European Cancer Inequalities Registry

БЪЛГАРИЯ

Профили на държавите по отношение на рака

2023

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Поредицата „Профили на държавите по отношение на рака“

Европейският регистър за неравенствата по отношение на раковите заболявания е водеща инициатива от европейския план за борба с рака. Той предоставя надеждни и сигурни данни за профилактиката на рака и грижите за болните от рак, за да се установят тенденциите, различията и неравенствата между държавите членки и регионите. Профилите на държавите по отношение на рака определят силните страни, предизвикателствата и специфичните области на действие за всяка от 27-те държави — членки на ЕС, Исландия и Норвегия, за да насочват инвестициите и интервенциите на европейско, национално и регионално равнище в рамките на европейския план за борба с рака.

Профилите са дело на ОИСР в сътрудничество с Европейската комисия. Екипът благодари за ценните предложения получени от националните експерти и коментарите предоставени от здравния комитет на ОИСР и експертната тематична група на ЕС към регистъра за неравенствата по отношение на рака.

Източници на данни и информация

Информацията в профилите на държавите по отношение на рака се базира главно на официалните национални статистически данни, предоставени на Евростат и ОИСР, които са потвърдени, за да се гарантират най-високите стандарти за съпоставимост на данните. Източниците и методите, на които се основават данните, са достъпни в базата данни на Евростат и здравната база данни на ОИСР. Допълнителни данни са получени и от Световната здравна организация (СЗО), Международната агенция за изследване на рака (IARC), Международната агенция за атомна енергия (МААЕ), Института за здравни измервания и оценка (IHME) и други национални източници (независими от частни или търговски интереси). Изчислените средни стойности за ЕС са стандартизирани средни стойности за 27-те държави членки, освен ако не е посочено друго. Тези средни стойности за ЕС не включват Исландия и Норвегия. Паритетът на покупателната способност (ППС) се определя като обменния валутен курс, при който покупателната способност на различните валути се изравнява, като се премахват разликите в равнищата на цените между държавите.

Отказ от отговорност: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

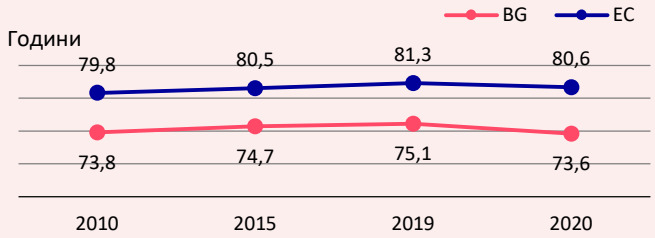
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsandconditions.

Съдържание

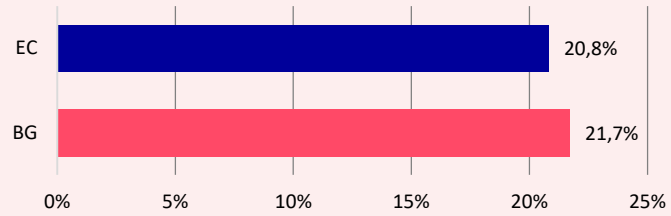
1. НАЙ-ВАЖНИТЕ МОМЕНТИ 3
2. РАКЪТ В БЪЛГАРИЯ 4
3. РИСКОВИ ФАКТОРИ И ПОЛИТИКИ ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА ОНКОЛОГИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ 6
4. РАННО ОТКРИВАНЕ НА ОНКОЛОГИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ 9
5. ЕФЕКТИВНОСТ НА ГРИЖИТЕ ЗА БОЛНИТЕ ОТ РАК 12
5.1 Достъпност 12
5.2 Качество 14
5.3 Разходи и съотношение качество/цена 16
5.4 COVID-19 и рак: изграждане на устойчивост 17
6. АКЦЕНТ ВЪРХУ НЕРАВЕНСТВАТА 18

Обобщение на основните характеристики на здравната система

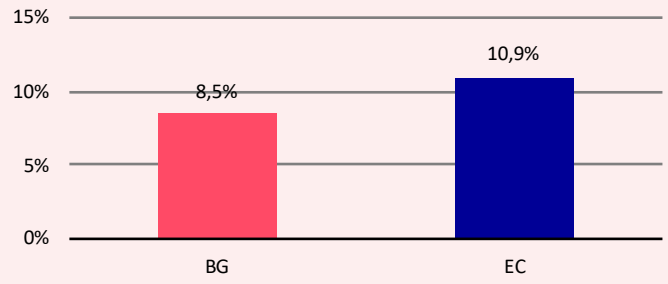
ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЖИВОТА ПРИ РАЖДАНЕ (В ГОДИНИ)



ДЯЛ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО НА ВЪЗРАСТ 65 И ПОВЕЧЕ ГОДИНИ (2021 Г.)

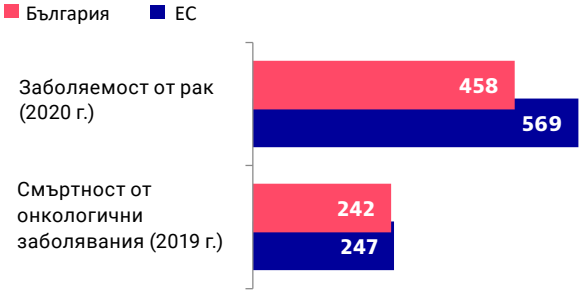


РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КАТО % ОТ БВП (2020 Г.)

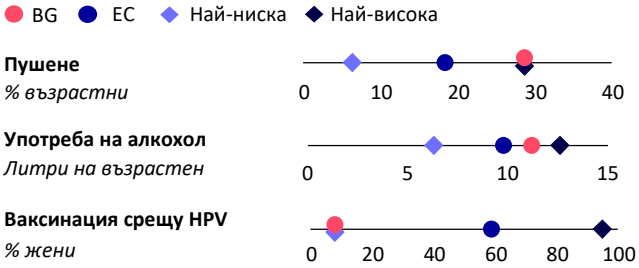


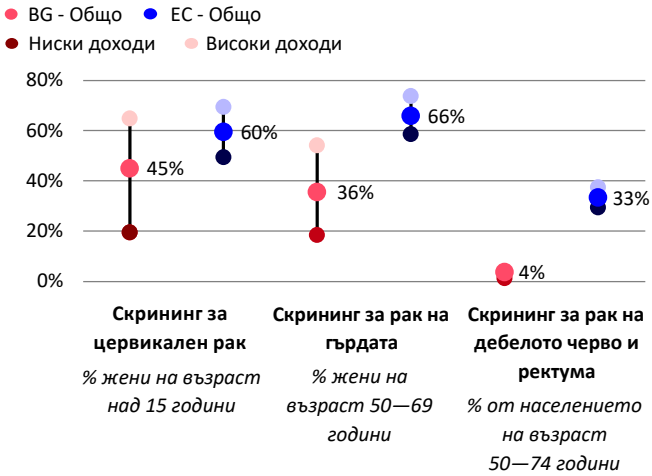
Източник: база данни на Евростат.

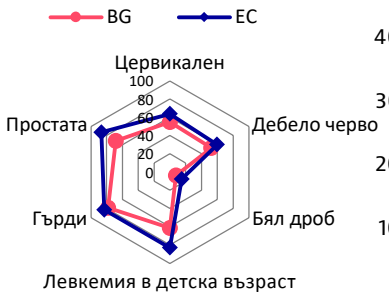
1. Най-важните моменти



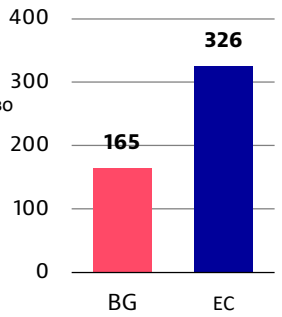
Възрастово - стандартизирани коефициентина 100 000 души население







Петгодишна нетна преживяемост по локализация на рака, 2010—2014 г.



Обща стойност на разходите за рак (в евро на човек от населението по ППС), 2018 г.

Ракът в България

България е страната с най-ниска възрастово-стандартизирана заболяемост недостатъчната рак в ЕС, което най-вероятно е резултат от недостатъчнта диагностика и регистриране на нови случаи на рак. Смъртността от ракови заболявания е малко под средната за ЕС, но България е единствената държава, която отчита тенденции на нарастване на смъртността както при мъжете, така и при жените през последните 10 години. България е една от малкото държави в ЕС, които все още не са приели национален план за борба с рака.

Рискови фактори и политики за профилактика на рака

По отношение на повечето рискови фактори за рак, като тютюнопушене, употреба на алкохол, наднормено тегло и затлъстяване, България отчита по-неблагоприятни нива в сравнение с повечето други държави от ЕС. Това може да се обясни отчасти с неубедителните резултати от някои съществуващи политики за профилактика и промоция на здравето, в съчетание с ограничените ресурси за интервенции в областта на общественото здраве. Освен това много смъртни случаи биха могли да бъдат избегнати чрез по-високи нива на ваксинация срещу човешки папиломен вирус.

Ранно откриване

България няма национална програма за популационно-базирана профилактика на рака и ранно откриване на рака на гърдата, дебелото черво и маточната шийка; това се отразява на ниския обхват на скрининг в държавата. България е сред държавите от ЕС с най-ниски нива на скрининг за рак на гърдата, рак на маточната шийка и рак на дебелото черво и ректума, както и с много големи социално-икономически различия в скрининга за рак на маточната шийка и рак на гърдата.

Ефективност на грижите за болните от рак

България продължава да бъде сред държавите от ЕС с най-ниска петгодишна преживяемост на пациентите при основните локализации на рак, въпреки подобренията през периода 2000—2014 г. Показатели за качество и безопасност все още не са разработени и не се мониторират. Въпреки значителното увеличение на разходите за лечение на онкологични заболявания в България през последните десетилетия - те остават сред най-ниските в ЕС. Един от основните фактори за увеличението на разходите за лечение на рак е рязкото покачване на разходите за нови лекарства.

2. Ракът в България

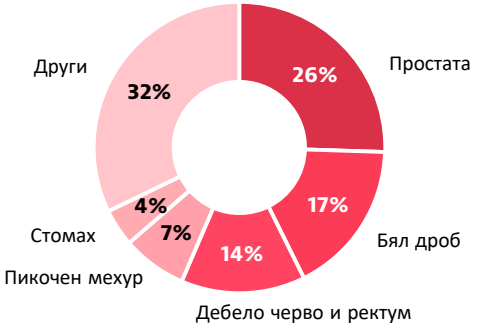
Заболяемостта от рак в България е по-ниска от тази в повечето други държави от ЕС

Според Европейската информационна система за рака (ECIS) на Съвместния изследователски център, новите случаи на рак през 2020 г. в България са около 35 000, оценени въз основа на тенденциите в заболяемостта от годините преди пандемията. Възрастово - стандартизираната заболяемост от всички видове рак през тази година е най-ниска в България (458 нови случая на 100 000 души население) в сравнение с държавите от ЕС. Въпреки че това е положителен признак, той следва да се тълкува внимателно, като се имат предвид други показатели — като смъртността от рак и петгодишната преживяемост на пациентите — с оглед на наличието и достъпа на българското население до услуги за профилактика, диагностика и скрининг. Съществуват и проблеми с данните за регистрацията на раковите заболявания в България. Липсата на ясен и точен регламент и методология за финансиране на дейностите за регистриране на раковите заболявания означава, че данните за тях в държавата са непълни и с не много добро качество.

Фигура 1. През 2020 г. се очакват около 35 000 нови случая на рак в България

Разпределение на заболяемостта от рак по локализация и пол в България и ЕС

БЪЛГАРИЯ - МЪЖЕ
19 542 нови случаи

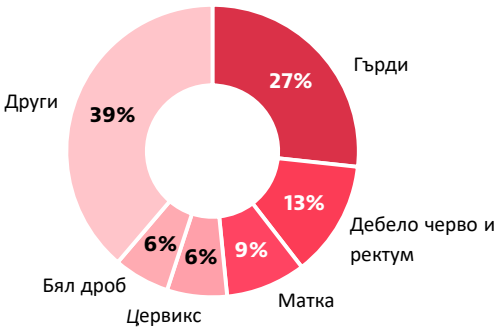


ЕС - МЪЖЕ
1 444 949 нови случаи

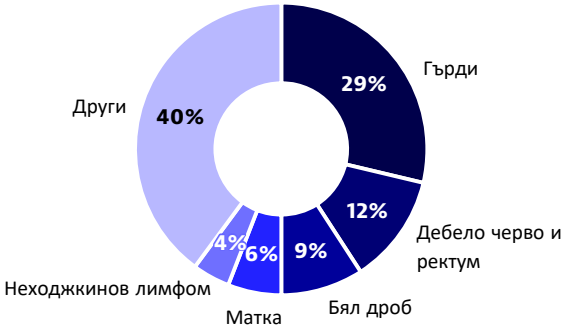
СТАНДАРТИЗИРАН ПО ВЪЗРАСТ КОЕФИЦИЕНТ (ВСИЧКИ ВИДОВЕ РАК)

България	595 на 100 000 души население
ЕС	686 на 100 000 души население

БЪЛГАРИЯ - ЖЕНИ
15 199 нови случаи



ЕС - ЖЕНИ
1 237 588 нови случаи



СТАНДАРТИЗИРАН ПО ВЪЗРАСТ КОЕФИЦИЕНТ (ВСИЧКИ ВИДОВЕ РАК)

България	368 на 100 000 души население
ЕС	484 на 100 000 души население

Забележка: В данните за рака на матката не са включени данни за рака на шийката на матката. Тези оценки са направени преди пандемията от COVID-19 въз основа на тенденциите в заболяемостта от предишни години и може да се различават от наблюдаваните през последните години.
Източник: Европейска информационна система за рака (ECIS). От https://ecis.jrc.ec.europa.eu, достъпен на 9.5.2022 г. © Европейски съюз, 2022 г.

Възрастово -стандартизираната заболяемост за 2020 г. В България е 595 случая на 100 000 мъже и 368 случая на 100 000 жени (фигура 1). От новорегистрираните през 2020 г. 35 000 случая на рак 56 % (19 542 случая) са при мъже. България е единствената държава в ЕС, за която се очаква общият брой на новорегистрираните случаи да намалее леко (с 2,5 %) до 2040 г. Това отчасти се обяснява с очаквания отрицателен прираст на населението.

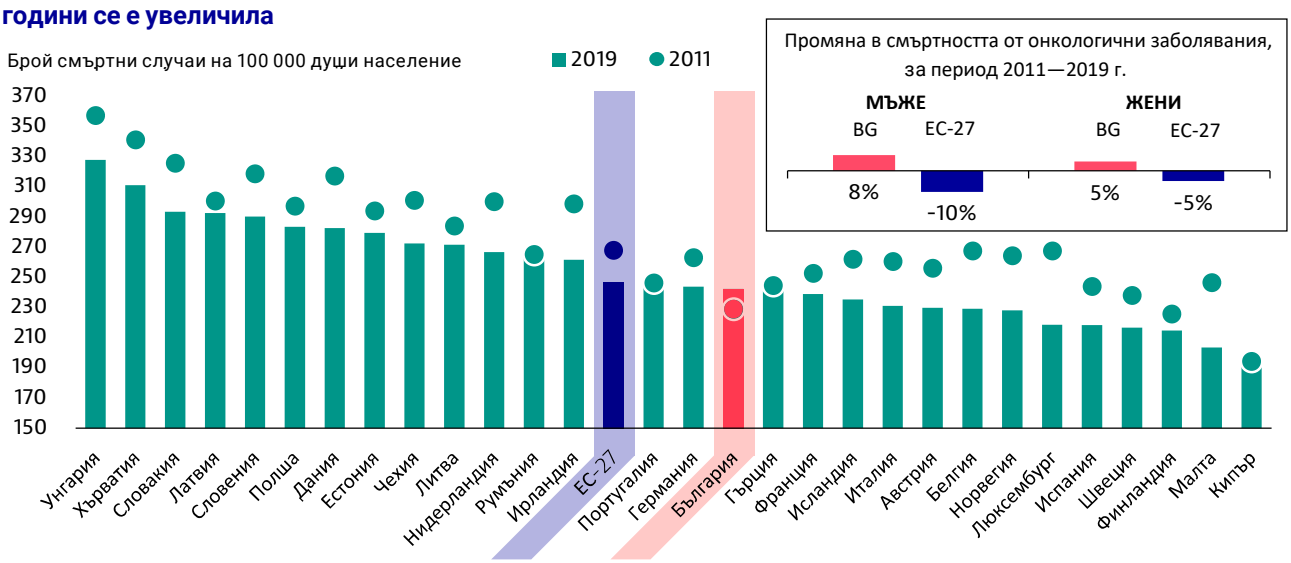
Основните видове новооткрити ракови заболявания при мъжете са ракътна простатата (26 % от общия брой), на белия дроб (17 %), на дебелото черво и ректума (14 %), на пикочния мехур (7 %) и на стомаха (4 %) (фигура 1). Това разпределение съвпада с модела, наблюдаван в ЕС като цяло. При жените най-често срещаните видове рак при новооткритите случаи са ракът на гърдата (27 % от общия брой), следван от рака на дебелото черво и ректума (13 %), рака на тялото на матката (9 %), рака на шийката на матката (6 %) и рака на белия дроб (6 %). Делът на рака на тялото на матката и на шийката на матката е много по-голям сред българските жени, отколкото сред жените в другите европейски държави, което отразява ниския обхват на ваксинация срещу HPV в държавата (вж. раздели 3 и 4).

Меланомът на кожата достига до 2 % от новите случаи на рак при мъжете и жените за 2020 г.. При раковите заболявания в детска възраст заболяемостта под 15 години през 2020 г. е 14 на 100 000, която е сходна със средната стойност за ЕС. През 2013 г. приблизителният брой на новите случаи на редки видове рак в България е около 9500.

Смъртността от ракови заболявания в България се увеличава

България е единствената държава в ЕС, в която се отчита увеличаване на смъртността от рак. Тя нараства от 229 смъртни случая от рак на 100 000 души население през 2011 г. до 242 смъртни случая от рак на 100 000 души през 2019 г. (фигура 2). Увеличението е по-голямо при мъжете (+8 %), отколкото при жените (+5 %).

Фигура 2. Смъртността от ракови заболявания в България е близка до средната за ЕС, но през последните години се е увеличила



Забележка: Средната стойност за ЕС е стандартизирана (изчислена от Евростат за периода 2011—2017 г. и от ОИСР за периода 2018—2019 г.).
Източник: база данни на Евростат.

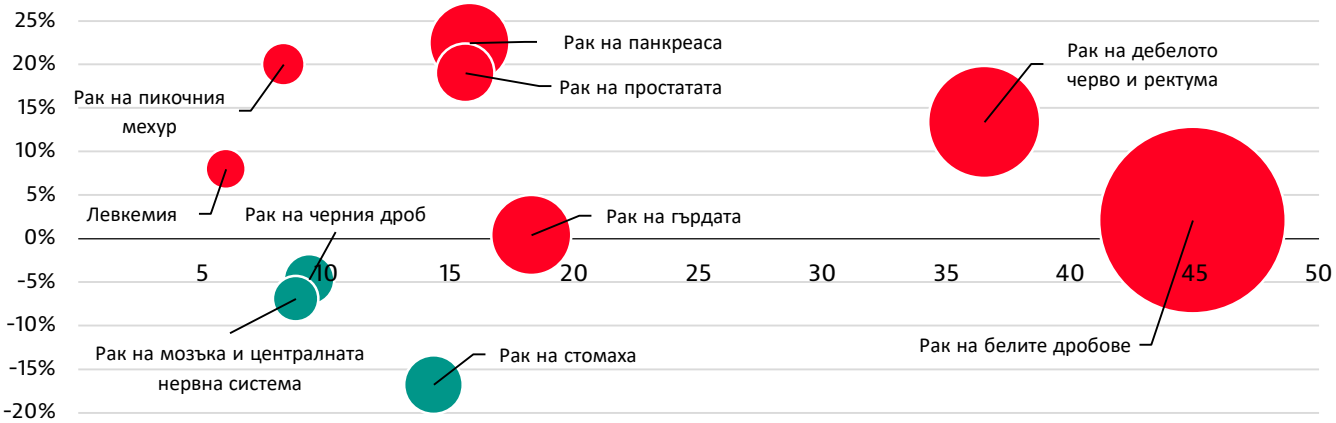
Ракът на белия дроб, ракът на дебелото черво и ректума и ракът на гърдата са основните двигатели на смъртността от рак в България

Онкологичните заболявания с най-висок дял от общата смъртност от рак в България през 2019 г., са ракът на белия дроб, ракът на дебелото черво и ректума, ракът на гърдата, ракът на панкреаса, ракът на простатата и ракът на стомаха (фигура 3). Локализациите, при които се наблюдава най-голямо увеличение на възрастово-стандартизираната смъртност през последните 10 години, са ракът на панкреаса (+22 %), ракът на пикочния мехур (+20 %), ракът на простатата (+19 %) и ракът на дебелото черво и ректума (+13 %). Спад в смъртността е отчетен при рака на стомаха (-17 %), мозъка (-7 %) и черния дроб (-5 %), докато при рака на белия дроб и гърдата не са настъпили особени промени в смъртността през периода.

Като цяло, въпреки ниските нива на заболяемост, високата и преждевременната смъртност от рак са причина за значимия болестен товар на онкологичните заболявания в България (46 914 години живот в добро здраве на 100 000 души са загубени през 2019 г., което е най-високата стойност в ЕС).

Фигура 3. През последните години смъртността от повечето онкологични заболявания в България се увеличава

Промяна в смъртността от онкологични заболявания за период 2011—2019 г. (или най-близката година)



Забележка: с червен цвят са означени локализациите, при които се отчита увеличение в смъртността от онкологични заболявания в периода 2011—2019 г.; със зелен цвят са означени онкологичните заболявания с намаление в смъртността. Размерът на кръга е пропорционален на коефициентите на смъртност през 2019 г. Смъртността при някои от онкологичните заболявания е ниска; следователно процентното изменение следва да се тълкува с повишено внимание. Размерите на кръговете, с които са означени коефициентите на смъртност не са сравними между отделните държави.
Източник: база данни на Евростат.

България е една от малкото държави в ЕС, които все още не са приели национален план за борба с рака

През юни 2021 г. със заповед на министъра на здравеопазването на България е създадена работна група към Министерството на здравеопазването, натоварена със задачата да изготви национален план за борба с рака, който да бъде съобразен с европейския план за борба с рака (Европейска комисия, 2021 г.). Групата включва представители на националните здравни институции, Българското онкологично научно дружество, Асоциацията на пациенти с онкологични заболявания в България, както и други заинтересовани правителствени и неправителствени организации. Проектът на българския национален план за борба с рака е критикуван за това, че не представя важна информация за актуалните нива и тенденции в показателите за онкологичните заболявания. В него липсват също така визия и конкретни планове за бъдещето на Националния скринингов регистър и за общонационална стратегия за скрининг на рак, като продължение на положителния опит и резултати от националната кампания „Спри и се прегледай", подкрепена от Европейската комисия.

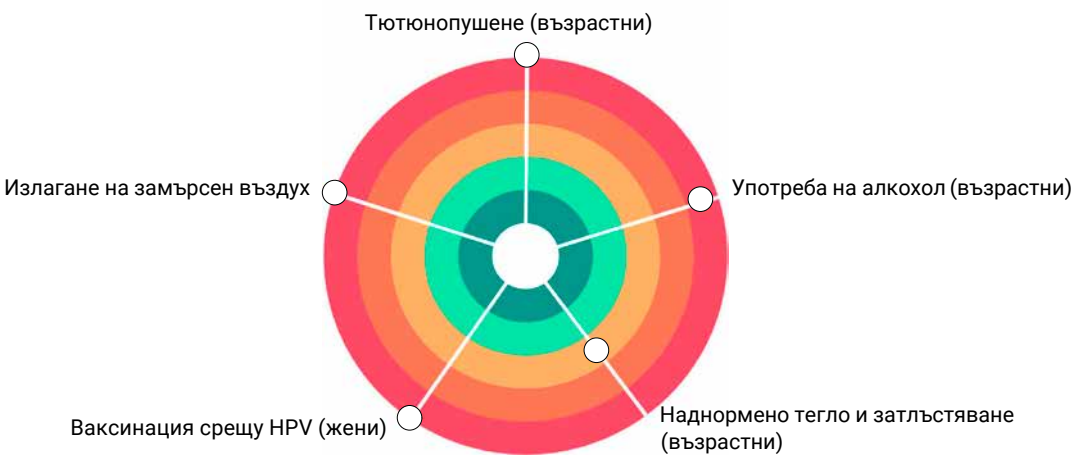
В резултат на това, въпреки положените усилия, към 2022 г. България е една от малкото държави в ЕС без официално одобрен национален план за борба с рака. Въпреки това в плана за възстановяване и устойчивост на България са планирани конкретни реформи в сектора на здравеопазването, включително инвестиции в профилактиката на рака (Министерски съвет на Република България, 2021 г.).

3. Рискови фактори и политики за профилактика на онкологичните заболявания

Населението на България е с по-неблагоприятни стойности от средните за ЕС на повечето рискови фактори за рак

По отношение на повечето рискови фактори, свързани с рака, като тютюнопушене, употреба на алкохол, наднормено тегло и затлъстяване, замърсяване на въздуха, установените в България нива са по-неблагоприятни от повечето вдруги държави от ЕС през 2019 г. (фигура 4). Неубедителните резултати от политиките за профилактика и промоция на здравето в съчетание с ограниченото финансиране за общественото здраве са допринесли за тази ситуация.

Фигура 4. Тютюнопушенето, употребата на алкохол и ниските нива на ваксинация срещу човешки папиломен вирус са основни рискови фактори



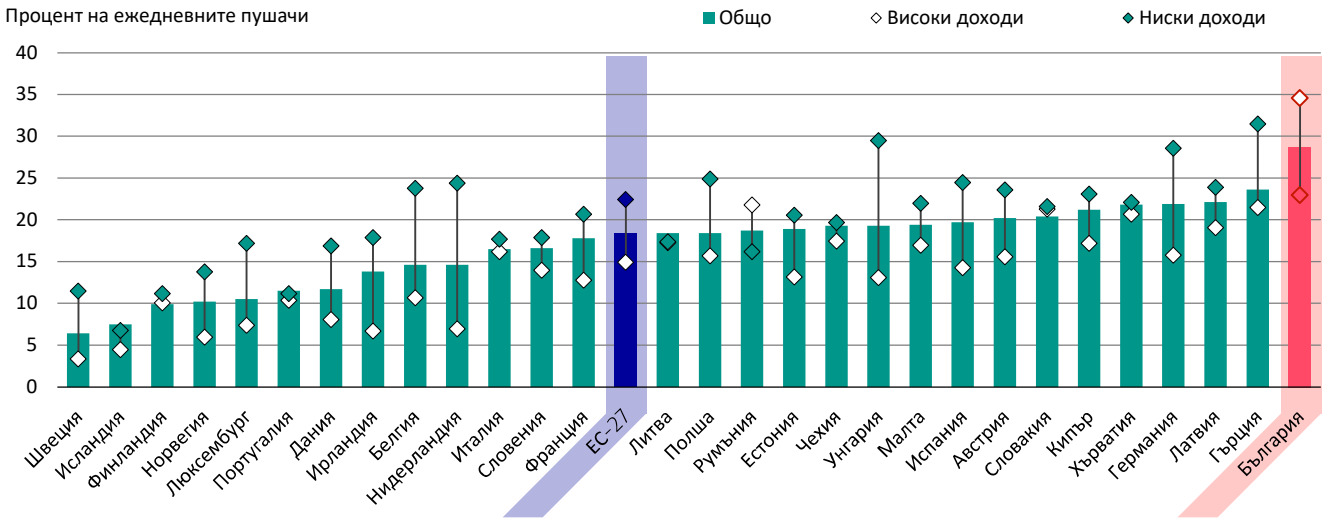
Забележка: Колкото по-близо е точката до центъра, толкова по-добре се представя държавата в сравнение с другите държави от ЕС. Нито една от държавите не попада в бялата „целева зона", тъй като във всички държави има какво да се подобри във всички области.
Източници: Изчисления на ОИСР въз основа на данни от Европейската система за здравни интервюта (EHIS) от 2019 г. за тютюнопушене и наднормено тегло/затлъстяване, статистически данни на ОИСР за здравеопазване за 2022 г. и Глобалната информационна система на СЗО за алкохола и здравето (GISAH) за употребата на алкохол (2020 г.), СЗО за ваксинацията срещу HPV (чрез съвместния формуляр за докладване на СЗО/ЮНИЦЕФ за имунизацията) (2020 г.) и Евростат за замърсяване на въздуха (2019 г.).

България е на първо място по дял на пушачи в ЕС

През 2019 г. България е с най-висок процент на пушачи, които пушат всеки ден сред държавите от ЕС — 29 % при средна стойност за ЕС 18 %. Страната е сред малкото държави от ЕС, които отчитат тенденция към увеличаване на разпространението на тютюнопушенето през последното десетилетие. Разпространението на тютюнопушенето сред мъжете в България (38 %) е почти два пъти по-високо от средното за ЕС равнище от 22 % и шест пъти по-високо от това в Швеция (6 %), която е с най-нисък дял пушачи сред държавите от ЕС. Налице е и голяма разлика между половете по отношение на честотата на тютюнопушене: сред мъжете в България то е почти два пъти по-високо от това сред жените (21 %).

За разлика от повечето държави от ЕС, в България не се наблюдават образователни различия по отношение на разпространението на ежедневното тютюнопушене. При стойност от 24 % българите се нареждат на първо място по дял на пушещите всеки ден сред високообразованото население в ЕС. Също така, за разлика от тенденцията в повечето държави от ЕС, високите доходи в България са свързани с по-висока честота на тютюнопушене от средните за населението. Всеки трети човек с по-високи доходи е пушач (35 %), с което България е на първо място по този показател в ЕС (фигура 5).

Фигура 5. Хората с високи доходи пушат по-често от останалата част от населението в България



Забележка: Средната стойност за ЕС е стандаризирана (изчислена от Евростат).
Източник: база данни на Евростат (EHIS). Данните се отнасят за 2019 г.

Употребата на алкохол е по-голям проблем за по-младите възрастови групи и за хората с по-ниско образование

Употребата на алкохол сред възрастните в България през 2020 г. (11,2 литра чист алкохол средно на година и на глава от населението) е по-висока от средната за ЕС (9,8 литра) и се е увеличила през последното десетилетие. За около 2 % от населението се съобщава за опасна употреба на алкохол, но със значителни различия между отделните групи. Например процентът на населението, класифицирано като опасно употребяващо алкохол във възрастовата група 15—64 години (1,8 %), е два пъти по-голям от този сред хората на възраст над 65 години (0,9 %). Също така процентът на злоупотреба с алкохол сред населението с ниско образование (1,7 %) е повече от два пъти по-висок от този при лицата с по-високо образование (0,7 %).

Новите случаи на ракови заболявания, дължащи се на употребата на алкохол, се оценяват на около 10 на 100 000 души от населението през 2020 г., като показателите за мъжете (15 на 100 000) са около три пъти по-високи от тези за жените (6 на 100 000) (Rumgay и др., 2021 г.).

Замърсяването на въздуха е по-високо в България, отколкото в ЕС

През 2019 г. експозицията на $ПЧ_{10}$[1] в България е достигнала 30,4 µg/m^3, което е втората най-висока концентрация сред държавите от ЕС и е с почти 50 % по-висока от средната за ЕС (20,5 µg/m^3). В България е отчетена и най-високата концентрация на $ПЧ_{2,5}$ сред държавите от ЕС, която достига 19,6 µg/m^3 (в сравнение с 12,6 µg/m^3 в ЕС). По данни на Института за здравни измервания и оценки експозицията на озон и $ПЧ_{2,5}$ е причина за около 9 % от всички смъртни случаи в България през 2019 г., което е най-високият дял сред държавите от ЕС.

Много смъртни случаи биха могли да бъдат избегнати чрез по-добра профилактика на инфекциите с човешки папиломен вирус

Ваксинационното покритие срещу HPV е от особено значение в българския контекст, тъй като възрасто-во-стандартизираните нива на заболяемост от рак на маточната шийка при жените (26 на 100 000 през 2020 г.) и смъртност (8 на 100 000 през 2019 г.) са сред най-високите в ЕС. Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка за периода 2012—2016 г. беше одобрена и финансирана от българското правителство в отговор на този приоритет на общественото здраве и беше продължена за периодите 2017—2020 г. и 2021—2024 г. България е двадесет и четвъртата държава в ЕС, която предоставя публични средства за ваксинация срещу HPV, а в държавата са лицензирани две ваксини. През първата година от изпълнението на програмата е постигнато 24 % покритие с три дози, но през следващите години покритието спада значително. В резултат на това в България е отчетен най-ниският дял на момичетата на 15-годишна възраст, които получават препоръчаните дози ваксина срещу HPV в ЕС (само 8 % през 2019 г.: седем пъти по-ниско от средните 60 % за ЕС). Ваксинацията при момчетата понастоящем не се обсъжда в страната.

Наднорменото тегло и затлъстяването се увеличават, като процентът им е по-висок сред хората с по-ниско образование

Разпространението на наднорменото тегло и затлъстяването сред възрастните в България е 55 % (64 % при мъжете и 46 % при жените) през 2019 г. През последните години този показател бележи стабилно нарастване и е малко по-висок от средния за ЕС — 53 % през 2019 г. Нарастващото разпространение на наднорменото тегло и затлъстяването сред хората с по-ниско и с по-високо образование в повечето държави от ЕС през периода 2014—2019 г. се наблюдава и в България, но то е по-значително сред хората с по-ниско образование (от 52 % стига до 58 %), отколкото сред хората с по-високо образование (от 47 % стига до 48 %).

Неправилното хранене обикновено се счита за основен фактор, допринасящ за наднорменото тегло и затлъстяването. През 2019 г. консумацията на плодове сред възрастните в България е много ниска (втората най-ниска сред всички държави от ЕС); трима от всеки петима възрастни не консумират поне по един плод всеки ден. Близо половината (49 %) не консумират зеленчуци всекидневно. Физическата активност сред възрастните е също ниска: едва 58 % упражняват поне умерена физическа активност всяка седмица, което е под средното равнище за ЕС от 64 %.

Профилактиката на рисковите фактори, свързани с рака, в България има ограничено въздействие

През последните 20 години са предприети законодателни мерки за забрана на тютюнопушенето на обществени и работни места, както и в обществения транспорт. Въведени са и европейски законодателни ограничения върху производството, предлагането, рекламата, спонсорството и продажбата на тютюневи изделия, както и специфични изисквания за предупредителните етикети и изображенията върху опаковките. За да се ограничи тютюнопушенето и да се предотвратят вредните му последици при подрастващите, е забранено предоставянето и продажбата на тютюневи изделия на лица под 18 години. Други превантивни дейности, насочени към младите хора, са съсредоточени върху насърчаването на здравословния начин на живот и предотвратяването на рисково поведение (нездравословно хранене, ниска физическа активност и злоупотреба с алкохол).

Допълнителни дейности, регламентирани в Националната програма за профилактика на хроничните незаразни болести за периода 2014—2020 г., удължена до 2024 г., са насочени към рисковите фактори за рак и включват национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението, проведено през 2020 г. В повечето регионални здравни инспекции (регионални звена към Министерството на здравеопазването) са открити кабинети за безплатни консултации по проблеми, свързани с

1 *Праховите частици (ПЧ) се класифицират според размера: $ПЧ_{10}$ се отнася за частици с диаметър, по-малък от 10 микрометра; $ПЧ_{2,5}$ се отнася за частици с диаметър, по-малък от 2,5 микрометра.*

теглото и отказването от тютюнопушене. Друга програма, обхващаща контрола на рисковите фактори за хронични незаразни болести (включително ракови заболявания) на регионално равнище, е Националната интегрирана програма на СЗО за интервенция върху незаразните болести (CINDI), която включва девет демонстрационни зони от България.

Въпреки наличието на политики за профилактика на рисковите фактори за рака и различни инициативи за промоция на здравето, цялостното им въздействие е ограничено. Основните пречки пред постигането на целите на програмите за профилактика включват ограниченото участие на представители на всички заинтересовани страни (национални и регионални създатели на здравни политики, Националната здравноосигурителна каса, Регистъра за рака, медицински специалисти, пациентски организации, учители и обществени медиатори); липсата на цялостна здравна стратегия за борба с рака — особено сред уязвимите групи от населението (като мигранти, хора с ниско образование или нисък социално-икономически статус и хора с увреждания); и ограниченото финансиране (през 2020 г. здравната профилактика представлява едва 2,8 % от общите разходи за здравеопазване в България в сравнение със средно 3,4 % в ЕС).

4. Ранно откриване на онкологичните заболявания

В България липсва национална програма за популационен скрининг на ракови заболявания

Организацията на скрининга на ракови заболявания в България не осигурява систематичен подход, национално покритие и равен достъп; в резултат на това ефективното ранно откриване на онкологични заболявания е затруднено. Липсва популационно базирана програма, която да предлага скрининг за специфични целеви популации, което се отразява в ниските нива на скрининг, описани по-долу. Липсват и конкретни национални политики, насочени към групите с по-висок риск или към групите с ограничен достъп до здравни услуги. Понастоящем българското население е оставено на ограничените възможности на опортюнистични скрининг програми, осигурени от основния здравноосигурителен пакет на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Тези дейности обаче не отговарят на европейските насоки за висококачествени популационно-базирани програми за скрининг за онкологични заболявания.

На практика профилактичните услуги, свързани с ранното откриване на различни видове онкологични заболявания в България, са сред отговорностите на изпълнителите на първична и специализирана извънболнична медицинска помощ. Всеки здравноосигурен гражданин има право на ежегоден общ профилактичен преглед, който включва специфични скринингови изследвания в зависимост от възрастта и индивидуалния рисков профил. Изследванията, които се покриват от НЗОК, са мамография за жени на възраст 50 и повече години (всяка втора година), изследване на простатно-специфичен антиген за мъже на възраст 50 и повече години, както и ежегодни посещения при гинеколог и цитонамазка за жени на възраст 30—40 години.

Всяка година се организират различни спорадични инициативи за скрининг (по-често на регионално равнище), някои от които са насочени към онкологични заболявания. При тях обаче не може да се осигури системно и непрекъснато събиране на информация за новооткритите случаи и всички свързани с това дейности се прекратяват в края на инициативата.

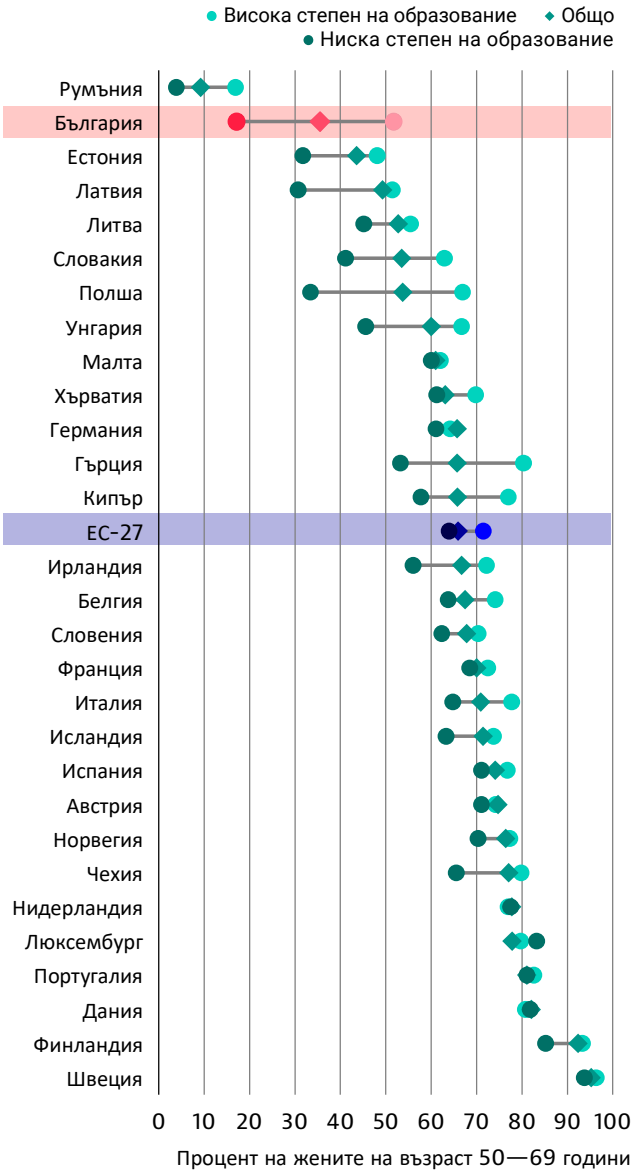
Процентът на участие в скрининг за рак на гърдата в България е по-нисък от средния за ЕС, като се наблюдават големи различия в зависимост от доходите

България е сред държавите от ЕС с най-ниски равнища на участие в скрининг за рак на гърдата. Липсата на национален популационен скрининг се компенсира отчасти с регионални инициативи, предлагани от общини, болници, здравни центрове и дори отделни медицински специалисти. Например от 2015 г. насам Столична община предоставя финансиране за скрининг за рак на гърдата на жени, работещи в определени сектори (учителки, работещи в културни институции или институции за социални услуги, както и работещи в обществения транспорт). Такива регионални инициативи обаче са достъпни предимно в големите градове и не обхващат цялото население. В резултат на това само 36 % от българските жени на възраст 50—69 години съобщават, че са преминали мамографско изследване през последните две години, предхождащи проучването с европейското здравно интервю от 2019 г. (фигура 6).

Отчетени са и големи неравенства в нивата на скрининг. През 2019 г. 52 % от българските жени с високо ниво на образование са обхванати със скрининг за рак на гърдата, срещу 17 % от тези с ниско ниво на образование, което е най-голямата разлика сред всички държави от ЕС. Неравенството в достъпа до скрининг за рак на гърдата в зависимост от доходите и местоживеенето също е много по-голямо в България, отколкото в повечето държави — членки

на ЕС. Делът на българските жени с високи доходи, които съобщават, че са преминали скрининг за рак на гърдата през последните две години, е 54 % в сравнение със само 18 % от жените с ниски доходи.

Фигура 6. Различията в нивата на скрининг за рак на гърдата в България в зависимост от образованието на жените са най-високите в ЕС

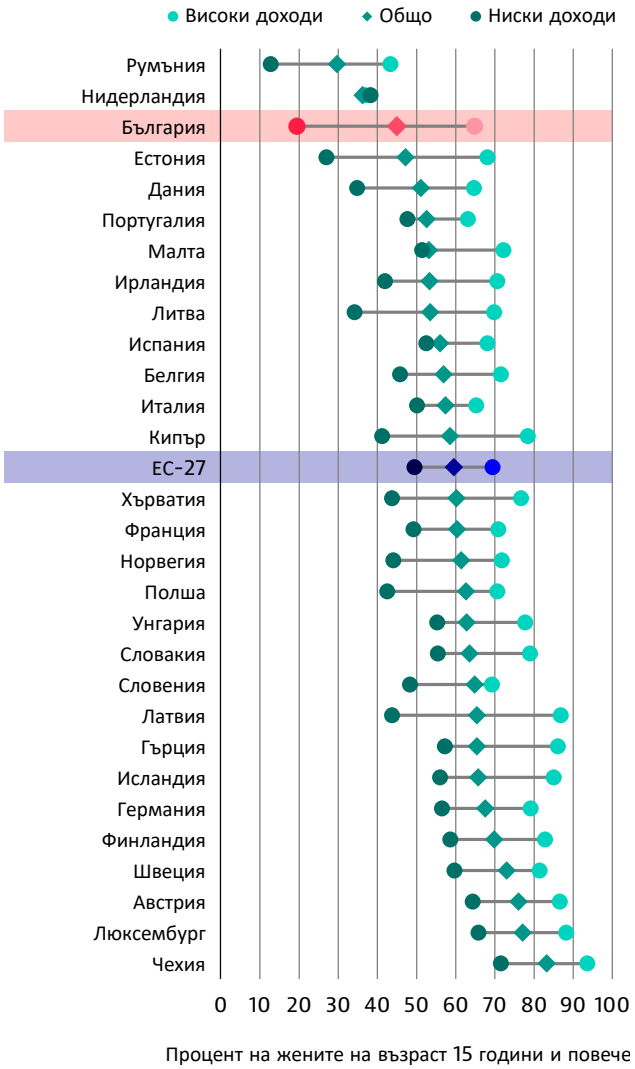


Забележка: Средната стойност за ЕС е стандартизирана (изчислена от Евростат). Във фигурата е показан процентът на жените на възраст 50—69 години, които са съобщили, че са си направили мамография през последните две години. Източник: база данни на Евростат (EHIS). Данните се отнасят за 2019 г.

Обхватът на скрининга за рак на маточната шийка, рак на дебелото черво и ректума в България е сред най-ниските в ЕС

България е сред държавите от ЕС с най-ниско покритие на населението със скрининг за рак на маточната шийка. През 2019 г. само 45 % от българските жени над 15-годишна възраст съобщават, че са си направили цитонамазка през последните три години, а разликата между жените с високи (65 %) и ниски (20 %) доходи е най-голямата в ЕС (фигура 7). Ниското ниво на скрининг за рак на маточната шийка е още по-проблематично, когато се вземе предвид високата възрастово -стандартизирана смъртност от рак на маточната шийка в страната (България е на трето място по този показател в ЕС; вж. раздели 2 и 3).

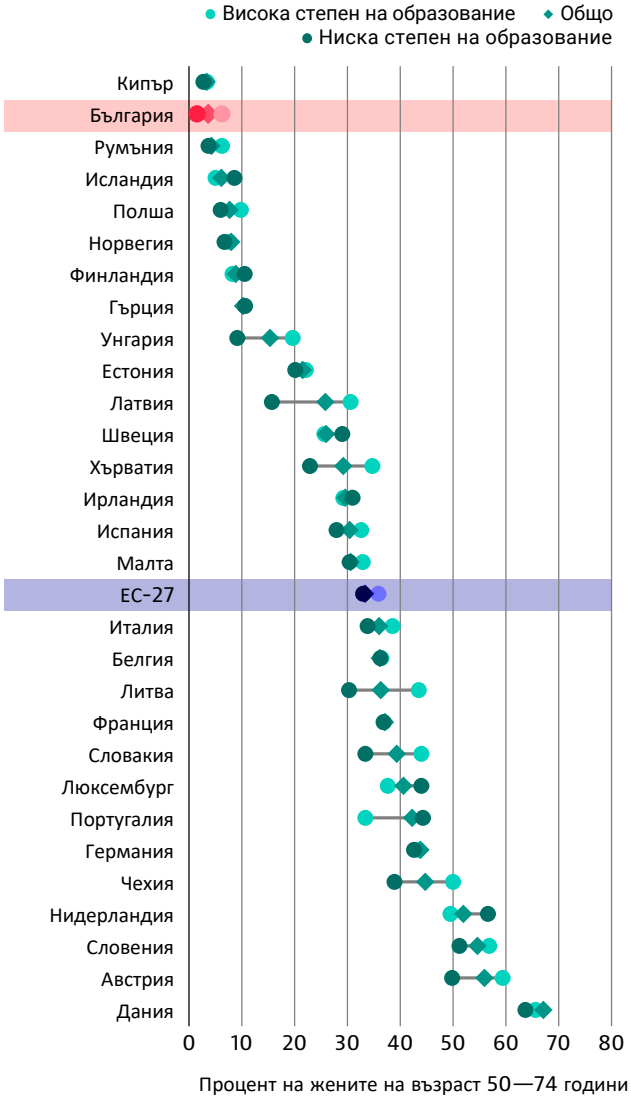
Фигура 7. Нивата на скрининг за рак на маточната шийка в България са ниски, като се наблюдават големи различия в достъпа в зависимост от доходите на жените



Забележка: Средната стойност за ЕС е стандартизирана (изчислена от Евростат). Във фигурата е представен процентът на жените на възраст 15 и повече години, които са съобщили, че са си направили цитонамазка през последните три години. Източник: база данни на Евростат (EHIS). Данните се отнасят за 2019 г.

Скринингът за рак на дебелото черво и ректума е предизвикателство за всички държави: средният дял на прегледаните от подлежащите на скрининг през последните две години в ЕС, е едва 33 %, като България се нарежда сред страните с най-ниски стойности и по този показател. През 2019 г. само 4 % от българското население на възраст между 50 и 74 години съобщават, че са си направили изследване за окултни кръвоизливи през последните две години (фигура 8).

Фигура 8. Стойността за скрининг за рак на дебелото и правото черво в България, е на второ място сред най-ниските стойности в ЕС



Забележка: Средната стойност за ЕС е стандартизирана (изчислена от Евростат). На фигурата е представен процентът на населението на възраст 50—74 години, което е съобщило, че е направило изследване за фекална скрита кръвпрез последните две години.
Източник: база данни на Евростат (EHIS). Данните се отнасят за 2019 г.

Липсва разбиране сред обществото и политическа подкрепа за национален популационен скрининг за ракови заболявания

Националният проект „Спри и се прегледай", подкрепен от Европейската комисия, приключи през 2014 г. Основната му цел беше да се повиши обществената информираност относно същността и ползите от скрининга за онкологични заболявания. Въпреки широкомащабните информационни кампании обаче бяха извършени едва 14 % от планираните 400 000 скринингови изследвания за онкологични заболявания (включително скрининг за рак на гърдата, маточната шийка и дебелото черво и ректума). Основното постижение на проекта беше създаването на Национален регистър за скрининг за рака, но след приключването на проекта възникнаха трудности с поддържането на неговите дейности.

В България са предприети стъпки за разработване и регламентиране на Национален регистър за скрининг на населението (не само за онкологични заболявания). В Наредба на Министерството на здравеопазването от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията подробно е описана регулаторната рамка на услугите за скрининг на населението в държавата. Съгласно нея държавата е отговорна за разработването и поддържането на система за организиран скрининг на населението. Когато започне да функционира пълноценно, Националният регистър за скрининг на рака следва да се управлява от Националния център по обществено здраве и анализи. Той следва да съдържа лични данни на лицата, които са били подложени на скрининг; данни за лечебните заведения, извършващи скринингови изследвания; резултати от проведените прегледи и други необходими данни. Регистърът следва да предоставя възможност за установяване на групите от населението, отговарящи на условията за провеждане на специфичен скрининг, и на лицата, които са преминали през преглед, както и да се води електронно досие на всяко лице. Дейностите на Регистъра за скрининг следва да се извършват в тясно сътрудничество с Българския национален раков регистър.

5. Ефективност на грижите за болните от рак

5.1 Достъпност

Националната здравноосигурителна каса покрива разходите за онкологични грижи и услуги, но съществуват големи пропуски в покритието

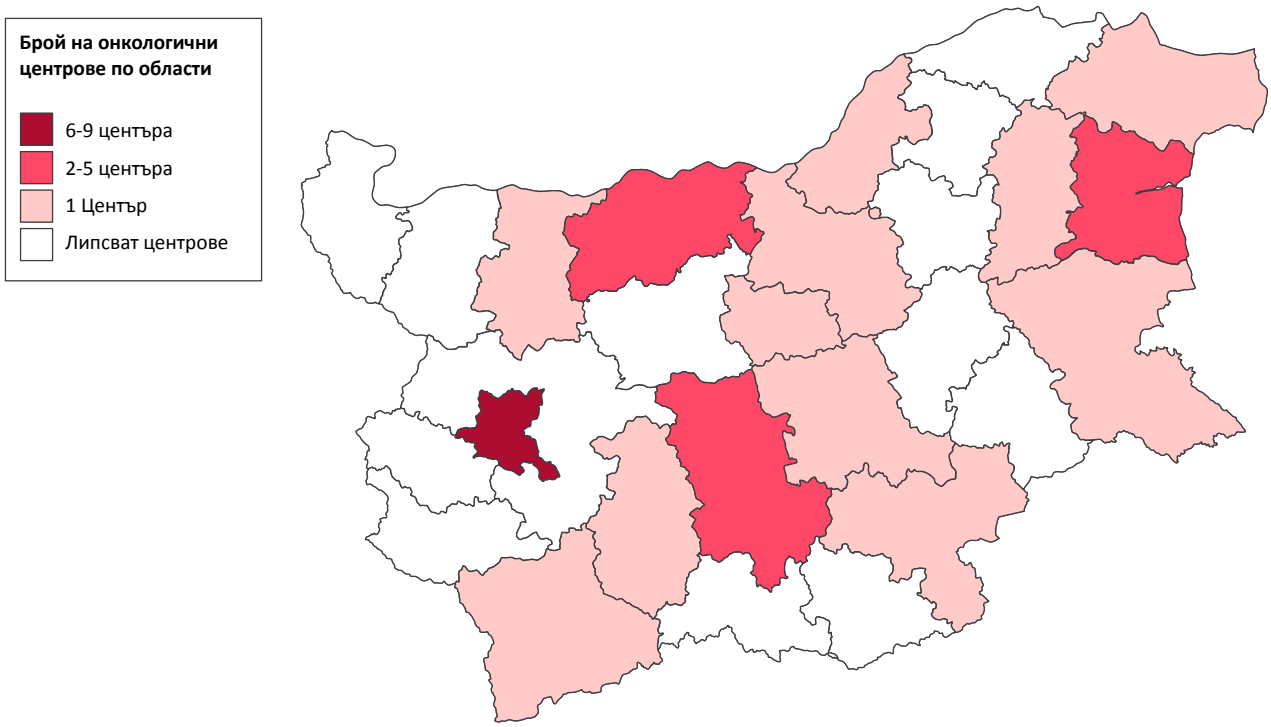
Финансовата достъпност на онкологичните услуги в България е силно зависима от наличието на здравна осигуровка в системата на задължителното здравно осигуряване, тъй като всички елементи на диагностичните и терапевтичните грижи при онкологични заболявания се осигуряват изцяло от НЗОК. Всички здравноосигурени граждани имат право на достъп до необходимите диагностични и терапевтични процедури при рак, без да доплащат за амбулаторно или болнично лечение или за лекарства, свързани с онкологични заболявания. Въпреки това, според последните налични данни 12,4 % от българското население не е било здравноосигурено през 2020 г., което на практика представлява сериозна пречка за достъпа на тази група до здравни услуги.

Предоставянето на услуги свързани с онкологични заболявания се регламентира от Закона за здравето и Наредба № 2 от 2016 г. на Министерството на здравеопазването, в която е определен пакетът от дейности по грижи за болните от рак, финансиран от НЗОК за здравноосигурените лица. Услугите за пациенти с онкологични заболявания се покриват по две клинични пътеки за комплексно онкологично лечение със специфично съдържание в зависимост от възрастта на пациента (под и над 18 години).

Концентрацията на услуги в градовете ограничава достъпа до онкологични грижи в отдалечените и селските райони

В България има изградена национална онкологична мрежа, състояща се от 20 държавни и 6 частни специализирани онкологични болнични центъра, които предлагат пълен набор от диагностични и терапевтични услуги. Тези центрове са разположени в 14 града на държавата (фигура 9), като ясно е изразена концентрацията на услуги в столицата и в три университетски центъра — Пловдив, Варна и Плевен. Пет от държавните и четири от частните онкологични болници (т.е. една трета от всички специализирани онкологични болници) се намират в столицата София, като обслужват по-малко от една четвърт от общото население. Като цяло хората, живеещи в селските и отдалечените райони, нямат същия географски достъп до онкологични грижи като тези в големите градски и водещи университетски центрове.

Фигура 9. Онкологичните центрове, предоставящи диагностични и лечебни услуги, са неравномерно разпределени



Източник: Авторите се основават на данни от Българското онкологично научно дружество, Българския национален раков регистър и Международната агенция за атомна енергия (МААЕ).

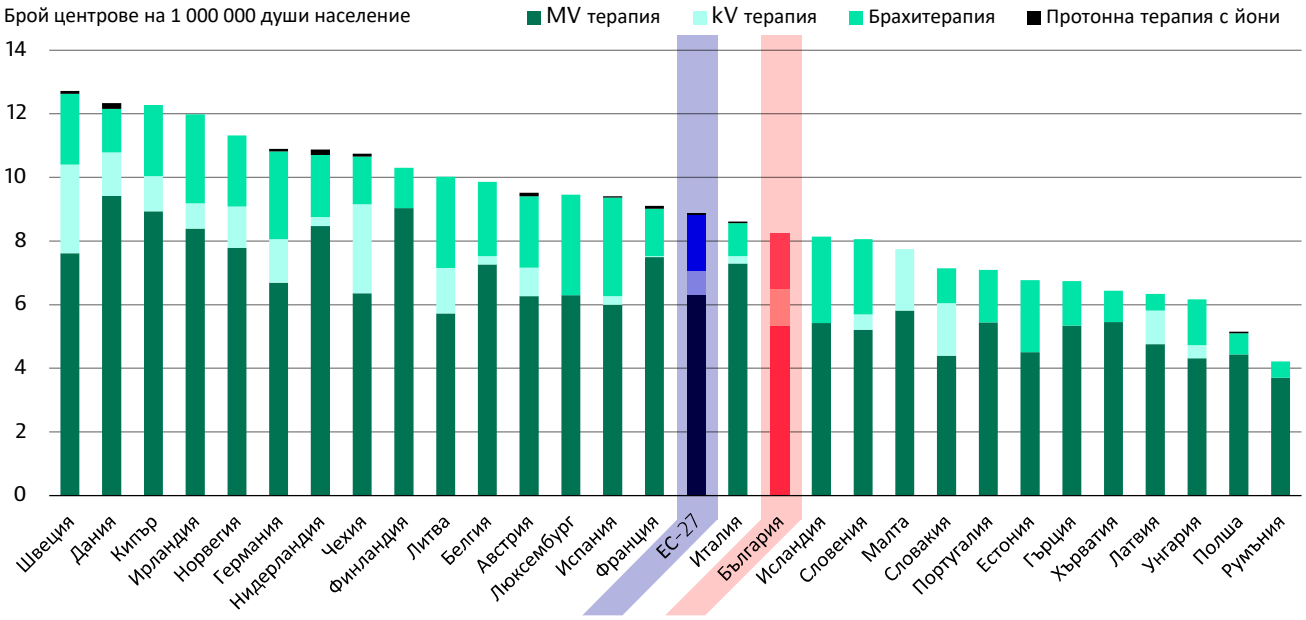
България разполага с оборудване на високо ниво за откриване и лечение на рак

От технологична гледна точка онкологичните центрове в България са сравнително добре оборудвани за диагностика и лечение (фигура 10). Технологичната осигуреност на центровете за терапия с частици, мегаволтова (MV) терапия и брахитерапия в България е много близка до средната за ЕС, докато броят на центровете за киловолтова (kV) терапия е над средния за ЕС за 2022 г. (или последната година, за която има налични данни). В резултат на това след поставяне на диагнозата достъпът до лечение обикновено се осигурява без забавяне. Освен това осигуреността със скенери за компютърна томография (КТ) в България е с 60 % над средната стойност за ЕС, въпреки че наличността на скенери за ядрено-магнитен резонанс (ЯМР) е малко по-ниска.

Високото ниво на осигуреност с технологично оборудване (като компютърни томографи) е свързано не само с големия брой добре оборудвани болници, но и с големия брой частни амбулаторни медико-диагностични центрове, които предлагат съвременни диагностични услуги директно на населението.

Основните политически решения в областта на лечението на онкологичните заболявания през последните години са насочени най-вече към увеличаване на диагностичното и лъчетерапевтичното оборудване и осигуряване на разпределението му в цялата страна. Като цяло високите нива на технологично оборудване предпазват българските граждани от забавяне на достъпа до процедури за диагностика и лечение на онкологични заболявания.

Фигура 10. България е близо до средното ниво за ЕС по отношение на наличието на центрове за терапия с частици



Забележка: MV означава мегаволт, а kV — киловолт. Средната стойност за ЕС-27 не е стандартизирана (изчислена от ОИСР).
Източник: Международна агенция за атомна енергия.

Недостигът на здравни кадри е основна пречка пред достъпа до грижи за болните от рак в България

За разлика от наличието на материално оборудване, сериозният недостиг на здравни специалисти — както лекари, така и медицински сестри, специализирани в областта на онкологията и палиативните грижи — затруднява достъпа до грижи за болните от рак в България. Осигуреността с онколози (1,95 на 100 000 жители през 2016 г. според последните налични данни) е сред най-ниските в ЕС. По последни данни на Националния статистически институт на България броят на лекарите специалисти по медицинска онкология в държавата през 2021 г. е 276, или 0,4 на 10 000 души население. Недостиг на специалисти се отчита и в други области и засяга цялата верига на лечение на онкологични заболявания (включително патолози, анестезиолози, рехабилитатори и специалисти по образна диагностика, палиативни медицински грижи и т.н.). Палиативните медицински грижи не съществуват като отделна специалност за здравните специалисти, включително лекари и медицински сестри. Планирането и инвестирането в образованието, обучението и мотивацията на младите специалисти да специализират в тези области е важен елемент, който трябва да се развива в държавата.

През последното десетилетие достъпността на нови лекарства за рак в България се е подобрила значително

През последните години инвестициите в медикаментозно лечение в България са се увеличили значително, като особено внимание се обръща на осигуряването на онкологични лекарствени продукти за системно лечение. От 2015 г. насам е постигнат значителен напредък по отношение на наличността на онкологични лекарства в държавата, а НЗОК е добавила много иновативни лекарства към

позитивния лекарствен списък. Плащанията на НЗОК за онкологични лекарства са се увеличили от 72,5 млн. евро през 2012 г. на 127,5 млн. евро през 2015 г., а плащанията за медицински дейности — включително клинични процедури и клинични пътеки в областта на онкологията — са нараснали от 40 млн. евро през 2012 г. на 56,5 млн. евро през 2015 г. (ARPharm, 2016 г.). Лекарствата за онкологични заболявания (включително антинеопластични и обезболяващи), които са одобрени от Европейската агенция по лекарствата на централно равнище и са включени в националния позитивен лекарствен списък, се възстановяват на 100 % от НЗОК. Те са достъпни, след като експертна онкологична комисия потвърди, че са необходими за пациента.

Достъпът до палиативни грижи в България продължава да бъде основен проблем в лечението на болните от рак

Палиативните грижи за пациенти с онкологични заболявания в България остават неравномерно разпределени, некоординирани, недостатъчни и недобре интегрирани в системата на здравеопазването, главно в резултат на ограничените публични инвестиции и ниския капацитет на системата. Общо 25 болници в България са подписали договор с НЗОК за предоставяне на палиативни грижи за пациенти с онкологични заболявания (Министерство на здравеопазването, 2021а). През последните няколко години е постигнат известен напредък, като броят на дейностите и финансовите ресурси за палиативни грижи са се увеличили. Броят на дните с осигурени палиативни грижи са се увеличили от 18 000 през 2018 г. на 20 600 през 2019 г., а средствата, заплатени от НЗОК за тези услуги, са се увеличили почти двойно.

Тези положителни промени обаче са недостатъчни, тъй като оценките показват, че през 2020 г. само 4,7 % от всички неизлечимо болни от рак пациенти в България са получили палиативни грижи в края на живота си. Експертите и Министерството на здравеопазването признават, че публичните средства за палиативни грижи са недостатъчни и че броят на необходимите болнични легла е много по-голям от наличния. В Световния атлас по палиативни грижи (WHPCA, 2020 г.) България е поставена сред онези 25 % от държавите с най-ниско ниво на развитие на дейностите за палиативни грижи, осигурени само на няколко места в страната, но с ръст на местната подкрепа в тази област; множество източници на финансиране; наличие на морфин; наличие на хосписни услуги за палиативни грижи от различни доставчици; и предоставяне на някои инициативи за обучение и образование от страна на хосписи и организации за палиативни грижи.

5.2 Качество

Преживяемостта на пациентите с онкологични заболявания в България е сред най-ниските в ЕС за основните видове рак

Петгодишната преживяемост на пациентите в България за основните видове рак — рак на белия дроб, простата, дебело черво, гърда и шийка на матката и левкемия в детска възраст — се подобрява постепенно през периода 2000—2014 г., но държавата остава в най-ниския квартил сред държавите от ЕС по отношение на преживяемостта за всички видове рак. Петгодишната преживяемост на пациентите в България е най-ниска при рака на белия дроб в сравнение с другите видове рак (фигура 11).

Фигура 11. Петгодишната преживяемост на пациентите в България е по-ниска от средната за ЕС при много видове рак

Рак на простатата	Левкемия в детска възраст	Рак на гърдата	Рак на маточната шийка	Рак на дебелото черво	Рак на белите дробове
България: 68%	България: 78%	България: 78%	България: 55%	България: 52%	България: 8%
ЕС 24: 87%	ЕС 24: 82%	ЕС 24: 83%	ЕС 24: 64%	ЕС 24: 60%	ЕС 24: 15%

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

Ниските нива на преживяемост на пациентите с онкологични заболявания са свързани с проблеми в ранното откриване и достъпа до скрининг

Делът на раковите заболявания, диагностицирани в напреднал стадий 3 и 4 (поради слабия достъп до масов скрининг), отчасти обяснява ниските нива на преживяемост в България. Според последните налични данни през 2014 г. повече от една четвърт (27 %) от случаите на рак на простатата при българските мъже са диагностицирани в напреднал стадий. Същото се отнася и за рака на маточната шийка (29 % от случаите), рака на гърдата (28 %) при жените, както и за рака на дебелото черво (42 %) и рака на белия дроб (66 %) при двата пола.

Услугите за лечение на рака се предоставят от акредитирани институции

Здравните услуги за пациенти с онкологични заболявания в България се предоставят от национална мрежа от държавни и частни специализирани болници за онкологични грижи. Това са акредитирани здравни заведения, отговарящи на изискванията на националния медицински стандарт по онкология за предоставяне на комплексни специализирани услуги за пациенти с онкологични заболявания (включително амбулаторни и болнични грижи, рехабилитация, регистрация и т.н.) (Министерство на здравеопазването, 2018 г.). Болнично заведение може да сключи договор с НЗОК и да получи възстановяване на разходите само, ако отговаря на изискванията на този клиничен стандарт и на клиничната пътека за предоставяне на всяка отделна част от комплексния процес на лечение на онкологични заболявания. Изискванията не са свързани с обема на дейността, а с оборудването и наличието на специализиран персонал. В България онкологичните центрове не са акредитирани от Организацията на европейските онкологични институти.

Инфраструктурата за събиране на данни и за анализ на тежестта на онкологичните заболявания и резултатите от грижите не функционира

Важен стълб на онкологичната система в България е Националният раков регистър (НРР), който е създаден през 1952 г. Задачата му е да регистрира всички нови случаи на злокачествени новообразувания в цялата страна и да отчита най-важните показатели, свързани с онкологичните заболявания сред населението — заболяемост, болестност, стадий на заболяването при диагностициране, смъртност и преживяемост. Информацията се събира от 13 регионални ракови регистъра, които са свързани със специализираните болници за лечение на онкологични заболявания (Валерианова и др., 2015 г.).

Информацията за всеки новооткрит случай на онкологично заболяване се въвежда и съхранява в регионалните бази данни и периодично се изпраща в Националния раков регистър, където се проверява за точност, пълнота и съгласуваност. Всяка година се публикува доклад за състоянието на онкологичните заболявания в България. За всеки случай се събира информацията за повече от 100 характеристики, които включват данни за пациента, данни за злокачественото заболяване, за лечението и хода на заболяването.

От 2011 г. националният и регионалните ракови регистри работят чрез специална информационна система — CancerRegBG, в съответствие с европейските и международните правила и изисквания по отношение на регистрацията на онкологичните заболявания. Качеството на регистрацията на данните се оценява с помощта на показатели за съпоставимост, пълнота и валидност. През 2013 г. методите за пряка оценка показват 94,5—96,0 % пълнота на регистрацията при мъжете и 91,1—93,6 % при жените. Националният раков регистър участва в международни проекти и сътрудничества за предоставяне на информация, включително програмите EUROCHIP, EUROCARE, EUROCOURSE, RARECARENet, EPAAC и CONCORD. Българският национален раков регистър е част от Европейската мрежа на регистрите на раковите заболявания и на Международната асоциация на раковите регистри от 2000 г. насам (Валерианова и др., 2015 г.).

Функционирането на тази важна част от националната онкологична мрежа обаче не е обезпечено с целеви бюджет, поради слабото разбиране на ползата от Българския национален раков регистър в контрола на рака. Това пречи както на разширяването на обхвата на регистрираните данни, така и на навременното представяне на резултатите. В регистъра на ракови заболявания не се събира геномна информация, както и подробна информация за получените/ осигурените грижи, включително за резултатите, съобщени от пациентите (PROM), и субективната оценка от пациентите (PREM). Въпреки че редовно се изготвят доклади с информация за стадия на онкологичните заболявания въз основа на регистрираните данни, те не се анализират с цел оценка на качеството на грижите и за вземането на информирани решения.

Анализ на съобщените от пациентите резултати и преживявания не се прави рутинно

Освен изискванията на националния стандарт по медицинска онкология, не са въведени други изисквания на национално равнище за мониторинг на съответствието на грижите за болните от рак с клиничните препоръки и докладване на показателите за качество на тези грижи. Анализ на съобщените от пациентите резултати (PROM) и на съобщените от пациентите преживявания (PREM) е оставено на независимото решение на ръководствата на отделните лечебни заведения. В неотдавнашно проучване се анализира спазването на препоръките на Европейското дружество на специалистите по рак на гърдата (EUSOMA) за диагностика и лечение на заболяванията от рак на гърдата в България (Василева, 2021 г.). Данните от Националния раков регистър показват ниско ниво на придържане към препоръките на EUSOMA, ниски резултати за преживяемост на изследваните 6700 жени с едностранен инвазивен рак на гърдата и значителни разлики в преживяемостта между подгрупите, като резултатите са в полза на пациентките, които са получили необходимото лечение и са имали известни туморни характеристики.

5.3 Разходи и съотношение качество/цена

Разходите за онкологични заболявания в България са сред най-ниските в ЕС

Двата основни компонента на общите разходи за онкологични заболявания са преките и непреките разходи. Преките разходи показват използването на ресурси, произтичащо пряко от заболяването, което се отнася до разходите, поемани от системата на здравеопазването. Преките разходи за онкологични заболявания в България за 2018 г., коригирани спрямо паритета на покупателната способност, се оценяват на 90 евро на човек от населението; те са третите най-ниски в ЕС след Румъния и Латвия. Въпреки значителното нарастване на преките разходи за онкологични заболявания в България през периода 1995—2018 г. (почти четирикратно увеличение от 24 евро на 90 евро на човек от населението), те остават около три пъти по-ниски от най-високите разходи в ЕС и значително под средните за ЕС (200 евро на човек от населението). Преките разходи за онкологични заболявания в България за 2018 г. представляват приблизително 7 % от общите разходи за здравеопазване в държавата, което е повече от средния дял за ЕС - 6,2 %.

Нарастващите разходи за лекарства за лечение на рак са основният фактор за увеличаване на преките разходи за лечение на онкологичните заболявания

За нарастващите преки разходи за лечение на онкологични заболявания в ЕС допринасят различни фактори, като например нарастващият брой пациенти с онкологични заболявания и подобрената преживяемост при тях. Въпреки това, един от основните фактори за увеличението е рязкото нарастване на разходите за лекарства за рак (включително все по-широкото използване на таргетни терапии и имунотерапии, както и разширяването на техните показания). Средно за периода 2008—2018 г. разходите за лекарства за рак в България са нараснали с 20 % (най-високият ръст, отчетен в ЕС). В резултат на това делът на разходите за лекарства за лечение на рак от общите преки разходи за лечение на рак в България през 2018 г. е 68 %, което е най-високият дял в ЕС и значително над средния за ЕС дял от 31 %. Нееластичните цени на терапиите за лечение на рак в ЕС, съчетани с по-ниската абсолютна стойност на общите разходи за лечение на рак, отчасти обясняват защо лекарствата за лечение на рак представляват такъв съществен дял от общите разходи.

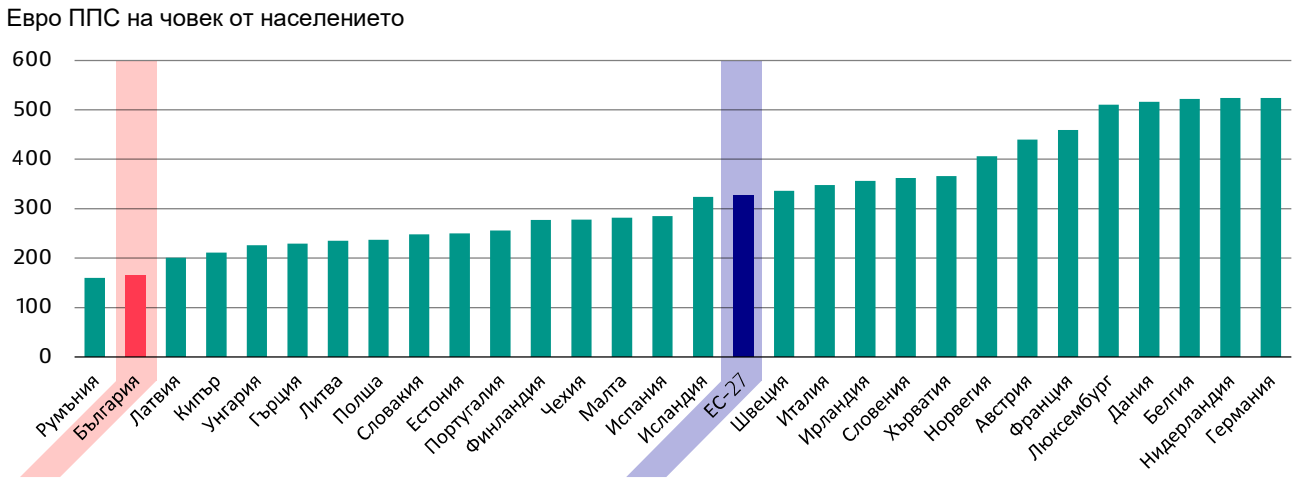
За да се повиши ефикасността и прозрачността на процеса на възстановяване на разходите в България, през 2015 г. е въведена оценка на здравните технологии (ОЗТ) като задължителна процедура за включване на лекарства в осигурения пакет здравни услуги. Националният център по обществено здраве и анализи, институция към Министерството на здравеопазването, извършва дейностите по ОЗТ в държавата. Въпреки приемането на широк набор от мерки от 2011 г. насам, ОЗТ не успява да контролира разходите за лекарства или да повиши ефективността и ефикасността на лекарствената терапия.

Непреките разходи за онкологични заболявания остават стабилни в България

Непреките разходи — отнасящи се до разходите поради загуба на производителност в резултат на заболяването — остават стабилни в България, докато в ЕС леко намаляват в периода 2008—2018 г. Косвените разходи от преждевременна смърт на хора в трудоспособна възраст са причина за почти една трета (30 %) от общите разходи за рак в държавата за 2018 г. Този дял е много по-висок от загубата на производителност в резултат на заболяване от рак (само 8 %).

Като цяло общите разходи за онкологични заболявания в България са сред най-ниските в ЕС — 165 евро на глава от населението, коригирани спрямо паритета на покупателната способност (ППС), в сравнение със средните разходи за ЕС от 326 евро (фигура 12).

Фигура 12. Общите разходи за онкологични заболявания в България са вторите най-ниски в ЕС



Забележка: Средната стойност за ЕС-27 не е стандартизирана (изчислена от ОИСР).
Източник: Hofmarcher и др. (2020 г.)

5.4 COVID-19 и рак: изграждане на устойчивост

Данните за въздействието на пандемията от COVID-19 върху грижите за болните от рак в България са ограничени

Прецизната оценка на въздействието на COVID-19 върху грижите за болни от рак зависи в голяма степен от наличието на функционираща, интегрирана, ориентирана към човека здравна информационна система, която предоставя навременни и висококачествени данни. Извънредната ситуация в областта на общественото здраве на равнището на Съюза направи още по-очевидна нуждата от навременни данни. Това е въпрос от особена важност в България, тъй като поради ограничения бюджет (вж. раздел 5.2) не е възможно да се събират данни за резултатите от онкологичните заболявания, преживяемостта и смъртността — общо и по региони — от Националния раков регистър. Вместо единна, интегрирана и функционираща национална здравна информационна система, съществуват частични, неинтегрирани и институционално разделени бази данни, които предоставят фрагментирани, непълни и ненавременни данни. Поради това често е невъзможно да се получи достъп до (анонимизирана) информация на индивидуално ниво във формат, който да улеснява по-нататъшни анализи. Като се имат предвид ограничените данни до момента, все още е трудно да се открие пълното въздействие на пандемията от COVID-19 върху грижите за болните от рак в България.

Пандемията от COVID-19 оказа отрицателно въздействие върху първичната профилактика и ранното откриване на онкологични заболявания

С потвърждаването на първите случаи на COVID-19 в началото на март 2020 г., въпреки малкия им брой, правителството въведе строги ограничения на свободата на движение, за да ограничи разпространението на вируса. Този първи и следващите периоди на ограничения на свободата на движение имат отрицателен ефект върху всички дейности по първична профилактика и скрининг, включително тези за рак.

През 2020 г. се наблюдава 10 % спад в броя на профилактичните прегледи на децата до 18 години в сравнение с предходната година и 15 % спад при възрастните (Министерство на здравеопазването, 2021б). Това оказва отрицателно въздействие върху броя на новорегистрираните пациенти с онкологични заболявания. Общата заболяемост от рак (за всички видове) е намаляла с 8 %, но спадът за определени видове рак е много голям: 26 % за рака на щитовидната жлеза, 19 % за меланома и 14 % за рака на костите, наред с други.

Пандемията доведе до сериозен спад в амбулаторните и болничните услуги за пациенти с рак.

Със Заповед № РД-09-313 от 16 март 2020 г. на управителя на НЗОК в самото начало на пандемията от лечебните заведения, предоставящи болнична помощ на пациенти с онкологични заболявания, директно се изисква да запазят предоставянето на услуги за тази група от населението, като спазват създадената нова организация и изпълняват препоръките на Националния оперативен щаб за борба с пандемията от COVID-19.

Независимо от това абсолютният брой на хоспитализациите за онкологични заболявания в България е намалял с 620 000 през 2020 г. в сравнение с 2019 г., което съответства на 13 % спад в броя на хоспитализациите на пациенти с онкологични заболявания между 2019 г. и 2020 г. Възможно е тези резултати да не са следствие от закриването на услуги, а по-скоро от ефекта на официалните и медийните послания, за ограничаване на контактите и общуването. Ефектът от въздействието на COVID-19 върху достъпа до и използването на онкологични услуги все още предстои да бъде разкрит и измерен по отношение на променените в стадия при диагностициране на заболяванията, въздействието върху преживяемостта и смъртността от рак.

6. Акцент върху неравенствата

Здравноосигурените български граждани имат достъп до всички необходими диагностични и терапевтични услуги за лечение на онкологичните заболявания безплатно и без доплащане. Въпреки това повече от 12 % от населението остава неосигурено, което не му позволява да получи необходимите грижи при наличие на рак, и е причина за значителни неравенства в профилактиката на рака, ранното откриване със скрининг и достъпа до технологично напреднали диагностични или терапевтични онкологични центрове.

- По отношение на повечето рискови фактори, свързани с рака — като тютюнопушене, употреба на алкохол, наднормено тегло и затлъстяване — установените в България нива са по-високи в сравнение с повечето други държави от ЕС. България е на първо място в ЕС по разпространение на ежедневните пушачи, като тенденцията е към увеличаване през последните 10 години. Употребата на алкохол също е основен рисков фактор — особено за по-младите възрастови групи и хората с по-ниско образование.
- В България не се прилагат програми за популационен скрининг на онкологични заболявания. Настоящата система не осигурява системен подход, национално покритие, равен достъп и ефективно ранно откриване на рака. В резултат на това, България е сред държавите от ЕС с най-ниски нива на скрининг за рак на гърдата, рак на маточната шийка и рак на дебелото черво. Освен това продължават да съществуват значими социални неравенства при провеждането на скрининг за рак. Разликата между нивата на скрининг на рак на маточната шийка и рак на гърдата в зависимост от доходите, образованието и местоживеенето е много по-голяма в България, отколкото в повечето държави — членки на ЕС. Делът на българските жени с високи доходи, които съобщават за участие в скрининг за рак на гърдата през последните две години и за рак на маточната шийка през последните три години, е 3 пъти по-висок в сравнение с жените с ниски доходи.
- Държавата разполага с мрежа от технологично осигурени диагностични и терапевтични онкологични центрове, но те не са равномерно разпределени географски, което ограничава достъпа на някои слоеве от населението, като например живеещите в селските и отдалечените райони.

Въпреки че през последните две десетилетия петгодишната преживяемост на пациентите с онкологични заболявания постепенно се подобрява, България съобщава най-ниската преживяемост сред държавите от ЕС за рака на белите дробове и на простатата и стойност, която е на второ място от най-ниските стойности, за преживяемостта при рака на маточната шийка. Тези неблагоприятни стойности могат да бъдат отчасти обяснени с недостатъците на програмите за скрининг и с оскъдните ресурси в здравната система, предназначени за ранно откриване и диагностициране.

Както в повечето държави, пандемията от COVID-19 доведе до сериозен спад в използването на амбулаторните и болничните услуги за пациенти с онкологични заболявания. Амбулаторните контролни прегледи на пациенти с онкологични заболявания са намалели с 16 % през 2020 г. в сравнение с 2019 г., а броят на хоспитализациите на пациенти с онкологични заболявания е намалял с 13 %.

В България липсват конкретни национални политики, насочени към групите с висок риск или към групите с ограничен достъп до здравни услуги. Приемането на Национален план за борба с рака, който да разкрие съществуващите тенденции и неравнопоставеност и да предложи цялостна и устойчива стратегия за грижите за болни от рак, включително мониторинг на качеството на грижите с цел информиране за вземане на политически решения, е спешен приоритет за държавата.

Библиография

ARPharm (2016 г.), Кръгла маса на тема „Бъдещето на онкологичната грижа в България — фокус върху пациента“: http://arpharm.org/index.php?id=941; достъпен на 26 септември 2022 г.

Министерски съвет на Република България (2021 г.), Национален план за възстановяване и устойчивост на Република България, февруари, версия 1.1. София, Министерски съвет на Република България, https://www.nextgeneration.bg/14.

Европейска комисия (2021 г.), Европейски план за борба с рака. Брюксел, Европейска комисия, https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_bg.

Hofmarcher T. и др. (2020 г.), The cost of cancer in Europe 2018 („Цената на раковите заболявания в Европа през 2018 г.), European Journal of Cancer, 129:41—49.

Медицински стандарт „Медицинска онкология“, Министерство на здравеопазването, 2018 г. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/06/22/med-standart-med-onkologiq.pdf

Министерство на здравеопазването (2021а), Отбелязваме Световния ден за палиативна грижа: https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/otbelyazvame-svetovniya-den-za-paliativna-grizha/; достъпен на 26 септември 2022 г.

Министерство на здравеопазването (2021б), Аналитичен доклад за дейностите, свързани със здравното обслужване на населението в отговор на пандемията от COVID-19 за периода 1 март 2020 г. — 31 май 2021 г. София, Министерство на здравеопазването, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/07/01/doklad_presentation.pdf.

Rumgay H. и др. (2021 г.), „Глобална тежест на раковите заболявания през 2020 г., дължаща се на употребата на алкохол: проучване на демографска основа“ (Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study). The Lancet Oncology, 22(8):1071-1080, doi:10.1016/S1470-2045(21)00279-5.

Василева М. и др. (2021 г.), Показатели за качество на лечението на рака на гърдата в България, Годишник по онкология, 32(suppl_2):S86-S96. doi:10.1016/j.annonc.2021.03.187.

Валерианова З., Димитрова Н., Вуков М., Атанасов Т. (ред.) Заболяемост от рак в България, 2013 г. Български национален раков регистър. Издателство „Парадигма“. София, 2015 г.

СЗО (2020 г.), „Глобална стратегия за ускоряване на премахването на рака на маточната шийка като проблем на общественото здраве“ (Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem). Женева, Световна здравна организация, https://apps.who.int/iris/handle/10665/336583.

WHPCA (2020 г.), „Глобален атлас по палиативни грижи“ (Global Atlas of Palliative Care), второ издание. Лондон, Световен алианс за хосписна палиативна грижа, http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care.

Стандартни абревиатури на имената на държавите

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		

European Cancer Inequalities Registry

Профили на държавите по отношение на рака 2023

Европейският регистър за неравенствата по отношение на раковите заболявания е водеща инициатива от европейския план за борба с рака. Той предоставя надеждни и сигурни данни за профилактиката на рака и грижите за болните от рак, за да се установят тенденциите, различията и неравенствата между държавите членки и регионите. Сайтът на Регистъра съдържа инструмент с данни, разработен от Съвместния изследователски център на Европейската комисия (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/), серия от двугодишни национални Профили на държавите-членки и цялостен доклад за неравенствата свързани с раковите заболявания в Европа.

Профилите на държавите по отношение на рака определят силните страни, предизвикателствата и специфичните области на действие за всяка от 27-те държави — членки на ЕС, Исландия и Норвегия, за да насочват инвестициите и интервенциите на европейско, национално и регионално равнище в рамките на европейския план за борба с рака.

Европейският регистър за неравенствата по отношение на рака подкрепя водещата инициатива от Плана за действие за нулево замърсяване.

Профилите са дело на ОИСР в сътрудничество с Европейската комисия. Екипът благодари за ценните предложения получени от националните експерти и коментарите предоставени от здравния комитет на ОИСР и експертната тематична група на ЕС към регистъра за неравенствата по отношение на рака.

Всеки национален профил по отношение на рака представя в синтезиран вид:

- болестния товар на онкологичните заболявания в страната;
- тенденциите по отношение на рисковите фактори за рак, с акцент върху факторите свързани с поведението и околната среда;
- програмите за ранно откриване на онкологичните заболявания;
- ефективността на онкологичните грижи, с фокус върху достъпността, качеството на грижите, разходите и въздействието на COVID-19 върху грижите за пациентите с рак.

Моля, цитирайте тази публикация по следния начин:
OECD (2023), *Профили на държавите по отношение на рака:*
България 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/fa33bc55-bg.

ISBN 9789264671324 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES