриране на грижите са в начален етап

Подобряването на ефективността на болничния сектор е в центъра на няколко скорошни реформи. Те са насочени към намаляване на капацитета на болничната помощ чрез създаване на възможности за селективно сключване на договори, внасяне на промени в пакета от услуги (вж. раздели 4 и 5.2), създаване на повече възможности за амбулаторно лечение и насърчаване на рентабилността и качествената информация. Освен това, окуражаващи са и неотдавнашните планове за въвеждане на интегрирана грижа в системата на здравеопазването (вж. раздел 4).

Взети заедно, тези инициативи биха могли да спомогнат както за намаляване на болничната помощ, така и за повишаване на степента на координация на грижите. Някои първи резултати показват, че определени процедури от болничната помощ сега се извършват в амбулаторни условия. В контекста на увеличаването на хроничните състояния и сложните съпътстващи заболявания, подобряването на координацията между различните сектори има потенциала да подобри качеството и да намали разходите.

Новият подход за привличане на заинтересованите страни в изготвянето на здравна политика е обещаващ

България е подобрила механизмите си на отчетност през последните години. Интересът сред обществени органи в извършването на оценки на здравеопазването се е увеличил. В националната здравна стратегия (за периода 2008—2013 г.) се отдава приоритет на качеството на услугите и достъпа до здравни услуги, развитието на човешките ресурси, както и преструктурирането и ефективното управление на болничната помощ. В нея също така са заложени планове за увеличаване на адекватността на финансовата система. В стратегията са определени показатели за оценка и мониторинг на изпълнението, срокове за дейностите и институционалните отговорности.

Освен това стратегиите за профилактика, ограничаване и ранна диагностика на незаразни болести водят до първоначални успехи, като например забраната на тютюнопушенето през 2012 г. Националната програма за превенция за периода 2014—2020 г. продължава да отдава приоритет на здравната превенция, но е твърде рано да се оцени цялостното въздействие на тази стратегия.

И накрая, от 2015 г. насам иновативен форум „Партньорство за здраве“ действа като консултативен орган към Министерския съвет и се председателства от министъра на здравеопазването. Въз основа на консултации с широк кръг заинтересовани страни той играе ключова роля в най-новите инициативи за реформи в области като лекарствената политика, структурни промени в здравната система и качеството на услугите.

6 Основни констатации

- Системата на здравеопазването в България е изправена едновременно пред няколко големи предизвикателства. България има втората най-ниска продължителност на живота в ЕС (след Литва) и някои тревожно високи поведенчески рискови фактори (тютюнопушене, употреба на алкохол, увеличаване на затлъстяването), както и бързо застаряващо население, недостиг на работна сила и ниски разходи за здравеопазване. Тя ще трябва да избира разумно, за да изразходва стратегически ограничените си ресурси и да запази устойчивостта на здравната система.

- Здравната система не е ефективна в намаляването на предотвратимата смъртност, изразена в постоянно висока смъртност от заболявания, като например сърдечно-съдови заболявания, и нарастваща смъртност от рак, диабет и незаразни болести. Всъщност България има най-високата смъртност от мозъчно-съдови заболявания (например инсулт) в ЕС и много ниска честота на преживяемост при няколко ракови заболявания. Това говори за значителни възможности за подобряване на здравните услуги, например чрез подобряване на достъпа до и качеството на грижите, както и по-добра профилактика и по-добра координация на грижите.

- Положителен признак е това, че от 2008 г. насам е постигнат известен напредък в областта на здравната профилактика и ранната диагностика на хронични болести, а в последно време и с опитите за въвеждане на интегрирана грижа. В бюджета за 2017 г. са заделени допълнителни средства например за ранна диагностика на сърдечно-съдови заболявания. И все пак е необходимо повече време за постигане на реални резултати.

- Финансирането на здравеопазването се характеризира с ниски общи разходи, както и с много високи преки плащания от потребителите. Въпреки че през последните години ръстът на разходите за здравеопазване изпревари икономиката като цяло, приходната база трябва да се разшири, за да бъде защитена от икономически сътресения, ниска заетост, значителна сива икономика и влошаване на коефициента на зависимост поради застаряването.

- По-доброто разпределение и използване на ресурсите има потенциала да повиши ефективността. Понастоящем България изразходва по-голямата част от ресурсите си за лекарствени продукти и болнична помощ. Първичната помощ може да бъде засилена и повече случаи могат да бъдат лекувани в амбулаторната и извънболничната помощ. Неотдавнашните реформи в болничния сектор бяха насочени към решаването на този проблем. Освен това разходите за лекарствени продукти трябва да продължат да бъдат във фокуса на вниманието. С вече започналото въвеждане на оценката на здравните технологии, основните причини за високите разходи за лекарствени продукти (като например цените и обемите) могат да бъдат правилно оценени и да бъдат разработени нови политики.

- Достъпът до здравни услуги продължава да бъде проблематичен. Около 12 % от гражданите са без осигуровка, а големите преки плащания на потребителите застрашават достъпа до здравни грижи за уязвимите групи, включително ромите, домакинствата с по-ниски доходи и възрастните хора. Въпреки че съществува освобождаване от някои потребителски такси, с това хората не са предпазени от неофициалните плащания, които все още съществуват в България. Изминаваното разстояние и наличието на лекари също създават важни бариери пред достъпа, особено за хората в групите с по-ниски доходи.

- (Бъдещата) работна сила е изправена пред тежък недостиг и постоянен проблем с миграцията. Най-вече има големи регионални различия в разпределението на общопрактикуващите лекари и голям недостиг на медицински сестри. Специалистите в сферата на здравеопазването мигрират към други държави в търсене на по-добри перспективи за кариерно развитие и по-добро заплащане. Необходими са политики за решаване на тези проблеми, за да може да се гарантират достатъчни човешките ресурси и комбинация от умения в дългосрочен план.

- Постигнат е така необходимият напредък в укрепването на управлението и отчетността на българската система на здравеопазването. Предвид широкия спектър от предизвикателства, които предстоят, посоката и изпълнението на последните планове са окуражаващи.



Основни източници

Dimova, A. et al. (2012 г.), "Bulgaria: Health System Review" („България: преглед на здравната система"), *Health Systems in Transition*, том 14(3), стр. 1—186.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle* („Здравето накратко: Европа през 2016 г. Цикъл за състоянието на здравето в ЕС"), OECD Publishing, Париж, http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en

Препратки

Allemani, C. et al. (2015 г.), "Global Surveillance of Cancer Survival 1995-2009: Analysis of Individual Data for 25 676 887 Patients from 279 Population-based Registries in 67 Countries (CONCORD-2)" (Наблюдение в световен мащаб на преживяемостта от рак през периода 1995—2009 г.: анализ на индивидуални данни за 25 676 887 пациенти от 279 регистри на населението в 67 държави (CONCORD-2), The Lancet, том 385(9972), стр. 977—1010, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62038-9.

Е. Атанасова, И. Мирчева и К. Докова (2016 г.), "Regional Disparities in All-cause Mortality in Bulgaria for the Period 2000-2012" („Регионални различия при смъртността от всички причини в България през периода 2000—2012 г."), *Scripta Scientifica Salutis Publicae*, том 2(1).

Е. Атанасова, М. Павлова и W. Groot (2015 г.), "Out-of-pocket Patient Payments for Public Health Care Services in Bulgaria" („Преки плащания на пациентите за услуги за обществено здравеопазване в България"), *Frontiers in Public Health*, том 3:175.

ВАНРN (2017 г.), "Press Release on Mobility" (прессъобщение относно мобилността), Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи, на български език: БАПЗГ, http://www.nursing-bg.com/aktualna.html.

Д. Димитров (2014 г.), "Civil Society Monitoring Report on the Implementation of the National Roma Integration Strategy and Decade Action Plan in 2012 in Bulgaria" („Доклад относно мониторинга на гражданското общество върху изпълнението на Националната стратегия за интеграция на ромите и плана за действие в рамките на Десетилетието на ромското включване през 2012 г. в България"), Decade of Roma Inclusion Secretariat Foundation, Будапеща, http://osi.bg/downloads/File/2013/BG_civil%20society%20monitoring%20report_EN.pdf.

ECDC (2017a г.). *Annual epidemiological report for 2015 – Hepatitis C*. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm

ECDC (2017b г.), "Surveillance Report: Tuberculosis Surveillance and Monitoring in Europe" („Доклад от надзора: надзор и мониторинг на туберкулозата в Европа"), European Centre for Disease Prevention and Control, Стокхолм, http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/ecdc-tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2016.pdf.

IHME (2016 г.), "Global Health Data Exchange" („Глобален обмен на данни за здравеопазването"), Institute for Health Metrics and Evaluation, София, на разположение на http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.

Kringos, D. et al. (2013 г.), "The Strength of Primary Care in Europe: An International Comparative Study" („Силата на първичното здравеопазване в Европа: международно съпоставително проучване"), *British Journal of General Practice*, том 63(616), стр. e742–e750, http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X674422.

Национален статистически институт (2017 г.), „Районите, областите и общините в Република България 2015", http://www.nsi.bg/bg/

OECD (2016 г.), "Monitoring Health Workforce Migration through International Data Collection: Progress with Eurostat/OECD/WHO Joint Questionnaire" („Наблюдение на миграцията на здравната работна сила чрез събиране на международни данни: напредък по съвместния въпросник на Евростат/ОИСР/СЗО"), презентация на Гаетан Лафортюн във Варна.

World Bank (2013 г.), "Mitigating the Economic Impact of an Aging Population: Options for Bulgaria" („Намаляване на икономическото въздействие от застаряващата работна сила: варианти за България"), Световната банка, http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/09/18262916/mitigating-economic-impact-aging-population-options-bulgaria.

Списък на кодовете на държавите

Австрия	AT	Естония	EE	Литва	LT	Полша	PL	Унгария	HU
Белгия	BE	Ирландия	IE	Люксембург	LU	Португалия	PT	Финландия	FI
България	BG	Испания	ES	Малта	MT	Румъния	RO	Франция	FR
Германия	DE	Италия	IT	Нидерландия	NL	Словашка		Хърватия	HR
Гърция	EL	Кипър	CY	Обединеното		република	SK	Чешка република	CZ
Дания	DK	Латвия	LV	кралство	UK	Словения	SI	Швеция	SE

Европейска комисия

State of Health in the EU

Здравен профил за страната 2017

Профилите на държавите са важна стъпка в двугодишния цикъл на Европейската комисия *„Състояние на здравето в ЕС“* и са резултат от съвместната работа между Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и *European Observatory on Health Systems and Policies*. Настоящата поредица беше координирана от Комисията и беше изготвена с финансовата подкрепа на Европейския съюз.

Кратките и свързани с политиката профили на държавите 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. Целта е да бъде създадено средство за взаимно обучение и доброволен обмен, което да подкрепя усилията на държавите членки при изготвянето на политики, основани на факти.

Във всеки профил на държава се предлага кратко обобщение на:

- състоянието на здравето в държавата
- детерминантите на здравето, с акцент върху поведенческите рискови фактори
- организацията на системата на здравеопазване
- ефективността, достъпността и устойчивостта на здравната система

Това е първата поредица двугодишни профили на държавите, публикувана през ноември 2017 г. Комисията допълва ключовите констатации от тези профили на държавите с придружаващ доклад.

За повече информация вж.: ec.europa.eu/health/state/summary

Моля, цитирайте тази публикация по следния начин:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *България: Здравен профил за страната 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264285071-bg

ISBN 9789264285071 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.

OECD BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO