

Прегледи на ОИСР на здравните системи: България 2026 г.



**Прегледи на ОИСР на здравните
системи:
България 2026**

Отказ от отговорност (disclaimer):

Този документ е български превод на оригиналната английска версия, публикувана от ОИСР под английското заглавие „OECD Reviews of Health Systems: Bulgaria 2026“. Този превод е изготвен от Министерството на здравеопазването на Република България. В случай на несъответствие между оригиналната разработка и превода, само текстът на оригиналната разработка следва да се счита за валиден.

Този труд се публикува под отговорността на Генералния секретар на ОИСР. Изразените мнения и използваните аргументи в него не отразяват непременно официалните становища на страните-членки на ОИСР.

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

Статистическите данни за Израел се предоставят от съответните израелски власти и на тяхна отговорност. Използването на тези данни от ОИСР не засяга статута на Голанските възвишения, Източен Йерусалим и израелските селища на Западния бряг по силата на международното право.

Моля, цитирайте тази публикация като:

ОИСР (2026 г.), *Прегледи на ОИСР относно здравните системи: България 2026 г.*, издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/aeb810ee-en>.

ISBN 978-92-64-84006-5 (печат)
ISBN 978-92-64-94862-4 (PDF)
ISBN 978-92-64-86566-2 (HTML)

Прегледи на ОИСР относно здравните системи
ISSN 1990-1429 (печат)
ISSN 1990-1410 (онлайн)

Снимки: Корица © megaflopp/Shutterstock.com.

Поправките към публикациите на ОИСР могат да бъдат намерени на адрес: <https://www.oecd.org/en/publications/support/corrigenda.html>.

© ОИСР 2026

Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Този труд се предоставя под лиценза Creative Commons Attribution 4.0 International. Използвайки този труд, вие приемате да бъдете обвързани с условията на този лиценз (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Приписване - трябва да цитирате труда.

Преводи - трябва да цитирате оригиналния труд, да посочите промените в оригинала и да добавите следния текст: *В случай на несъответствие между оригиналния труд и превода, за валиден следва да се счита само текстът на оригиналния труд.*

Адаптации - трябва да цитирате оригиналния труд и да добавите следния текст: *Това е адаптация на оригинален труд на ОИСР. Изразените мнения и аргументи, използвани в тази адаптация, не трябва да бъдат отразявани като официални становища на ОИСР или на нейните страни членки.*

Материали на трети страни - лицензът не се прилага за материали на трети страни в труда. Ако използвате такъв материал, вие носите отговорност за получаване на разрешение от третата страна и за всякакви претенции за нарушение.

Не трябва да използвате логото на ОИСР, визуалната идентичност или изображението на корицата без изрично разрешение или да внушавате, че ОИСР одобрява използването на труда.

Всеки спор, възникнал по този лиценз, се решава чрез арбитраж в съответствие с Арбитражния правилник на Постоянния арбитражен съд (ПАС) от 2012 г. Седалището на арбитража е в Париж (Франция). Броят на арбитражите е един.

Предговор

Съветът на ОИСР реши да започне обсъждания за присъединяване с България на 25 януари 2022 г. На 10 юни 2022 г. Съветът прие Пътната карта за присъединяване на България към Конвенцията на ОИСР [C/MIN(2022)25/FINAL] (Пътната карта), в която се определят условията, редът и процесът на присъединяване към ОИСР. В пътната карта се предвижда, че за да може Съветът да вземе информирано решение относно присъединяването на България, България ще бъде подложена на задълбочени прегледи от техническите комитети на ОИСР, изброени в пътната карта, включително от Комитета по здравеопазване.

Информационният доклад, който следва, е изготвен в подкрепа на обсъждането на прегледа за присъединяване на България от страна на Здравния комитет. Докладът е изготвен от Кандан Кендир и Хосе Мануел Херес Помбо, експерти по здравеопазване в отдел “Здравеопазване” на дирекция “Заетост, труд и социални въпроси” (ЗТСВ) на ОИСР, и е точен към 2 март 2026 г.

Методологията, използвана за изготвянето на настоящия доклад, съчетаваше проучване на документи и събиране на данни, както и събиране на информация на място. През март 2025 г. по време на проучвателната мисия на ОИСР в България бяха проведени лични интервюта със служители в здравеопазването, здравни специалисти, представители на гражданското общество и други здравни експерти.

В съответствие с параграф 28 от Пътната карта и по искане на България Комитетът по здравеопазване се съгласи да разсекрети този доклад на 9 февруари 2026 г. и да го публикува под ръководството на генералния секретар, за да може по-широка аудитория да се запознае със съдържанието му. Публикуването на този документ и съдържащите се в него анализ и препоръки не предопределят по никакъв начин резултатите от оценките, извършени като част от процеса на присъединяване на България към ОИСР.

Благодарности

Този доклад беше ръководен и подготвен от Кандан Кендир и Хосе Мануел Херес Помбо. Авторите изказват благодарност на Франческа Коломбо за цялостното ръководство и строгия надзор по време на разработването на този доклад. Авторите благодарят на Стефано Скарпета, Марк Пиърсън и Фредерико Гуанаис за ценните насоки, на Ерик Съдърланд, Себастиан Кьонигс и Сабине Вуик от дирекция “Заетост, труд и социални въпроси” на ОИСР, на Винченцо Спиеция от дирекция “Наука, технологии и иновации”, на Лаура Волкер от дирекция “Публично управление” и на Акане Нозава от дирекция “Правни въпроси” за техния принос. Благодарим също на Люси Хюлет и Мин У Еун за редакционния принос, на Сахнур Сойкан за административната помощ и на Ан Мари Драйфус и Гийом Хакин за подкрепата при управлението на ресурсите.

За изготвянето на настоящия доклад бяха използвани експертните познания и материалите, получени от много служители в областта на здравеопазването, професионалисти в сферата на здравеопазването, представители на гражданското общество и други здравни експерти, които екипът за преглед на ОИСР интервюира по време на проучвателната мисия на 17-19 март 2025 г. В доклада е отразена и информацията, предоставена през февруари 2023 г. в рамките на проучването за капацитета на здравните данни за присъединяване, въпросника за политиката за преглед на присъединяването, както и редовните въпросници на ОИСР за здравните данни, получени през февруари 2025 г.

Авторите изказват благодарност на служителите в Народното събрание, Министерството на здравеопазването, Министерството на труда и социалната политика, Министерството на електронното управление, Министерството на финансите, Националния център по обществено здраве и анализи, Националния статистически институт, Националната здравноосигурителна каса, Изпълнителната агенция по лекарствата, Изпълнителна агенция “Медицински надзор”, Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти, Регионалните здравни инспекции, представителите на Университетска многопрофилна болница за активно лечение “Александровска” и Университетска многопрофилна болница за активно лечение “Св. Анна”, представител/и от Центъра за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания в град Бургас, Български лекарски съюз, Български зъболекарски съюз, Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи, Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България, Асоциация за развитие на българското здравеопазване, Информационно обслужване АД, Комисия за защита на личните данни и Медицински университет - София.

Съдържание

Предговор.....	4
Благодарности	5
Съкращения и абривиатури	9
Резюме.....	10
1 Оценка и препоръки.....	13
България трябва да увеличи усилията си за преориентиране на здравната система към първични и превантивни грижи, за да се подобрят резултатите и да се намалят скъпоструващите грижи..	14
България е постигнала напредък в цифровизацията на системата на здравеопазването, но трябва да доразвие базата си от данни за разработване на политики, основани на данни	19
Необходими са допълнителни усилия за подобряване на ефективността и устойчивостта с цел разширяване на достъпа и укрепване на финансовата защита	21
Препратки.....	27
Бележки	27
2 Преглед на здравната система на България	28
Здравен статус и нужди от здравни грижи.....	29
Системата на здравеопазването и нейното управление	44
Инфраструктура за здравни данни и нейното управление	53
Препратки.....	56
3 Достъп и качество на здравната система в България.....	59
Достъпност на здравеопазването	60
Качество на здравеопазването.....	65
Грижа за психичното здраве.....	77
Интегрирани грижи	79
Дългосрочни грижи	80
Препратки.....	85
4 Гъвкавост и устойчивост на системата на здравеопазването в България	88
Финансиране и устойчивост на здравната система.....	89
Работна сила в здравеопазването.....	98
Превенция и готовност.....	102
Препратки.....	109

ФИГУРИ

Фигура 1.1. Основен набор от показатели за здравето и здравната система, 2024 г. (или последната налична година).....	16
Фигура 2.1. Очакваната продължителност на живота при раждане се е увеличила стабилно през последните две десетилетия, но остава под средната за ОИСР и неравенството между половете е голямо.....	30
Фигура 2.2. Въпреки че майчината смъртност е под средната за ОИСР, детската смъртност е по-висока от тази в повечето страни от ОИСР	32
Фигура 2.3. Смъртността вследствие на инфаркт и други исхемични болести на сърцето е по-висока, отколкото в повечето страни от ОИСР, а смъртността от инсулт е по-висока, отколкото във всяка страна от ОИСР.....	35
Фигура 2.4. Смъртността в някои региони е почти два пъти по-висока от тази в София-град	36
Фигура 2.5. България има по-високи нива на предотвратима и избегната смъртност от повечето страни от ОИСР.....	38
Фигура 2.6. Дневните нива на тютюнопушене са по-високи от тези в страните от ОИСР, като се наблюдава значителна разлика между мъжете и жените	40
Фигура 2.7. Консумацията на алкохол в България е по-висока от средната за ОИСР	41
Фигура 2.8. Почти половината от служителите в България съобщават, че са изложени на рискови фактори, които могат да повлияят неблагоприятно на психичното им благополучие	43
Фигура 2.9. 94% от населението на България е обхванато от социално здравно осигуряване, което е под средното за ОИСР и ЕС5	46
Фигура 2.10. Извършените в България лапароскопски процедури са по-малко от тези в страните от ОИСР	48
Фигура 2.11. България има една от най-високите бройки болнични легла.....	49
Фигура 2.12. Нивото на изписване от болница в България е по-високо от това в страните от ОИСР	50
Фигура 3.1. България отчита по-ниски нива на неудовлетворени потребности от медицински грижи в сравнение със страните от ОИСР	60
Фигура 3.2. Разпределението на общопрактикуващите лекари е различно, като разликата между най-ниската (Кърджали) и най-високата (Плевен) е повече от два пъти	64
Фигура 3.3. Разликата между мъжете и жените е голяма, въпреки че равнището на смъртност от рак е под средното за ОИСР	66
Фигура 3.4. Процентът на преживяемост при раковите заболявания е под средното за ОИСР	67
Фигура 3.5. Почти три от всеки пет жени са преминали скрининг за рак на маточната шийка през 2019 г., което се доближава до средните стойности за ОИСР.....	69
Фигура 3.6. Въпреки че броят на апаратите за ПЕТ скенер е по-нисък от средния за ОИСР, България разполага с по-голям брой апарати за лъчетерапия.....	71

Фигура 3.7. Капацитетът на психиатричните легла е сравним със средните стойности, наблюдавани в ОИСР и съседните държави от ЕС5.....	79
Фигура 3.8. Общите разходи за дългосрочни грижи в България са сред най-ниските в ОИСР, като домакинствата са отговорни за по-голямата част от разходите	81
Фигура 3.9. Легла за дългосрочни грижи в институции и болници, 2023 г. (или най-близката година)	82
Фигура 3.10. Ограничения в дейностите от ежедневието и инструменталните дейности от ежедневието при възрастни на възраст 65 и повече години, 2021-2022 г. (или най-близката година)	83
Фигура 4.1. Разходите за здравеопазване в България са по-ниски от средните за ОИСР както като дял от БВП, така и на глава от населението	89
Фигура 4.2. Публичните разходи в България са сравнително по-ниски от средните за ОИСР, като почти половината от общите разходи за здравеопазване се финансират от социалното здравно осигуряване.....	90
Фигура 4.3. Равнището на публично финансиране е високо за болничната и стоматологичната помощ, но по-ниско за извънболничната помощ, фармацевтичните продукти и терапевтичните уреди.....	92
Фигура 4.4. Докато разходите за болници са сравними със страните от ОИСР, разходите за амбулаторни грижи са по-ниски	93
Фигура 4.5. Болничните услуги съставляват 94% от разходите, свързани с болниците в България, което е повече от всяка друга страна от ОИСР	94
Фигура 4.6. Разходите за първични здравни услуги са сравними със средните за ОИСР	95
Фигура 4.7. Броят на практикуващите лекари надхвърля средния за ОИСР; броят на медицинските сестри обаче е по-нисък от този в повечето страни от ОИСР	99
Фигура 4.8. Броят на завършилите медицина се е увеличил значително между 2013 г. и 2023 г., като е станал по-висок от всяка друга държава от ОИСР	99
Фигура 4.9. Малко над един от десет лекари са общопрактикуващи лекари в България, което е по-малко от повечето страни от ОИСР	100
Фигура 4.10. Разпространението на хепатит С в България е по-високо от средните стойности за ОИСР и ЕС5	103
Фигура 4.11. Процентът на ваксинация срещу морбили и ДТК е по-висок от средния за ОИСР, въпреки че обхватът на ваксинация срещу морбили не отговаря на целта на СЗО	105
Фигура 4.12. Ваксинационното покритие за грип сред населението на възраст 65 и повече години се увеличава, но остава под средните стойности за ОИСР и ЕС5	106
Фигура 4.13. Обемът на предписаните антибиотици се е увеличил през последното десетилетие и е по-висок от този в повечето страни от ОИСР	108

ТАБЛИЦИ

Таблица 3.1. България има по-ниска честота на вътрешболничните инфекции в сравнение с държавите от ЕС въпреки ограничения капацитет за инфекции, превенция и контрол, което сигнализира за недостатъчно докладване на случаите 76

Съкращения и абривиатури

AMP	Антимикробна резистентност
КПК	Комисия за противодействие на корупцията
КПКОНПИ	Комисията за противодействие на корупцията и за отнемане на незаконно придобитото имущество
КОНПИ	Комисията за отнемане на незаконно придобитото имущество
ССЗ	Сърдечно-съдово заболяване
ДТК	Дифтерия, тетанус и коклюш
ЕСЗИ	Европейската система за здравни интервюта
ЕС	Европейски съюз
ИСМО	Инфекциите, свързани с медицинското обслужване
HPV	Човешки папилома вирус
ОЗТ	Оценка на здравните технологии
МНПН	Международни непатентовани наименования
ДСГ	Дългосрочни грижи
НСЦРЛП	Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НЗИС	Национална здравна информационна система
НПВУ	Национален план за възстановяване и устойчивост
„Извън джоба“	Извън джоба
ПЕТ	Позитронна емисионна томография
ЧЗО	Частно здравно осигуряване
ППС	Паритет на покупателната способност
РЗИ	Регионална здравна инспекция
РЗОК	Регионална здравноосигурителна каса
СЕСПА	Специализирана електронна система за проследяване и анализ на лекарствени продукти
SHI	Социално здравно осигуряване

Резюме

От 2000 г. насам в България се наблюдава подобрене на очакваната продължителност на живота, която през 2023 г. достига 75,8 години, което е под средната стойност за ОИСР от 81 години. Майчината смъртност по време на бременност или раждане се е подобрила, а детската смъртност е намаляла наполовина между 2011 и 2024 г. Въпреки напредъка резултатите в областта на здравеопазването и функционирането на здравната система са по-лоши и показват по-големи неравенства в сравнение с повечето държави от ОИСР, както е отразено в повечето показатели на ОИСР за здравния статус, рисковите фактори за здравето и качеството на грижите.

За да се справи с тези предизвикателства, България наскоро разработи стратегическа визия за постигане на по-ефективна, интегрирана и устойчива здравна система, по-специално с приемането на Националната здравна стратегия до 2030 г. Неотдавнашните реформи показаха обещаващи резултати при справянето с недостига на здравни специалисти, подобряването на цифровизацията на здравеопазването и развитието на интегрирани структури за здравни грижи. На първо място, Министерството на здравеопазването осигури привлекателни условия за следдипломно обучение за придобиване на специалност. Например на финансираните от държавата стажанти по обща практика се осигурява месечно възнаграждение от бюджета на Министерството на здравеопазването, представляващо 2,5 пъти минималната работна заплата в страната за целия период на обучението им. На второ място, България проведе реформи за дигитализиране на здравната система и за разработване на Национална здравна информационна система (НЗИС). За тази цел през 2020 г. беше разработен здравно-информационен портал с единни електронни здравни досиета, номенклатури, електронни рецепти и електронни направления. Трето, България създава интегрирани заведения за деца с увреждания и хронични заболявания.

Въпреки тези неотдавнашни промени в политиката, България е изправена пред важни предизвикателства, които трябва да бъдат решени, за да се подобри здравето на населението, да се разшири достъпът до здравни грижи, да се подобри качеството и безопасността на грижите и да се повиши ефективността и устойчивостта на здравната система. Тези предизвикателства ще се засилват със застаряването на българското население, което ще доведе до по-нататъшно увеличаване на хроничните заболявания и фискален натиск върху системата на здравеопазването. В настоящия преглед се посочват три основни области за по-нататъшно привеждане в съответствие със стандартите и най-добрите практики на ОИСР в областта на здравеопазването: 1. преориентиране на здравната система към първична и превантивна помощ с цел подобряване на резултатите на населението и намаляване на необходимостта от по-скъпи грижи; 2. подобряване на здравните резултати и на опита от грижите чрез разработване на системи за управление на качеството; и 3. подобряване на ефективността и устойчивостта с цел разширяване на достъпа и засилване на финансовата защита.

На първо място, България трябва да активизира усилията си за преориентиране на здравната система към първични и превантивни грижи, за да подобри резултатите на

населението и да намали необходимостта от по-скъпи грижи. За да се намали прекомерната зависимост от болниците и острите епизодични грижи, България трябва да активизира усилията си за поставяне на първичната и превантивната помощ в центъра на здравната система. Здравната система на България разчита в голяма степен на болничните услуги. България разполага с 8,2 болнични легла на 1000 души население, което е почти два пъти повече от средното за ОИСР - 4,3. През 2022 г. броят на изписаните от болница пациенти е 325 на 1000 души население, което е почти три пъти повече от средното за ОИСР (129 на 1000 души). Докато през 2022 г. болниците съставляват 37% от разходите за здравеопазване, на доставчиците на амбулаторни грижи се падат едва 15%. Системата за насочване е неадекватна, като много пациенти стигат до спешна и болнична помощ за медицински нужди, които биха могли да бъдат решени на ниво първична медицинска помощ. България трябва да увеличи усилията си за укрепване на първичната медицинска помощ чрез подобряване на системата за насочване и определяне на по-ясни критерии и стандарти за грижа, както и чрез подобряване на ролите и отговорностите на общопрактикуващите лекари, насърчавайки диагностицирането, управлението и лечението на състояния, които могат да бъдат овладени в услугите на първичната медицинска помощ. Медицинските сестри и работещите в общността (здравни медиатори) следва да участват по-активно в предоставянето на услуги за първична и превантивна помощ, включително промоция на здравето, обучение на пациентите и управление на хроничните заболявания, както и в координирането на грижите за пациентите с общопрактикуващите лекари.

На второ място, за да се подобрят здравните резултати и опитът в областта на грижите и да се премине към система на здравеопазване, която е в по-голяма степен ориентирана към хората, България следва да инвестира в разработването на стабилни инфраструктури за оценка на ефективността на системата на здравеопазване и управление на качеството при засилена отчетност и прозрачност. За да се даде възможност за изготвяне на политики, основани на данни, като същевременно се насърчават по-голяма отчетност и прозрачност в системата на здравеопазването и се управляват очакванията по отношение на нейните резултати, България следва да инвестира в разработването на система за управление на качеството, която да включва валидни и надеждни показатели за качество и механизми за мониторинг и непрекъснато подобряване на качеството. Понастоящем в България липсват стабилни системи за управление на качеството, изградени върху подходящи и надеждни показатели и механизми за мониторинг. Оценката на ефективността на здравната система и качеството на грижите разчита в голяма степен на показатели за процеса, като например броя на ваксинациите, или на входящи показатели, като например броя на здравните специалисти или болничните легла. България следва да положи значителни усилия за по-нататъшно укрепване на инфраструктурата си за данни, за да разработи подходящи показатели за оценка на качеството на грижите, ориентираността на здравните грижи към хората и безопасността на пациентите. Въз основа на обновената рамка на ОИСР за оценка на ефективността на здравната система и като се използват данните от НЗИС, трябва да се положат допълнителни усилия за определяне на съответните области за оценка на ефективността на българската здравна система и да се разработи съгласуван набор от показатели за наблюдение на ефективността. Тези усилия следва да се съсредоточат по-специално върху измерването на

качеството на грижите, включително опита и резултатите на пациентите, и безопасността на пациентите. Участието в международни усилия, като например работата на ОИСР по сравнителния анализ на качеството и резултатите и проучванията на показателите, докладвани от пациентите (PaRIS), ще помогне да се определят областите за подобрене от гледна точка на пациентите, като същевременно ще предостави възможности за обучение между отделните държави.

Трето, България трябва да продължи да подобрява ефективността и устойчивостта, за да разшири достъпа и да засили финансовата защита. През 2023 г. 7,7 % от БВП на България са изразходвани за здравеопазване, което е под средното ниво за ОИСР от 9,2 %. Разликата се задълбочава, когато се разглеждат разходите за здравеопазване на човек, като България изразходва 3 187 щатски долара на глава от населението по паритет на покупателната способност (ППС), което е почти два пъти по-малко от средното за ОИСР (5 565 щатски долара). Макар че този показател е сходен с този на държави от ОИСР със сравнимо равнище на БВП на глава от населението като Коста Рика и Турция, той все още е по-нисък от този на съседните държави от ЕС5 - държави от ОИСР със сравнимо равнище на доходите в същия регион: Чехия, Унгария, Полша, Словашката република и Словения (4 020 щатски долара по ППС на глава от населението). Освен това публичните разходи през 2022 г. представляват 63,5% от общите разходи, което е под средните стойности както за ОИСР, така и за съседните ЕС5 (съответно 75,3% и 77%). Въпреки това възможностите за увеличаване на публичните разходи за здравеопазване понастоящем са донякъде ограничени. Разходите за здравеопазване вече представляват 12% от държавния бюджет. Поради това България следва да оптимизира съществуващите бюджети, например чрез подобряване на бюджетирането на резултатите, вместо да се разчита на сегашния исторически подход на бюджетиране, и чрез извършване на прегледи на разходите, както и да намали разхищенията в здравните системи, например чрез намаляване на грижите с ниска стойност и оперативните разхищения. Чрез по-ефективно използване на ресурсите българската здравна система може да подобри способността си да предоставя безопасни, ориентирани към хората и подходящи услуги, включително достъп до профилактика и лечение, на всички социални групи, по прозрачен и навременен начин. Това включва осигуряването на достъп до профилактика и медицинско лечение, като същевременно се намалят плащанията от джоба, които понастоящем представляват една трета (35 %) от всички разходи за здравеопазване, като по-голямата част (69 %) се пада на лекарствените продукти.

1 Оценка и препоръки

В тази глава е обобщена задълбочената оценка, извършена като част от прегледа на присъединяването на България, и са представени ключови препоръки за подобряване на функционирането на здравната система в критични измерения, включително устойчивост, ефективност, качество, достъп и устойчивост. Здравната система на България е постигнала значителен напредък, но здравният статус и резултатите остават ниски в сравнение с държавите от ОИСР. За да бъде адекватно подготвена да посрещне предизвикателствата пред здравеопазването през 21-ви век, България ще трябва да продължи усилията си и да ускори прехода към по-устойчива и еластична здравна система, по-специално чрез намаляване на неефективността, съкращаване на разточителните разходи, укрепване на първичната медицинска помощ и профилактиката и подобряване на достъпа до здравни грижи.

От 2000 г. насам в България се наблюдава подобрене на очакваната продължителност на живота, която през 2023 г. достига 75,8 години, което е под средната стойност за ОИСР от 81 години. Смъртността на майките по време на бременност или раждане се е подобрила през последното десетилетие, като е намаляла с около 31 % (10,3 смъртни случая на 100 000 живородени деца през 2010 г. до 7,1 смъртни случая през 2020 г.), а детската смъртност е намаляла наполовина между 2011 г. и 2024 г. Въпреки напредъка резултатите в областта на здравеопазването и функционирането на здравната система са по-лоши и показват големи неравенства, отколкото в повечето държави от ОИСР, както е отразено в повечето показатели на ОИСР за здравния статус, рисковите фактори за здравето и качеството на грижите (фигура 1.1). За да се справи с тези предизвикателства, България наскоро разработи стратегическа визия за постигане на по-ефективна, интегрирана и устойчива здравна система, по-специално с приемането на Националната здравна стратегия до 2030 г.

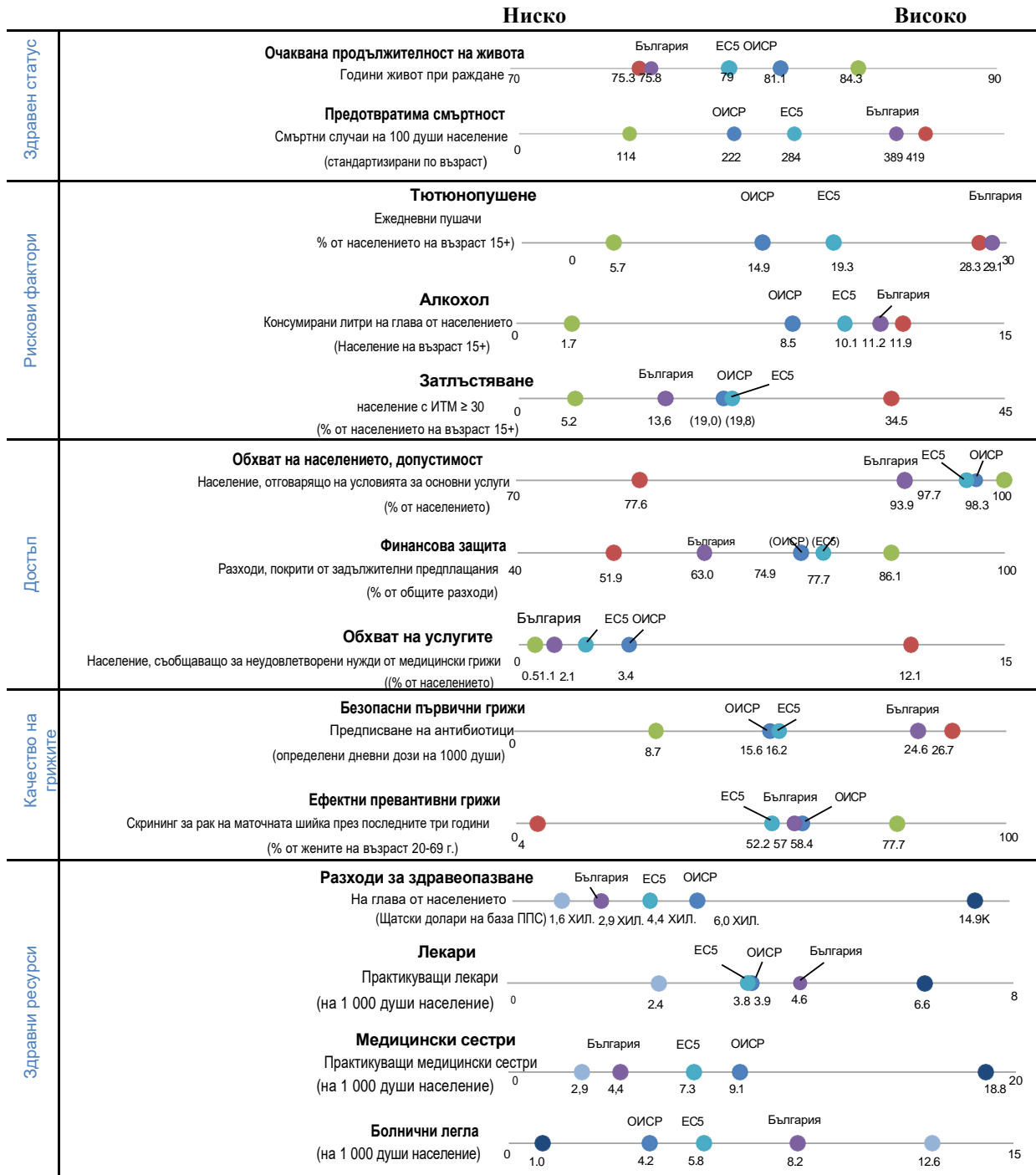
През 2022 г. България стана кандидат за членство в ОИСР. Като част от процеса на присъединяване ОИСР извърши преглед на здравната система, политиките и практиките на България. В тази глава е обобщена задълбочената оценка и са формулирани препоръки за подобряване на функционирането на здравната система в критични измерения, включително устойчивост, ефективност, устойчивост, качество и достъп.

България трябва да увеличи усилията си за преориентиране на здравната система към първични и превантивни грижи, за да се подобрят резултатите и да се намалят скъпоструващите грижи

Укрепването на първичната медицинска помощ ще помогне на България да отговори на епидемиологичните промени, които настъпват поради застаряването на населението и увеличеното разпространение на заболяванията. България вече е предприела някои инициативи за засилване на първичната и общностната помощ, но здравната ѝ система все още разчита в голяма степен на болничните услуги. България има 8,2 болнични легла на 1000 души население, което е почти двойно повече от средното за ОИСР от 4,3. Процентът на изписване от болница е над средния за ОИСР (съответно 325 и 129 на 1000 души население). Докато на болниците се пада повече от една трета от разходите за здравеопазване (37%), на амбулаторните грижи се падат едва 15%. Системата за насочване е слаба, като много пациенти се обръщат към спешна и болнична помощ за медицински нужди, които биха могли да бъдат решени на ниво първична медицинска помощ. България би могла да активизира усилията си за укрепване на системата за насочване и да определи по-ясни критерии и стандарти, както и да подобри ролята и отговорностите на общопрактикуващите лекари при диагностицирането, управлението и лечението на състояния, които могат да бъдат овладени в първичната медицинска помощ. Медицинските сестри и здравните работници в общността (здравните медиатори) биха могли да бъдат овластени и насърчени да участват по-активно в предоставянето на услуги в областта на първичната и превантивната медицинска помощ, включително промоцията на здравето, обучение на пациентите и управление на хроничните заболявания, както и в координацията на грижите за пациентите с общопрактикуващите лекари.

Въпреки че е постигнат напредък в областта на превенцията и контрола на инфекциите, все още съществуват предизвикателства в политиките за обществено здраве и превенция в България, особено тези, насочени към хроничните заболявания и свързаните с тях рискови фактори. Коефициентите на смъртност, които могат да бъдат избегнати, са над средните за ОИСР (съответно 562 и 246 смъртни случая на 100 000 души население). Смъртността от предотвратими причини, която би могла да бъде избегната чрез ефективни стратегии в областта на общественото здраве и първичната профилактика, е повече от два пъти по-висока от средната за ОИСР (съответно 378 и 166 смъртни случая на 100 000 души население). Значителна част от смъртността (36 %) се дължи на поведенчески и екологични рискови фактори. Само рисковете, свързани с храненето, са причина за една пета от всички смъртни случаи, което е доста над средното за ОИСР (съответно 19 % и 12 %). Делът на тютюнопушенето в България е 29 % и е по-висок от този в страните от ОИСР (15 %). Освен това делът на хората на възраст 15 и повече години, които пушат ежедневно, е останал непроменен между 2008 и 2019 г. Водещите причини за смърт са болестите на органите на кръвообращението и ракът, които заедно са отговорни за 60% от всички смъртни случаи.

Фигура 1.1. Основен набор от показатели за здравето и здравната система, 2024 г. (или последната налична година)



Бележка: Зелената точка означава най-добре представящата се държава от ОИСП, а червената точка - най-слабо представящата се държава от ОИСП. Изключение от цветно кодираните групи е при здравните ресурси, където показателите не могат да бъдат класифицирани като показващи по-добро или по-лошо представяне. Поради тази причина по-светлите и по-тъмните нюанси на синьото сигнализират дали дадена държава разполага с по-малко или повече ресурси от средното за ОИСП. Данните се отнасят за 2022 г. или за най-близката година.

Средната стойност за ЕС5 е изчислена за петте съседни на ЕС държави (Чехия, Унгария, Полша, Словашката република и Словения).

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.; EU-SILC (2023 г.); ECDC (2021 г.).

Националната програма за развитие до 2030 г. и Националният план за възстановяване и устойчивост (НПВУ) разглеждат превантивните грижи. Въпреки това са необходими повече усилия за увеличаване на участието в дейностите по превенция, за справяне с подвеждащата информация и дезинформацията и за насърчаване на здравната грамотност и доверието в системата на здравеопазването. България следва да активизира усилията си за насърчаване на по-здравословен начин на живот чрез комбинация от данъчни, регулаторни и комуникационни политики. Тези политики могат да се състоят, но не се ограничават до повишаване на данъчното облагане на тютюневите изделия, алкохола и продуктите с високо съдържание на мазнини, захар и сол, въвеждане на опростено етикетирание на хранителните продукти отпред на опаковката, обикновени опаковки за тютюневите изделия с текстови/графични предупредителни етикети, разработване на програми за здравна грамотност и разширяване на програмите за здравно образование в училищата. Необходими са по-нататъшни усилия за засилване на ролята на специалистите в първичната медицинска помощ и представителите на пациентите в превенцията и промоцията на здравето, като се подкрепи тяхното участие в работата с общността и се мобилизират дългосрочните им отношения с пациентите за насърчаване на здравната грамотност и изграждане на доверие в здравната система.

Капацитетът на България за устойчивост и готовност на здравната система да се подготви и да реагира на извънредни ситуации в здравеопазването и други кризи беше подложен на сериозно изпитание по време на пандемията COVID-19. През периода 2020-2023 г. България е имала най-високите нива на свръхсмъртност¹ (+17,2 %) и най-високите възрастово стандартизирани нива на свръхсмъртност (24,7 смъртни случая на 10 000 души население) в страните от Европейския съюз. Резистентността към антибиотици е важен проблем за общественото здраве, като потреблението на антибиотици е 22 дефинирани дневни дози на 1000 души от населението на ден, което е повече от всяка друга държава от ОИСР. Разпространението на хепатит С е високо (0,9 %), почти два пъти по-високо от средното за ОИСР (0,5 %). Липсата на епидемиологични данни за случаите на хроничен хепатит С подкопава потенциала за ефективни превантивни политики. Освен пандемията COVID-19, България се сблъска и реагира на други сътресения, като природни и свързани с климата бедствия (горски пожари, наводнения и продължителни суши през лятото на 2024 г., едно от най-горещите в историята). Признавайки важността на укрепването на готовността и реакцията при пандемии, българският НПВУ за периода 2021-2026 г. включва големи инвестиции в модернизиране на болничната инфраструктура, националната система за спешна помощ по въздух и насърчаване на набирането и задържането на здравни специалисти в селските и отдалечените райони. България трябва да активизира усилията си за развитие на по-широк капацитет за мониторинг чрез събиране и анализ на детайлни

¹ Прекомерната смъртност, мярка за смъртност над нормално очакваната за периода, показва въздействието - както пряко, така и непряко - на пандемията COVID-19 (Морган и др., 2020 г.[2]).

данни, за да се подготви за бъдещи сътресения в здравната система и да управлява здравните нужди на българското население, като обръща специално внимание на уязвимите групи.

Психичните разстройства са втората водеща причина за годините живот с увреждания, въпреки че разпространението на психичните разстройства е по-ниско от средното за ОИСР (съответно 14 200 случая и 16 099 на 100 000 души население). Здравеопазването в областта на психичното здраве разчита в голяма степен на институционални грижи и фармакотерапия. Услугите за психично здраве не са достатъчно интегрирани с другите здравни и социални услуги, което подчертава фрагментарността на системата. В Националната стратегия за психично здраве на населението на Република България за периода 2021-2030 г. са предвидени мерки за преминаване към подходи, в по-голяма степен ориентирани към човека. В рамките на тези усилия България създаде междуинституционален орган (Национален съвет по психично здраве) към Министерския съвет като постоянен консултативен орган към Министерския съвет, който да следи напредъка по изпълнението на Националната стратегия за психично здраве 2021-2030 г. Освен това проектът “Модернизация на психиатричната помощ”, който се финансира от НПВУ, има за цел да подобри инфраструктурата и медицинското оборудване в държавните психиатрични болници и многопрофилните болници. България трябва да продължи да полага усилия за подобряване на психичното здраве на българското население чрез засилване на превенцията на лошото психично здраве, включително на разстройствата, свързани с употребата на алкохол и наркотични вещества. Тя трябва също така да продължи да инвестира в амбулаторни и общински психиатрични служби и да ги оборудва с мултипрофесионални практики.

От 2018 г. в България започна създаването на нов тип лечебно заведение - Център за комплексни услуги за деца с увреждания и хронични заболявания - в цялата страна. Тези центрове предоставят амбулаторни услуги, включително диагностика, лечение и медицинска и психосоциална рехабилитация. В допълнение към мобилните услуги, в някои центрове се предоставят и стационарно дългосрочно лечение до три месеца, рехабилитация до шест месеца и специализирани палиативни грижи за деца. Центровете се финансират директно от бюджета на Министерството на здравеопазването и са свободно достъпни за деца с увреждания и техните родители. Към днешна дата са създадени 12 центъра, като България трябва да продължи усилията си за създаване на останалите 16 центъра с адекватно и устойчиво планиране на работната сила, тъй като първоначалният план беше да има по един комплексен център за всеки регион.

България е постигнала напредък в цифровизацията на системата на здравеопазването, но трябва да доразвие базата си от данни за разработване на политики, основани на данни

Като част от усилията си за укрепване на управлението на здравната система, България проведе реформи за цифровизиране на здравната система и за разработване на Национална здравна информационна система (НЗИС). За тази цел през 2020 г. беше разработен здравен информационен портал с единни електронни здравни досиета, номенклатури, електронни рецепти и електронни направления. В НЗИС се събира информация от всички сектори на здравеопазването, включително от болниците и общопрактикуващите лекари, която позволява наблюдение и контрол на здравеопазването. Понастоящем НЗИС обхваща всички здравни специалисти в различните здравни заведения и служи като хранилище на данни. Данните могат да се свързват и да се използват за целите на вземането на решения и за вторична употреба, но достъпът до тях е възпрепятстван от административни процедури. Наскоро бяха постигнати допълнителни интеграции с други съществуващи системи, като например Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), Българската агенция по лекарствата и Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти. Разработено е и мобилно приложение (eZdrave), което позволява на пациентите да имат достъп до медицинските си досиета, където те могат да видят резултатите от прегледите си, лабораторните изследвания, както и профилактичните дейности като ваксинациите.

За да се подобрят здравните резултати и опитът в областта на грижите и за да се премине към система на здравеопазване, която е в по-голяма степен ориентирана към хората, България следва да инвестира в стабилни инфраструктури за оценка на ефективността на здравната система и управление на качеството, при засилена отчетност и прозрачност. За да се даде възможност за изготвяне на политики, основани на данни, като същевременно се насърчават по-голяма отчетност и прозрачност в системата на здравеопазването и се управляват очакванията по отношение на нейните резултати, България следва да инвестира в разработването на система за управление на качеството, която да включва валидни и надеждни показатели за качество и механизми за мониторинг и непрекъснато подобряване на качеството. Неотдавнашното развитие на НЗИС предоставя възможности за систематично събиране на данни и използване на резултатите за подобряване на системите за обучение в здравеопазването и за формиране на политики, основани на данни.

Понастоящем в България липсват стабилни системи за управление на качеството, изградени на базата на подходящи и надеждни показатели и механизми за мониторинг. Оценката на ефективността на здравната система и на качеството на грижите разчита в голяма степен на показатели за процеса, като например процента на ваксиниране, и на входящи данни, като например броя на здравните специалисти или болничните легла. България следва да положи значителни усилия за по-нататъшно укрепване на инфраструктурата си за данни, за да разработи подходящи показатели за качеството на грижите, ориентираността на здравните грижи към хората и безопасността на пациентите. Въз основа на обновената рамка на ОИСР за оценка на ефективността на здравните системи и използвайки данните от НЗИС, по-нататъшните усилия следва да се съсредоточат върху определянето на приоритетните области за оценка на ефективността на българската здравна система и разработването на

съгласуван набор от показатели за наблюдение на напредъка. Тези приоритетни области биха могли да включват измерване на качеството на грижите, включително на опита и резултатите, докладвани от пациентите, и на безопасността на пациентите. Участието в международни инициативи, като например работата на ОИСП по сравнителния анализ на качеството и резултатите и проучванията на показателите, докладвани от пациентите (PaRIS), ще помогне да се определят областите за подобрене от гледна точка на пациентите, като същевременно ще предостави възможности за обучение между отделните държави.

Усилията на България за наблюдение и редовно отчитане на показателите трябва да бъдат поставени в рамките на по-широк фокус върху повишаването на отчетността и прозрачността. Макар че България вече публикува годишни публични доклади за здравния статус и по-широки данни за оценка на резултатите, информация за качеството и безопасността на грижите, като например предотвратими приеми, събития, свързани с безопасността на пациентите, и мерки за резултатите, докладвани от пациентите, следва да се докладва редовно на политиците, здравните специалисти и обществеността, за да се насърчи културата на подобрене. Подобни инициативи не само ще подпомогнат информирания избор, но и ще допринесат за укрепване на общественото доверие. Следва да се създадат механизми за обратна връзка с лицата, вземащи решения, за да се информират за корекциите на политиката и инициативите за подобряване на качеството и да се осигури ясна картина на силните и слабите страни на системата на здравеопазване, като същевременно се определят очакванията и отговорността за постигнатия с течение на времето напредък.

Необходими са допълнителни усилия за подобряване на ефективността и устойчивостта с цел разширяване на достъпа и укрепване на финансовата защита

България може да търси начини за увеличаване на публичното финансиране на здравеопазването, като същевременно повишава ефективността на разходите и дългосрочната устойчивост на системата. През 2023 г. 7,7 % от БВП на България ще се изразходват за здравеопазване, което е под средния показател за ОИСР от 9,2 %. Разликата се задълбочава, когато се разглеждат разходите за здравеопазване на човек, като България изразходва 3 187 щатски долара на глава от населението по паритет на покупателната способност (ППС), което е почти два пъти по-малко от средното за ОИСР (5 565 щатски долара). Макар че този показател е сходен с този на държави от ОИСР със сравнимо равнище на БВП на глава от населението като Коста Рика и Турция, той все още е по-нисък от този на съседните държави от ЕС5 - държави от ОИСР със сравнимо равнище на доходите в същия регион: Чехия, Унгария, Полша, Словашката република и Словения (4 020 щатски долара по ППС на глава от населението). Освен това публичните разходи през 2022 г. представляват 63,5% от общите разходи, което е под средните стойности както за ОИСР, така и за съседните държави от ЕС5 (съответно 75,3% и 77%).

Въпреки това понастоящем възможностите за увеличаване на публичните разходи за здравеопазване са донякъде ограничени. Разходите за здравеопазване вече представляват 12 % от държавния бюджет. Поради това България следва да оптимизира съществуващите бюджети, например чрез подобряване на бюджетирането на резултатите, вместо да се разчита на сегашния подход на историческо бюджетиране, и чрез извършване на прегледи на разходите, както и да намали загубите в здравните системи, например чрез намаляване на грижите с ниска стойност и оперативните загуби. Предвид позицията си на основен купувач на здравни грижи НЗОК би могла да поеме по-стратегическа роля, например като използва покупателната си способност, за да насърчи преминаването от скъпоструващи болнични грижи към извънболнични и дневни грижи и като насърчи рационалната употреба на лекарства, особено на антибиотици. НЗИС би могла допълнително да засили прозрачното проследяване на обема и цените на здравните продукти и услуги, сравнителния анализ на дейностите по предписване на лекарства от различни здравни специалисти и заведения. Тези усилия биха спомогнали за създаване на ефективност и фискално пространство за разширяване на обхвата и намаляване на плащанията от джоба. В бъдеще страната ще бъде изправена пред значителен фискален натиск, свързан със застаряването на населението и високото разпространение на хронични заболявания. Следователно подобряването на ефективността на разходите за здравеопазване е от съществено значение не само за поддържане на системата, но и за освобождаване на ресурси за подобряване на достъпа и финансовата защита.

Чрез по-ефективно използване на ресурсите българската здравна система може да подобри способността си да предоставя безопасни, ориентирани към хората и подходящи услуги, включително достъп до профилактика и лечение, на всички социални групи по прозрачен и навременен начин. Това включва намаляване на плащанията от джоба, които понастоящем представляват една трета (35 %) от всички разходи за здравеопазване, като по-голямата част от тях (69 %) са за лекарствени продукти. През април 2024 г. правителството въведе

забележителна реформа по отношение на лекарствата (ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики, 2025 г.^[1]). Политиката осигурява 100% възстановяване на разходите за 56 основни сърдечносъдови лекарства и силно субсидира над 300 други. Първите резултати са обещаващи: девет месеца след прилагането на тази мярка НЗОК съобщава, че допълнителни 30 000 души ефективно управляват заболяванията си, като съответно намалява броят на хоспитализациите поради усложнения. Бюджетът за 2025 г. въвежда и нови мерки, включително пълно възстановяване на разходите за предписани антибиотици и антивирусни лекарства за деца до седемгодишна възраст и покриване на разходите за изследване на биомаркери за диагностициране на рак. Въпреки това са необходими усилия за насочване на пациентите към генерични биоеквивалентни продукти.

В България НЗОК реимбурсира амбулаторни лекарства по референтна цена за определена дневна доза (ОДД), която обикновено е съобразена с най-ниския наличен еквивалент; когато се предписва по-скъпа марка или генерик, пациентите доплащат разликата от джоба си (ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики, 2025 г.^[1]). Заместването на ниво аптека не е разрешено, следователно, когато лекарите предписват определен продукт, фармацевтите трябва да отпускат този (марков или определен генеричен) продукт, ако е наличен. Този модел на предписване поддържа употребата на по-скъпи марки и увеличава разходите от джоба. България трябва да засили прилагането на правилата за предписване на международни непатентни наименования, както и за отпускане на лекарства. Партньорството със здравни и пациентски организации и увеличаването на възможностите за обучение и подготовка с ясни насоки за предписващите лекари и пациентите относно ефикасността и безопасността на генеричните лекарства са от съществено значение за постигането на тази цел.

Повишаването на ефективността може също така да подпомогне инвестициите в районите с недостатъчно обслужване, където достъпът до здравни грижи е най-ограничен. Около един на всеки четирима души в България (27 %) живее в селски райони, където достъпът до здравни грижи и основни нужди е по-ограничен. Недостигът на здравни специалисти, включително общопрактикуващи лекари, медицински сестри и други специалисти, е силно изразен в различните региони и се изостря в селските и отдалечените райони. Разпределението на общопрактикуващите лекари е различно, като разликата между най-ниската - Кърджали (0,31 на 1000 души население) и най-високата - Плевен (0,84 на 1000 души население), е повече от два пъти, а в национален мащаб средно 0,59 на 1000 души население, което е под средното за ОИСР (0,84 на 1000 души).

България вече е въвела мерки за привличане и задържане на специалисти в областта на здравеопазването. Министерството на здравеопазването е осигурило привлекателни условия за следдипломно обучение за придобиване на специалност. Така например на финансираните от държавата стажанти по обща медицина се осигурява месечно възнаграждение от бюджета на Министерството на здравеопазването, представляващо 2,5 пъти минималната работна заплата в страната за целия период на обучението им. По данни на Министерството на здравеопазването броят на специализантите по обща практика е нараснал от 308 през 2022 г. на 571 през 2024 г. Проектът “Насърчаване на специализацията в здравеопазването и в областите с недостиг на специалисти” също така насърчава по-

балансираното разпределение на специалистите по здравни грижи, като предоставя финансови стимули на специализантите, които се обучават в специалност с установен недостиг на специалисти, и на тези, които се обучават в специалност с най-ниска осигуреност със съответните специалисти. Освен това чрез Националната карта на дългосрочните здравни потребности България е въвела финансови стимули за набиране и задържане на здравни специалисти в районите с недостатъчно обслужване. България би могла да извлече допълнителна полза от въвеждането на нови роли или длъжности за специалисти по здравни грижи, включително медицински сестри, помощник-лекари и обществени фармацевти, за да се разпределят задачите и да се преодолее недостигът на лекари в тези региони. Насърчаването на удовлетвореността от работата чрез засилване на ролите и отговорностите на здравните специалисти е област, на която трябва да се обърне внимание. Телемедицината е друг лост за подобряване на достъпа до здравни грижи в районите с недостатъчно обслужване. Понастоящем услугите за телеконсултации не са широко разпространени и могат да бъдат допълнително разширени и увеличени на национално равнище. Наличието на телемедицина с насочване към специалисти може да подкрепи и привлече специалистите по първична медицинска помощ, като насърчи ефективното и координирано управление на пациентите и подобри условията на труд.

В заключение може да се каже, че българската система на здравеопазване се характеризира с висока степен на централизация в рамките на задължителната схема за социално здравно осигуряване. Въпреки че през последното десетилетие се наблюдава значително подобрене на резултатите в здравеопазването и ефективността на здравната система, показателите за резултатите в България остават доста по-ниски от тези в други страни от ОИСР, като се наблюдават големи различия. България продължава да се сблъсква със значителни предизвикателства, като например прекомерна зависимост от болничната помощ и недостатъчен акцент върху превенцията и общественото здраве, които не са добре адаптирани предвид голямото разпространение на хронични заболявания и нездравословен начин на живот; ограничени стабилни структури за оценка и подобряване на ефективността на здравната система; както и високи плащания „Извън джоба“ и предизвикателства, свързани с дългосрочната фискална устойчивост. Текущите реформи, както е посочено в Националната здравна стратегия до 2030 г., решават някои от тези проблеми чрез подобряване на достъпа, ефективността и общественото здраве. В перспектива укрепването на първичната и профилактичната помощ, инвестирането в системи за управление на качеството, както и засилването на финансирането на здравната система и намаляването на плащанията от джоба ще бъдат решаващи следващи стъпки за повишаване на ефективността на българската система на здравеопазване, която ще бъде ориентирана към хората и ще бъде устойчива.

Каре 1.1. Основна оценка

Укрепване на първичната медицинска помощ, превенцията и управлението на хроничните заболявания и рисковите фактори за подобряване на промоцията на здравето

- Осигуряване на внимателно наблюдение на изпълнението и напредъка в постигането на целите на Националната здравна стратегия до 2030 г. и на целите в предстоящите Национални програми за превенция на хроничните незаразни болести. Укрепване на националните програми за профилактика и засилване на първичната профилактика чрез въвеждане на данъчни, регулаторни и комуникационни политики за справяне с рисковите фактори, свързани с начина на живот, като например употребата на тютюн и нездравословното хранене.
- Насърчаване на здравната грамотност на населението по отношение на здравословния начин на живот и превантивните дейности, за да се увеличи участието във вторичната превенция и дейностите по промоция на здравето и да се води борба с подвеждащата информация и дезинформацията в областта на здравето. Засилване на ролята на специалистите в първичната медицинска помощ и представителите на пациентите в превенцията и промоцията на здравето чрез осигуряване на специално време и ресурси, включване на измерими цели за превенция в практиката и подпомагане на участието им в работата с общността, обучението на връстници и съвместното разработване на здравни инициативи.
- Укрепване на първичната медицинска помощ чрез подобряване на системата за насочване (например чрез премахване на квотите за насочване) и определяне на по-ясни критерии и стандарти. Укрепване и даване на възможност на общопрактикуващите лекари да упражняват пълноценно обхвата на своята практика, като подкрепят диагностицирането, управлението и лечението на състояния, подходящи за първична медицинска помощ - чрез подобряване на достъпа до диагностични инструменти и система за насочване, актуализирани клинични протоколи и обучение.
- Развиване на услуги за дългосрочни грижи, капацитет на работната сила и подобряване на инфраструктурата в общността и извън болниците.
- Укрепване на капацитета за готовност и реагиране при кризи, включително развиване на по-широк капацитет за мониторинг и допълнителни инвестиции в дейности за превенция и готовност. Решаване на проблема с антимикробната резистентност чрез наблюдение и добавяне на контрол върху употребата на антибиотици. Повишаване на осведомеността на обществеността и здравните специалисти относно предписването и употребата на антибиотици.

Подобряване на достъпа, резултатите и опита в областта на грижите

- Разширяване на обхвата на неосигуреното население и повишаване на осведомеността сред уязвимите групи, за да се избегне отказът от грижи и да се насърчи поведението на търсене на грижи.
- Подобряване на достъпа до услуги в отдалечените райони, например чрез разширяване на съществуващите или създаване на нови длъжности за здравни специалисти, включително медицински сестри, за да се преодолее недостигът на лекари и да се насърчи удовлетворението от работата в тези региони.

Мобилизирайте специалистите по първична медицинска помощ, включително медицинските сестри и здравните медиатори, за да увеличите обхвата на уязвимите групи. Разработване на технологии за телеконсултации и на цялостна национална система като част от интервенциите за решаване на проблемите с достъпа в районите с недостатъчно обслужване.

- Разработване на системи за оценка на изпълнението и управление на качеството и ефективни показатели за проследяване на качеството чрез събиране на по-широки данни за оценка на изпълнението. Разработване на подходящи показатели за оценка на качеството на грижите, ориентираността на здравеопазването към хората и безопасността на пациентите. Повишаване на прозрачността и отчетността чрез механизми за осигуряване на качеството, като например механизми за публично отчитане и обратна връзка.
- Продължаване на усилията за постигане на целта за базирани в общността услуги за психично здраве, силно свързани с първичната медицинска помощ и интегрирани с по-широките здравни услуги. Засилване на ролята на амбулаторните грижи, ранното откриване и интервенция и нефармакологичното лечение за справяне с нуждите на психичното здраве.
- Засилване на ориентираността на здравната система към хората чрез институционализиране на представителството на пациентите при изготвянето на политиките, чрез смислено ангажиране и систематично измерване на резултатите и опита, докладвани от пациентите.
- Използване на възможностите, предоставяни от НЗИС, за систематично събиране на данни с цел изграждане на обучаващи се здравни системи и разработване на политики, основани на данни. Мобилизирайте знанията и опита на международни инициативи, като например Обновената рамка на ОИСП за оценка на ефективността на здравната система, проучванията на ОИСП за качеството и резултатите и проучванията на показателите, докладвани от пациентите (PaRIS), за да развиете по-нюансирано разбиране за ефективността на здравната система.
- Подобряване на лесния достъп на пациентите до електронните здравни досиета, съхранявани в НЗИС, чрез рационализиране на процесите на сигурност и идентификация. Работете за разработване на интегрирано електронно здравно досие, което да е лесно достъпно за всички заинтересовани страни, както за пациентите, така и за доставчиците. Използвайте НЗИС като интегриран център за здравни данни, като въведете възможности за вторично използване на данните, като например достъп на изследователи в областта на здравеопазването. Разработване на рамки за улесняване на достъпа до данни и намаляване на административната тежест.
- Засилване на използването на данните от НЗИС за подобряване на прозрачното наблюдение на обема и цените на услугите и продуктите, както и на дейностите по предписване на лекарства в различни условия, като се подкрепят усилията за подобряване на наблюдението на използването на ресурсите и ефективността.

Подобряване на ефикасността на здравната система, фискалната устойчивост и прозрачността

- Гарантиране, че равнището на финансиране на здравеопазването съответства на здравните потребности на населението. Извършване на реформа за създаване на

фискално пространство за разширяване на капацитета на публичните разходи (като например намаляване на неефективността и използване на основано на факти бюджетно планиране), особено за укрепване на първичната и превантивната помощ и намаляване на плащанията от джоба за амбулаторни услуги и основни лекарства. Преминаване от историческо бюджетиране към бюджетиране, базирано на цели, като се насърчава рационалното разпределение на ресурсите към подобряване на съотношението между качество и цена и целите за изпълнение.

- Преминаване от скъпоструващи болнични грижи към амбулаторни и дневни грижи, разглеждане на възможностите за рационализиране на болничния капацитет и търсене на възможности за намаляване на разхищенията в системата на здравеопазването, като например насърчаване на първичната и превантивната помощ и намаляване на предписването на маркови продукти чрез задължително предписване по МНПН. Използвайте покупателната способност на НЗОК, за да насърчите преминаването от скъпоструващи болнични грижи към амбулаторни и дневни, където е уместно, и да насърчите рационалното използване на лекарства, особено по отношение на консумацията на антибиотици. Укрепване на първичната медицинска помощ и намаляване на зависимостта от болнична и специализирана помощ чрез засилване на ролята и отговорностите на общопрактикуващите лекари, включително за диагностика и лечение, например чрез премахване или облекчаване на ограниченията за насочване.
- Намаляване на разходите за лекарствени продукти, които се плащат от джоба. Стимулиране на предписването и употребата на генерични и биоподобни лекарства, които се покриват напълно от НЗОК, чрез повишаване на осведомеността на пациентите и практикуващите лекари.
- Адаптиране на клиничните пътеки, за да се насърчи подходящата продължителност на престоя, например чрез премахване на задължителното изискване за минимален болничен престой (като минимум 48 часа), за да се намали неефективното използване на болничните ресурси. Въведете иновативни системи за заплащане, които насърчават ефикасността, ефективността и качеството, като например пакетни плащания, базирани на епизоди.
- Използване на данните от НЗИС за оценка на различните измерения на ефективността на здравната система, като например ефективност, насоченост към хората, равенство и устойчивост. Превърнете НЗОК в стратегически купувач, за да насърчите преминаването от болнична към извънболнична помощ или да насърчите рационалната употреба на лекарства (например антибиотици).
- Укрепване на усилията за справяне с корупцията чрез засилване на мониторинга и проверките, прозрачността и обществената ангажираност, като се използва НЗИС за получаване на съответните данни.

Препратки

Морган Д. и др. (2020), „Прекомерна смъртност: Измерване на прякото и косвеното въздействие на COVID-19“, *Работни документи на ОИСР по здравеопазване*, № 122, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en>. [2]

ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики (2025 г.), *Здравен профил на страната за 2025 г: България*, Издателство на ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики, https://www.oecd.org/en/publications/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/bulgaria_242bb908.html. [1]

Бележки

¹ Прекомерната смъртност, мярка за смъртност над нормално очакваната за периода, показва въздействието - както пряко, така и непряко - на пандемията COVID-19 (Морган и др., 2020 г.[2]).

2 Преглед на здравната система на България

В тази глава е направен преглед на здравната система на България, като са разгледани нейната ефективност, неотдашните политически реформи и възможностите за повишаване на ефективността, прозрачността и разработването на политики, основани на данни. Първият раздел анализира здравния статус и здравните потребности на хората в България, като разглежда както физическите, така и психическите заболявания. Вторият раздел изследва структурата и управлението на здравната система, като очертава основните предизвикателства и политическите усилия, насочени към укрепване на първичната и общинската здравна помощ и справяне с корупцията в здравния сектор. В третия раздел се разглеждат инфраструктурата и управлението на здравните данни, които подпомагат предоставянето на здравни грижи, като се изтъкват предизвикателства като недостатъчното използване на здравните данни за научни изследвания и за целите на обществен интерес.

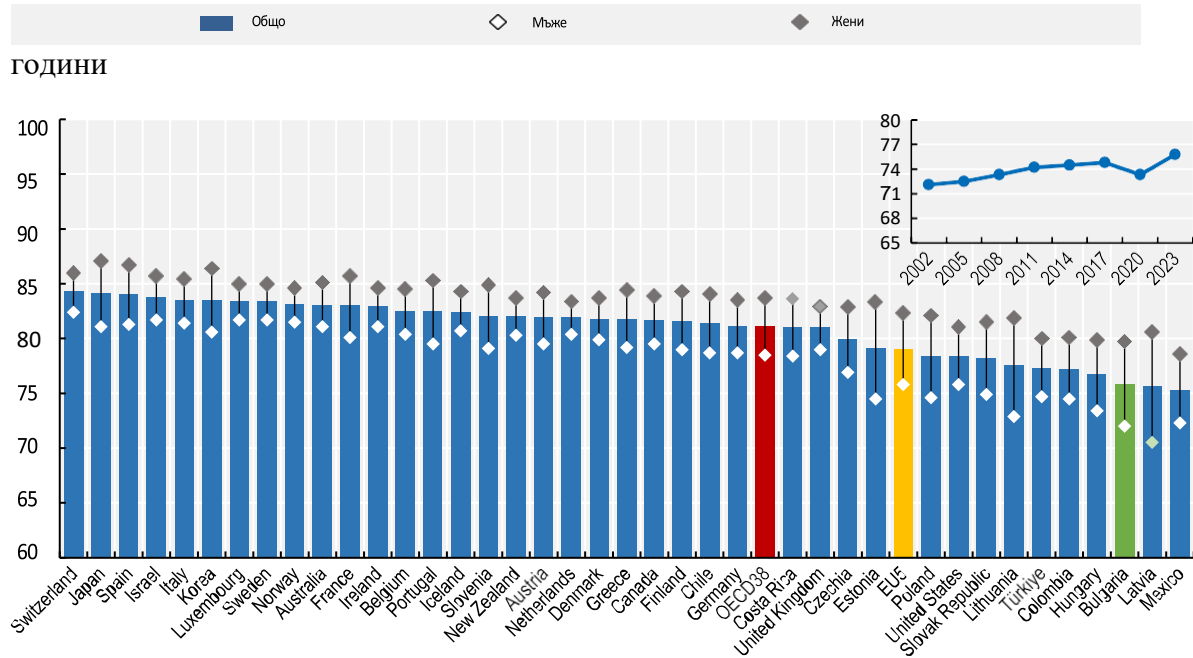
През 2023 г. населението на България е около 6,5 милиона души. Делът на населението на възраст 65 и повече години е 23,5 %, което е над средния показател за ОИСР от 18,5 % (ОИСР, 2025 г.[1]). Населението в трудоспособна възраст е намаляло с 8,5 % от 2011 г. насам, докато броят на хората на възраст над 65 години се е увеличил с 26,2 % (ОИСР, 2025 г.[1]). През 2007 г. България стана държава - членка на Европейския съюз, което улесни емиграцията, включително тази на здравните специалисти. Най-голям дял от българите в чужбина живеят в Германия, следвани от Испания, Обединеното кралство и Гърция. Повечето емигранти (85 %) са в трудоспособна възраст, а около половината от тях са на възраст между 15 и 34 години, като делът на жените и мъжете е приблизително равен. Брутният вътрешен продукт (БВП) на глава от населението е 38 754 щатски долара по ППС, в сравнение с 59 880 щатски долара по ППС средно за ОИСР, в 2023 (ОИСР, 2026 г.[2]). България се намира в южната част на Централна и Източна Европа и граничи с Гърция и Турция на юг, Сърбия и Северна Македония на запад и Румъния на север.

Здравен статус и нужди от здравни грижи

Очакваната продължителност на живота в България непрекъснато нараства през последните две десетилетия, но разликата между половете е голяма

През последните две десетилетия средната продължителност на живота в България се е увеличила от 72,3 години през 2003 г. до 75,8 години през 2023 г. (фигура 2.1). Съществуват големи разлики между половете, като жените живеят до 79,7 години, а мъжете - до 72 години. Пандемията COVID-19 оказва сериозно въздействие върху средната продължителност на живота, която между 2019 и 2021 г. спадна с 3,7 години (0,9 години средно за страните от ОИСР през същия период). До 2023 г. средната продължителност на живота е възстановила загубите и е достигнала исторически максимум. Въпреки това очакваната продължителност на живота остава под средната за ОИСР (81,1 години) и за петте държави от ОИСР със сравнимо ниво на доходите в същия регион (79 години) (Чехия, Унгария, Полша, Словашката република и Словения, наричани по-нататък “съседните държави от ЕС5”).

Фигура 2.1. Очакваната продължителност на живота при раждане се е увеличила стабилно през последните две десетилетия, но остава под средната за ОИСР и неравенството между половете е голямо



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. или за най-близката налична година.
Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Населението на България намалява и се очаква да продължи да намалява

Демографската криза, подхранвана от отрицателния прираст на населението и миграцията, доведе до намаляване на броя на населението и до спад на населението в трудоспособна възраст. Населението на България намалява през последните три десетилетия и през 2023 г. ще намалее с 12,8 % до около 6,5 милиона жители (ОИСР, 2025 г.[11]). Прогнозите са, че броят на населението ще продължи да намалява, достигайки 6,1 млн. души до 2040 г. (ОИСР, 2025 г.[3]) и ще се свие с една пета от до 2054 г., което представлява най-големият отрицателен ръст в броя на населението в света сред страните с поне половин милион души (ООН, 2024 г.[4]) . Коефициентът на плодовитост в България за първи път спада до 1,81 през 2023 г., въпреки че остава третият най-висок в ЕС след Франция и Румъния (Евростат, 2025[5]). През 2007 г. България стана държава - членка на ЕС, което улесни емиграцията, включително тази на здравните специалисти. Повечето емигранти (85 %) са в трудоспособна възраст, около половината са на възраст между 15 и 34 години, като делът на жените и мъжете е приблизително равен (Молнар, Абендшайн и Желязкова, 2023[6]).

Населението също така застарява. През 2012 г. почти един от всеки четирима души (19%) е бил на възраст 65 и повече години, като през 2023 г. този дял нараства до 24% (ОИСР, 2025 г.[11]). Прогнозите сочат, че тази тенденция ще се запази и до 2040 г. ще достигне 26,5 % (ОИСР, 2025 г.[3]). Подобно на много страни от ОИСР, България следва да адаптира системата на здравеопазване към нуждите на застаряващото си население, като се справи с повишената тежест на хроничните заболявания и търсенето на първични и дългосрочни грижи, както и с потенциалното му въздействие върху финансовата стабилност на системата за социално здравно осигуряване (SHI).

Една четвърт от българите живеят в селски райони, където страната е изправена пред значителен недостиг на здравни специалисти

През 2023 г. около един от всеки четирима българи (27 %) живее в селски райони, където достъпът до здравни грижи и основни нужди е по-ограничен, отколкото в градските райони (База данни на Световната банка, 2024 г.[7]). Застаряването на населението е по-силно изразено в селата (26 %), отколкото в градовете (20 %), с по-висок относителен дял на хората на възраст 65 и повече години (Министерство на здравеопазването, 2022 г.[8]). Свързано с това, коефициентът на смъртност също е по-висок в селата - 28 на 1000 души в сравнение с 19 в градовете. Раждаемостта е малко по-ниска в селата в сравнение с тази в градовете, съответно с 8 и 9 раждания на 1000 души. Смъртността сред децата в селата (9 смъртни случая на 1000 живородени) е по-висока от тази в градовете (5 смъртни случая), което отразява проблемите с достъпа до здравеопазване.

Недостигът на здравни специалисти, включително общопрактикуващи лекари, медицински сестри и други специалисти, се проявява във всички региони и се изостря в селските и отдалечените райони. Отчитайки тези предизвикателства, България разработи стратегии за привличане на студенти по медицина и здравни специалисти в селските райони (вж. глава 4).

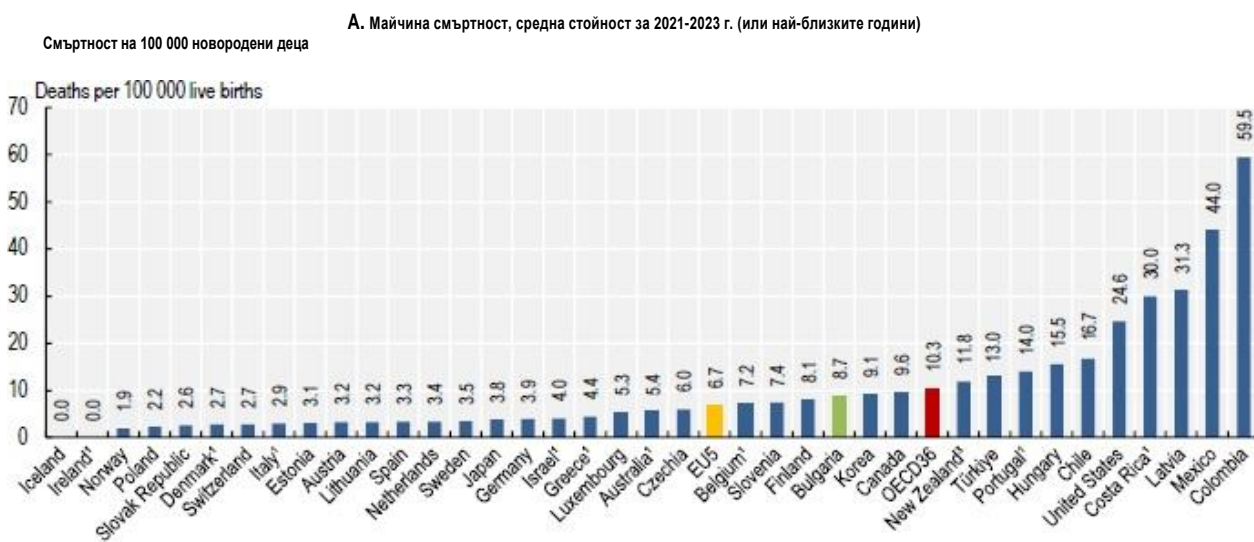
През последното десетилетие България успешно намали майчината и детската смъртност

През последното десетилетие майчината смъртност по време на бременност или раждане е намаляла, като от 7,9 смъртни случая на 100 000 живородени деца през 2010 г. е спаднала до 6,8 през 2020 г. Впоследствие обаче майчината смъртност се увеличи, достигайки 12,4 през 2022 г. и 8,7 през 2023 г., т.е. нива над тези, наблюдавани десетилетие по-рано. През тригодишния период 2021-2023 г. майчината смъртност в България (8,73 смъртни случая на 100 000 живородени деца) е под средната стойност за ОИСР (10,3), но остава по-висока от средната стойност за ЕС5 (6,8) (фигура 2.2).

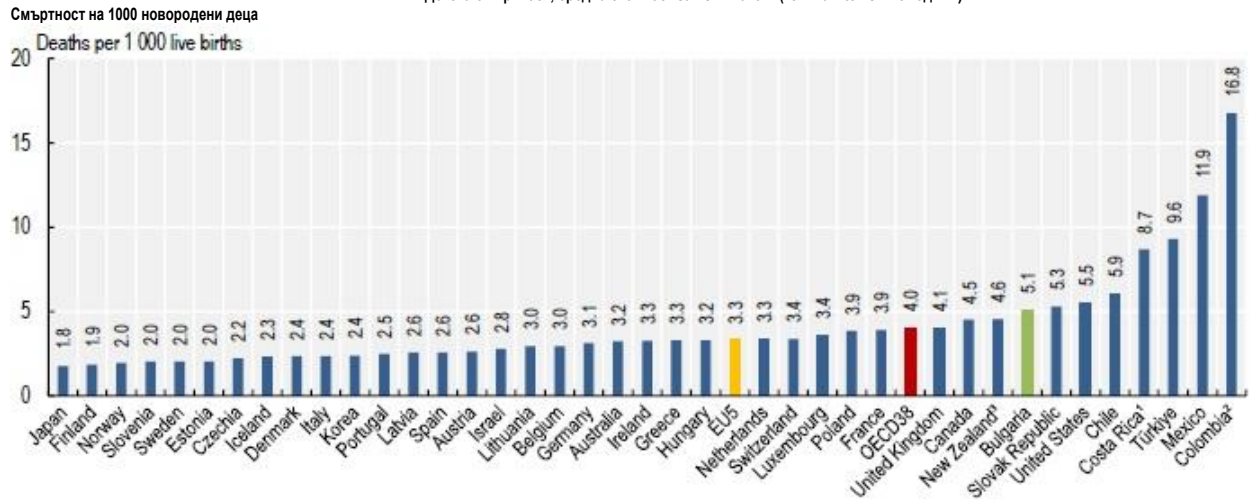
Детската смъртност е намаляла от 9,4 смъртни случая на 1000 живородени деца през 2010 г. до 5,1 смъртни случая през 2020 г. Според националната статистика към 2024 г. детската смъртност е намаляла допълнително до 4,5 смъртни случая на 1000, което представлява повече от 50 % спад в сравнение с 2010 г. (Национален статистически институт, 2025 г.[9]). Макар това да е окуражаващо, през тригодишния период 2021-2023 г. детската смъртност в България (5,1) все още е малко над средните стойности за ОИСР (4 смъртни случая) и съседните ЕС5 (3,3 смъртни случая) (фигура 2.2).

Основните причини за смъртност при децата под една година през 2021 г. са перинаталните състояния (228 смъртни случая на 100 000 живородени), вродените аномалии (дефекти в развитието), деформациите и хромозомните аберации (101 смъртни случая) (Министерство на здравеопазването, 2022 г.[8]). За да се справи с тези проблеми, България разшири броя на скрининговите тестове, включени в неонаталния пакет, и насърчи безпроблемния достъп до общопрактикуващи лекари, акушер-гинеколози и педиатри. България също така наскоро въведе 12 интегрирани здравни заведения “Център за комплексни услуги за деца с увреждания и хронични заболявания” за предоставяне на интегрирани услуги за грижи за деца с увреждания и хронични заболявания (вж. глава 3).

Фигура 2.2. Въпреки че майчината смъртност е под средната за ОИСР, детската смъртност е по-висока от тази в повечето страни от ОИСР



В. Детска смъртност, средна стойност за 2021-2023 г. (или най-близките години)



Бележка: 1. Последните данни са от периода 2020-2022 г. 2. Последни данни от данните за 2019-2021 г. 3. Последни данни от 2018-2020 г.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Сърдечно-съдовите и раковите заболявания са причина за почти три четвърти от всички смъртни случаи

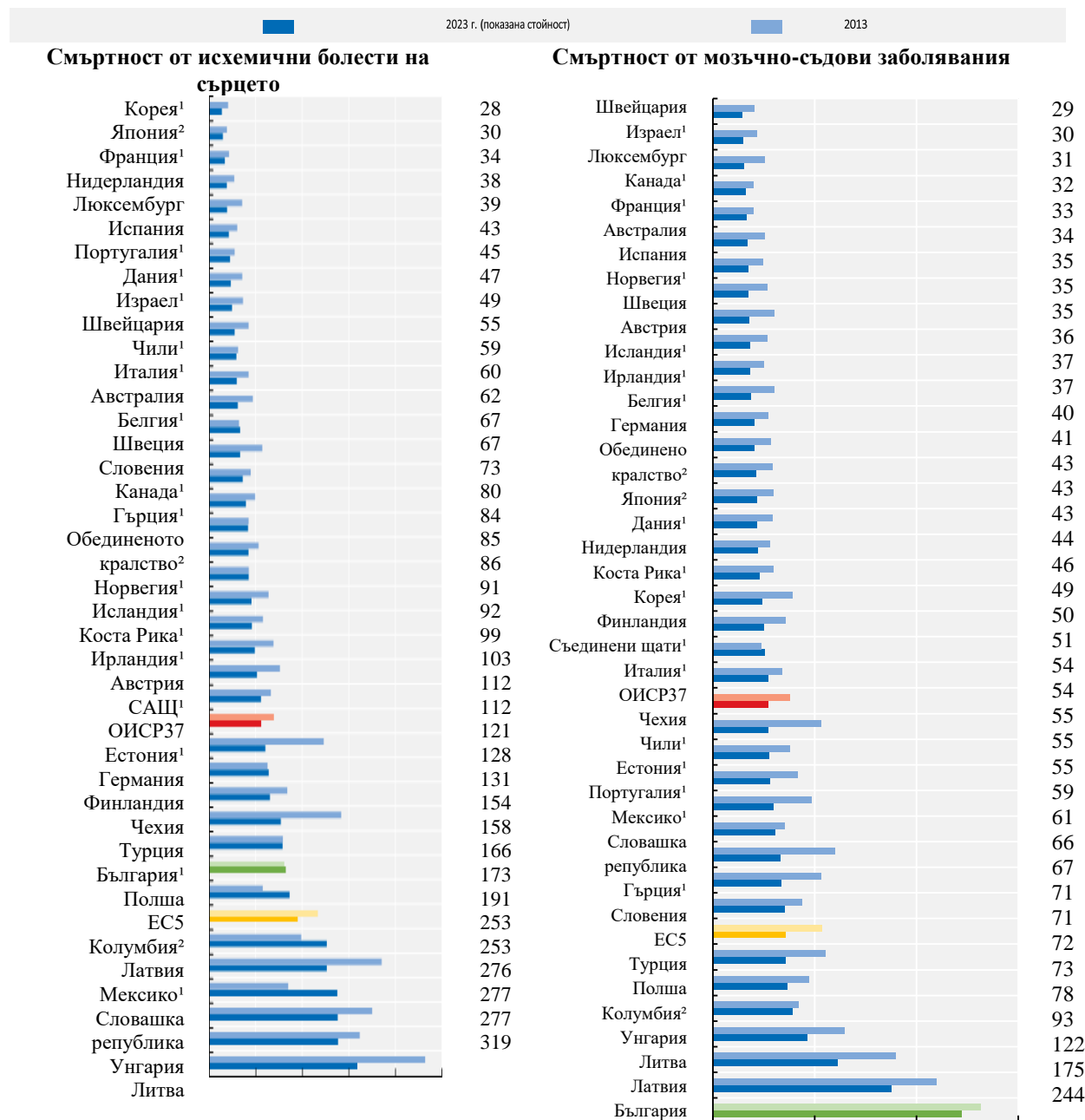
Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) - включително исхемичните болести на сърцето и инсултът - са водещата причина за смъртност през 2023 г., която представлява 62 % от всички смъртни случаи (ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики, 2025 г.[10]). Раковите заболявания са втората водеща причина за смъртност, като представляват 17 % от всички смъртни случаи. Ракът на белите дробове и ракът на дебелото черво са най-честите причини за смъртност сред видовете рак.

Смъртността от инфаркт и други исхемични заболявания е по-висока, отколкото в повечето страни от ОИСР, но е малко по-ниска от средната за ЕС5. През 2023 г. коефициентът на смъртност от исхемични болести на сърцето в България е 166 смъртни случая, което е под средната стойност за ЕС5 от 191, но над средната стойност за ОИСР от 112 (фигура 2.3). Освен това този показател се е увеличил от 162 през 2013 г. на 166 през 2023 г., докато в повечето държави от ОИСР той намалява през последното десетилетие. Смъртността вследствие на инсулт е по-висока от тази във всички държави от ОИСР, което сигнализира за потенциални проблеми при предоставянето на спешни грижи. Смъртността от мозъчно-съдови заболявания е 244 смъртни случая през 2023 г., много по-висока от средната стойност за ЕС5 от 71 и средната стойност за ОИСР от 54 (фигура 2.3). Макар че е намалял от 263 през 2013 г. на 244 през 2023 г., той остава най-високият в сравнение с равнището на смъртност в държавите от ОИСР.

Други проблеми, свързани със здравето, включват туберкулоза (намаляваща честота през последното десетилетие) и хепатит В и С (по-висока честота през последните години) (вж. глава 3). Националната здравна стратегия до 2030 г. дава приоритет на инвестициите в

дейности за превенция и промоция чрез насърчаване на здравословния начин на живот, развитие на благоприятна среда и ефективен скрининг и превенция на хронични заболявания (вж. глава 2). Неотдавнашните реформи са насочени към достъпа до лекарства за ССЗ чрез намаляване на плащанията от джоба и осигуряване на остри грижи чрез нови центрове за интервенционална диагностика и ендоваскуларно лечение на мозъчно-съдови заболявания, чрез финансиране от НПВУ.

Фигура 2.3. Смъртността вследствие на инфаркт и други исхемични болести на сърцето е по-висока, отколкото в повечето страни от ОИСР, а смъртността от инсулт е по-висока, отколкото във всяка страна от ОИСР



Бележка: 1. 2022 данни. 2. данни за 2021 г.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г. въз основа на базата данни на СЗО за смъртността.

Регионалните различия в равнищата на смъртност показват неравномерното разпределение на здравните услуги

Съществуват значителни разлики в смъртността между регионите. През 2024 г. коефициентите на смъртност в областите Видин, Монтана и Кюстендил (съответно 24,5, 21,6 и 21 смъртни случая на 1 000 души) са почти два пъти по-високи от тези в София-град (11,2 смъртни случая) (фигура 2.4). От 28-те области в 21 области коефициентът на смъртност е над средния за страната (15,7 смъртни случая). НПВУ има за цел да преодолее регионалните неравенства чрез набирание и задържане на здравни специалисти в селските и отдалечените райони, модернизиране на болничната инфраструктура в цялата страна и откриване на нови центрове за интервенционална диагностика и ендоваскуларно лечение на мозъчно-съдови заболявания (вж. глави 3 и 4).

Фигура 2.4. Смъртността в някои региони е почти два пъти по-висока от тази в София-град



Бележка: Данните се отнасят за 2024 г.

Източник: Национален статистически институт, България.

Високата смъртност, която може да бъде избегната, и свързаните с нея рискови фактори налагат засилване на политиките в областта на първичната и превантивната помощ и общественото здраве

България е с едно от най-високите нива на предотвратима смъртност в сравнение със страните от ОИСР, което е сигнал за сериозни предизвикателства в политиките в областта на общественото здраве и работата на здравната система, недостатъци в програмите за превенция и промоция, както и недостатъчни финансови и политически ресурси за подобряване на диагностиката и лечението. Според данните за 2023 г. предотвратимата смъртност е по-висока от тази в повечето държави от ОИСР - 389 смъртни случая на 100 000 души население при средно 246 смъртни случая за ОИСР. Смъртността от предотвратими причини, която може да бъде избегната чрез ефективни стратегии за общественото здраве и превенция, е 228 смъртни случая на 100 000 души население, което е над средната стойност за ОИСР (145 смъртни случая) и средната стойност за съседните държави от ЕС5 (179 смъртни случая) (фигура 2.5). По подобен начин смъртността от лечими причини, която може да бъде избегната чрез здравни интервенции, включително скрининг, диагностика и лечение, е по-висока от тази в почти всички страни от ОИСР - 161 смъртни случая на 100 000 души население (в сравнение със 77 за ОИСР и 105 за съседните страни от ЕС5).

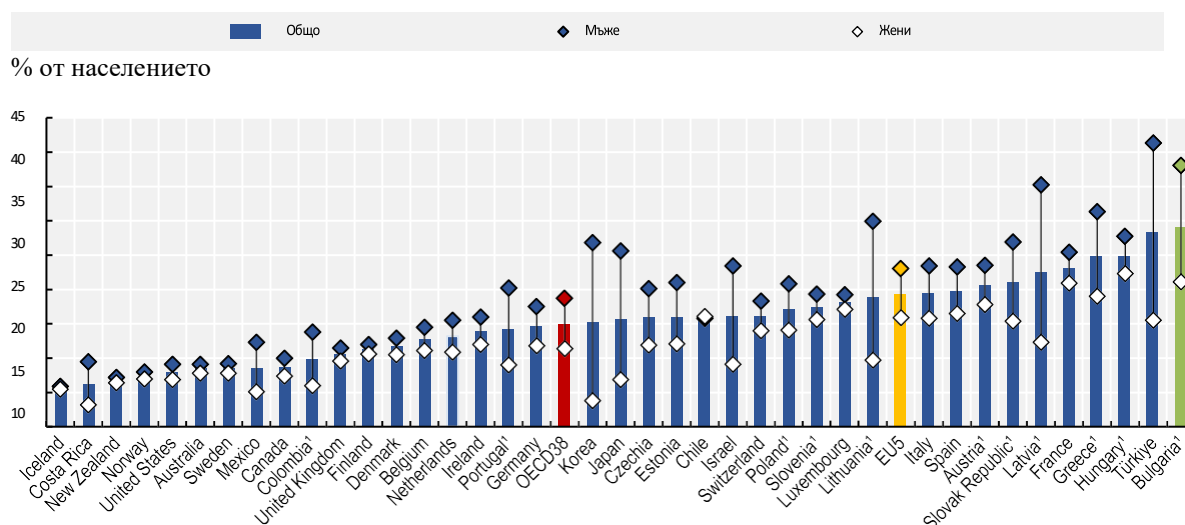
(Фигура 2.5). Според данните на Евростат за 2022 г. смъртността от предотвратими причини се е увеличила между 2019 и 2022 г., което до голяма степен се дължи на смъртните случаи, свързани с COVID-19 (ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики, 2025 г.[10]). За разлика от тях смъртността от лечими причини е била по-слабо засегната от пандемията, но през последното десетилетие е показала слабо подобрене, което налага по-нататъшни действия за подобряване на ефективността и навременността на предоставянето на здравни грижи и профилактиката.

страни от ОИСР с 5% през 2019 г. (ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики, 2023 г.^[11]; ОИСР, 2023 г.^[12]). По подобен начин само един от всеки десет възрастни (11 %) се е упражнявал редовно. По отношение на затлъстяването, 12% от възрастните са съобщили, че са със затлъстяване през 2022 г. Почти едно от всеки четири 15-годишни деца (24%) съобщава, че е с наднормено тегло или затлъстяване, което е повече, отколкото в страните от ОИСР. Изменението на Закона за храните забранява рекламата и маркетинга на генетично модифицирани и “нездравословни” храни сред децата - включително по телевизията, в печата и онлайн. Етикетването на храните следва стандартното за ЕС етикетване, при което съставките се излагат на видно място. През последните години ограничаването или премахването на определени категории храни или напитки (нездравословни храни) е успешна политическа инициатива за осигуряване на предлагането на здравословни, безопасни и качествени храни. Тази политика се прилага за училищните столове, обектите за търговия на дребно и организиранията събития на територията на училищата и детските заведения (Международен Световен фонд за изследване на рака, 2023^[13]). България следва да активизира усилията си за прилагане на политиките за съвети и консултации в областта на храненето в здравните заведения, както и за обучение по хранене в учебните програми. Освен това България следва да използва финансови стимули, за да увеличи наличността и достъпността на здравословни храни и да създаде здравословна среда за търговия на дребно и производство на храни, заедно с политики за хранителните системи. Опростеното етикетване на храните отпред на опаковката (като Nutri score) може да подобри разбирането на хората за хранителното съдържание и да увеличи избора на по-здравословни храни сред населението, като инвестициите ще имат икономическа възвръщаемост (ОИСР, 2022 г.^[14]). Ежегодно Министерството на здравеопазването, в партньорство с Националния център по обществено здраве и анализи, Министерството на образованието и науката, Министерството на културата, Министерството на младежта и спорта, Министерството на околната среда и водите, Националният офис на СЗО за България и Българския червен кръст, организира Национален ученически конкурс “Посланици на здравето”. Състезанието се провежда в подкрепа на здравословния начин на живот на младите хора (1-12 клас), с цел превенция на поведенческите рискови фактори за здравето, свързани с нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол и тютюнопушене. Всяка година Министерството на младежта и спорта финансира организирането на Ученически игри за ученици от 5-ти до 12-ти клас и Ученически игри за ученици с физически и умствени увреждания (ОИСР/Европейска комисия, 2025 г.^[15]). През 2024 г. стартира нова пилотна програма “Час по спорт” за осигуряване на участие във физически упражнения, мобилни игри и спортни дейности за деца, за сформирани и развитие на училищни и ученически спортни отбори. Около 92 000 ученици участваха в пилотната програма.

Тютюнопушенето е причина за 8% от всички смъртни случаи през 2021 г., което е сходно със средното за ОИСР. С 29% делът на пушачите в България е по-висок от този във всички държави от ОИСР (15%) (Фигура 2.6). Освен това делът на хората на възраст 15 и повече години, които пушат ежедневно, е останал непроменен между 2008 и 2019 г. Разликите между мъжете и жените са значителни, като мъжете пушат почти два пъти повече от жените. През 2012 г. е въведена пълна забрана за тютюнопушене на всички закрити обществени

места и на някои открити обществени места, а рекламата на тютюневи изделия е забранена. България е добавила здравни предупреждения върху опаковките за тютюнопушене в съответствие с европейското и националното законодателство. Страната обаче не изисква обикновени опаковки за тютюневите изделия и има слаби резултати по отношение на цената на цигарите, тенденцията за достъпност на цигарите и данъчната структура (Антонов и Величков, 2023^[16]; Чалупка и Таурас, 2022^[17]). Данъците върху тютюневите изделия в България се събират в съответствие с директивите на ЕС за данъците върху тютюневите изделия. През 2025 г. Европейската комисия актуализира минималните акцизи върху тютюна. По-нататъшното увеличение на акцизите върху тютюневите изделия на национално равнище се очаква да доведе до почти петкратно увеличение на цените на тютюневите изделия до 2029 г. в България, която вече има две увеличения през януари и май 2025 г. България има развит капацитет за производство на тютюн (~15 млрд. цигари годишно), което също се отразява на високите нива на тютюнопушене. По-нататъшните усилия следва да се съсредоточат върху въвеждането на обикновени опаковки с текстови/графични предупредителни етикети, повишаване на осведомеността на населението и увеличаване на данъците (тъй като цигарите остават достъпни).

Фигура 2.6. Дневните нива на тютюнопушене са по-високи от тези в страните от ОИСР, като се наблюдава значителна разлика между мъжете и жените



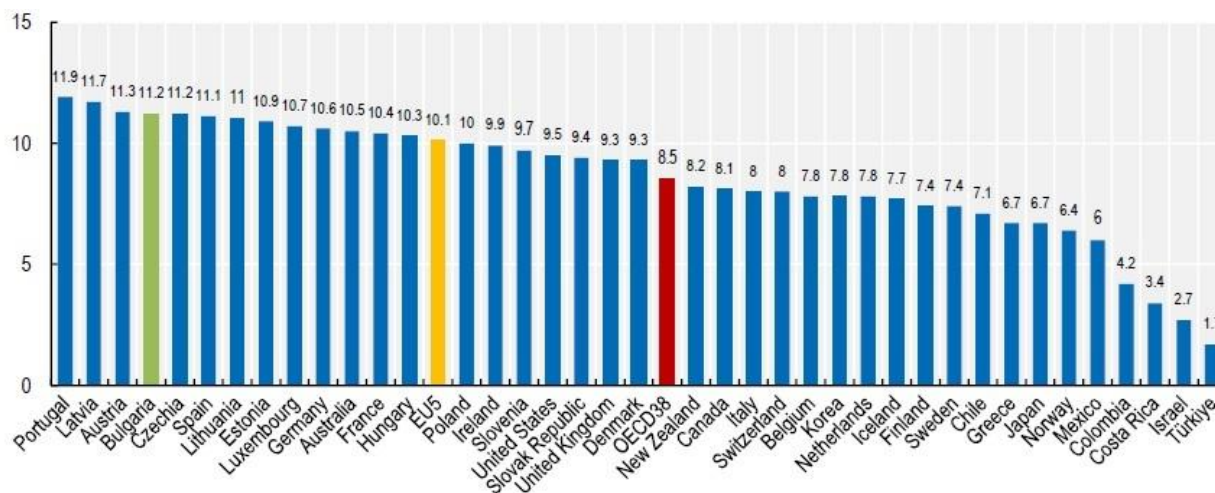
Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. или най-близката година. 1. Най-новата точка от данни съответства на 2019 г.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Употребата на алкохол е причина за 4 % от всички смъртни случаи, което е наравно със средното за ОИСР. През 2022 г. пълнолетните българи са консумирали средно 11,2 литра (еквивалент на чист алкохол) на глава от населението, което е близо до страните от същия регион, като Чехия (11,2), Унгария (10,3) и Полша (10), но над средното за ОИСР (8,5 литра) (фигура 2.7). Консумацията на алкохол се е увеличила, като между 2010 г. и 2022 г. е нараснала с 1 литър на глава от населението. Потреблението е намаляло едва през 2020 г., вероятно в резултат на ограниченията, свързани с пандемията, и не са налични по-нови данни, които да потвърдят ефекта на възстановяване. Делът на населението, което съобщава за тежко епизодично пиене (определено като пиене на повече от шест стандартни напитки в рамките на един сеанс) поне веднъж седмично, е 1,7 % през 2019 г., въпреки че разликата между мъжете и жените е значителна (съответно 2,9 и 0,7) (Евростат, 2024 г.[18]). България прилага акцизи върху алкохола в съответствие с данъчните структури, ставките и определенията на продуктите, изисквани от директивите на ЕС за данъците върху алкохола. Съгласно десетте области на политиката в рамките на Глобалната стратегия на СЗО за намаляване на вредната употреба на алкохол, последните интервенции са насочени към достъпността, маркетинга, ценообразуването, намаляването на вредите, както и към лидерството и намаляването на въздействието върху общественото здраве (ОИСР, 2021[19]). България трябва да увеличи усилията си за прилагане на интервенции в общността и в здравните заведения, както и на практики по “пиене и шофиране” и “мониторинг и наблюдение”.

Фигура 2.7. Консумацията на алкохол в България е по-висока от средната за ОИСР

Литри на човек



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. или за най-близката година.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

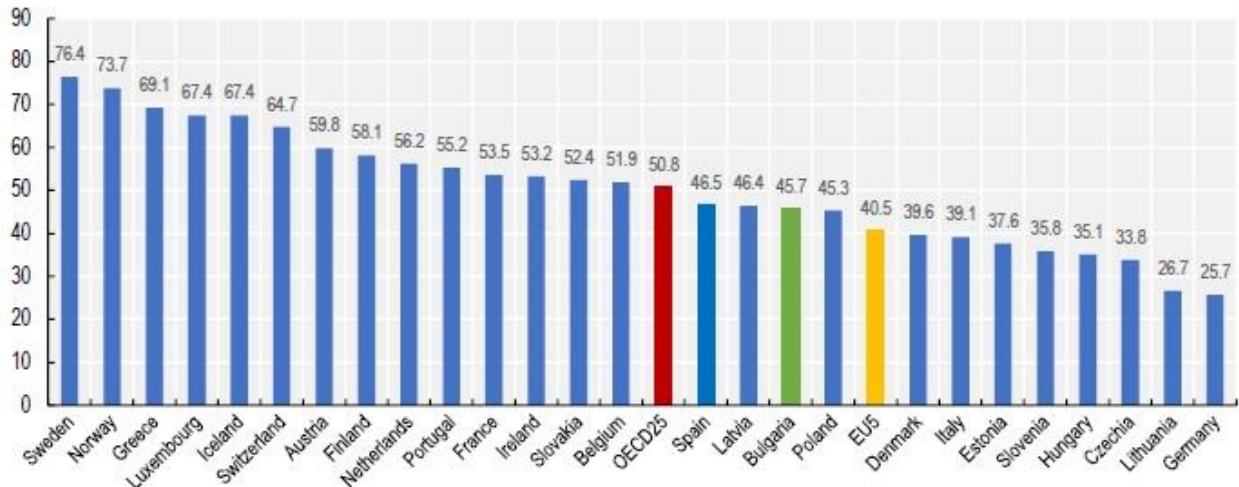
Въпреки че България отделя 1% от акцизите върху тютюневите и алкохолните изделия за финансиране на национални програми за първична превенция, средствата за интервенции в областта на общественото здраве са недостатъчни. Специфичните данъци представляват предизвикателство, тъй като данъците не запазват реалната си стойност с течение на времето, особено в периоди на висока инфлация (Световна банка, 2024 г.[20]). Освен това добрите икономически показатели и ръстът на доходите правят тютюна и алкохола по-достъпни. Достъпът до и прилагането на съществуващите услуги и стратегии за промоция на здравето и превенция са изправени пред няколко предизвикателства. Мерките за контрол на тютюна, като например забраните за пушене на обществени места и за продажба на цигари на непълнолетни лица, както и насоките за рекламиране и опаковане на тютюневи изделия, се характеризират с ограничен институционален капацитет за провеждане на информационни кампании. Освен това не е доказана ефективността на националните програми за насърчаване на здравословния начин на живот и справяне с хроничните заболявания. Въпреки разнопосочните данни за тяхното въздействие, проектът “Здрави деца” и Националната стратегия за развитие на физическото възпитание и спорта 2012-2022 г., които бяха създадени, за да се справят с нарастващия брой деца с наднормено тегло и затлъстяване, бяха подновени. Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021-2025 г. има за цел да активизира националните усилия за справяне с тютюнопушенето, здравословния начин на хранене, физическата активност и приема на алкохол.

Психичните заболявания са една от водещите причини за инвалидност

Психичните заболявания са втората водеща причина за годините живот с увреждания през 2021 г., въпреки че разпространението на психичните разстройства е по-ниско от средното за ОИСР (14 200 случая спрямо 16 099 на 100 000 души население) (ИЗПО, 2025 г.[21]). Самооценката на депресивните симптоми също е ниска: 5 % от хората съобщават, че в момента имат депресивни симптоми през 2019 г. в сравнение със средно 7 % за ОИСР. Това е по-разпространено при жените (5%), отколкото при мъжете (3%). През 2020 г. почти половината от служителите съобщават, че са били изложени на рискови фактори, които могат да повлияят на психичното им здраве, което е малко по-ниско от средното за ОИСР (фигура 2.8). Процентът на самоубийствата бележи тенденция към намаляване, като между 2011 г. и 2021 г. е намалял с 25 %. Съществува значителна разлика между мъжете и жените, като процентът на самоубийствата е почти 5 пъти по-висок при мъжете (Евростат, 2024 г.[22]).

Фигура 2.8. Почти половината от служителите в България съобщават, че са изложени на рискови фактори, които могат да повлияят неблагоприятно на психичното им благополучие

% от общия брой служители



Бележка: Данните се отнасят за 2020 г.

Източник: Евростат (2025 г.).

През 2019 г. близо 13% от хората съобщават, че живеят с психично разстройство (ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики, 2023 г.[11]). Почти половината от тях (46 %) не са могли да потърсят помощ, защото тя е била твърде скъпа. Около 31 % са посочили, че не са потърсили помощ, защото са се страхували от лекари или лечение, което е над средното за ОИСР ниво от 20 %. Над 80 % от хората са съгласни, че пациентите с психични заболявания се оценяват от обществото по различен начин от останалите пациенти. Освен това почти половината от тях (47 %) посочват, че медицинските специалисти също преценяват пациентите с психични разстройства по различен начин, което е четвъртият най-висок процент сред страните от ЕС (Евробарометър, 2023 г.[23]). Психично-здравните грижи в България се предоставят предимно в болнични заведения, които исторически са разположени извън населените места и не са съобразени с административното деление на страната. Пациентите обикновено се лекуват в тези институции, като остават отделени от семействата и общностите си и нарушават социалния им живот. България увеличи усилията си за развитие и организиране на стационарни и амбулаторни психиатрични грижи в общността, включително оборудването им с мултипрофесионални практики (вж. глава 3).

Системата на здравеопазването и нейното управление

Системата на здравеопазването се основава на социално здравно осигуряване

Различни закони и подзаконовни нормативни актове уреждат системата на здравеопазването в България, включително структурата, финансирането и контрола на системата, както и структурните и оперативните изисквания към лечебните заведения. Законът за здравето от 2005 г. урежда обществените отношения, насочени към запазване здравето на населението, а създаването, организацията и дейността на лечебните заведения се регламентира от Закона за лечебните заведения от 1999 г. Накрая, Законът за здравното осигуряване от 1998 г. урежда здравното осигуряване и свързаните с него обществени отношения.

Съгласно Закона за здравното осигуряване здравното осигуряване е два вида - задължително и доброволно (последното има минимална роля). Всеки гражданин е длъжен да плаща месечна здравна вноска, а събирането на средствата от задължителните здравноосигурителни вноски се извършва от Националната агенция за приходите. Държавата покрива вноските за пенсионерите, децата и студентите, както и за безработните лица, които имат право на обезщетение. Пакетът от обществени обезщетения включва първична и специализирана извънболнична медицинска помощ, лабораторни услуги, болнична диагностика и лечение, както и високоспециализирани медицински услуги за онкологични, сърдечносъдови или ортопедични заболявания, изискващи продължително лечение, включително рехабилитация. Спешната помощ, болничната психиатрична помощ, ин витро оплождането и обществените здравни услуги се покриват изцяло от държавния бюджет или от други целеви фондове, а през 2022 г. правителството разшири пакета от профилактични обезщетения и пакета от акушерски грижи и медицинска диагностика за неосигурени жени. Пакетът от обезщетения се регламентира с наредба на министъра на здравеопазването, която се актуализира ежегодно.

Потребителските такси се прилагат за повечето услуги и се определят като фиксирана такса за услугата. Освен това преобладават доплащанията за лекарства. Задължителната здравноосигурителна вноска е 8 % от личния доход (поделя се между работника и работодателя), а потребителската такса за осигурените лица е 1,5 евро, независимо от стойността на ползваните услуги. Таксата за болнично лечение е приблизително 0,51 евро на ден и се заплаща независимо от продължителността на болничния престой, но за не повече от 10 дни годишно. Определени групи от населението са освободени от потребителски такси при ползване на медицинска помощ от пакета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), като по този начин се осигурява достъп до здравни услуги на уязвимите групи от обществото. Това са децата до 18-годишна възраст, а ако продължат образованието си - до 26-годишна възраст, бременните жени и родилките до 45 дни след раждането, пациентите със злокачествени новообразувания и здравноосигурените лица с над 71% намалена работоспособност. Освен това от държавния бюджет се осигуряват средства за диагностика и лечение в болници и за хора, които не могат да си позволят да участват в здравното осигуряване, тъй като нямат доходи или имущество. Частното здравно осигуряване (ЧЗО) се извършва въз основа на договор за медицинска застраховка, при който

видът, цените, условията и процедурите се определят от договорите между доставчиците на здравни услуги и застрахователите. В България ЧЗО играе минимална роля.

Осигурителният институт се основава на система с един платец, в случая на България - НЗОК. НЗОК е единствената здравноосигурителна каса в страната, която закупува здравни дейности в обхвата на здравното осигуряване. НЗОК се състои от централна администрация, районни здравноосигурителни каси във всички региони на страната и подразделения на районните здравноосигурителни каси. НЗОК се управлява от управител и Надзорен съвет, състоящ се от представители на организациите за защита на правата на пациентите, на работниците и служителите, на работодателите и на държавата, един от които е изпълнителният директор на Националната агенция за приходите. Пакетът от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съдържа медицински дейности, услуги и стоки, определени по вид и обхват, по отделни медицински специалности, по заболявания или групи заболявания.

Доставчиците на здравни услуги са автономни и самоуправляващи се. НЗОК договаря цени и обеми с доставчиците въз основа на предварително договорения здравен пакет между НЗОК и лекарските, стоматологичните и фармацевтичните съюзи. Амбулаторните грижи - като първична и стоматологична помощ, специализирана извънболнична помощ, някои болнични услуги и лекарствени продукти - се предоставят предимно от частния сектор, докато центровете за спешна помощ, центровете за кръвопреливане, психиатричните болници, университетските болници и центровете за деца с увреждания и хронични заболявания са изключително държавна собственост. От друга страна, отговорността за областните болници е разделена между държавата и общините, като последните управляват и различни специализирани доставчици на извънболнична помощ и многопрофилни и специализирани болници.

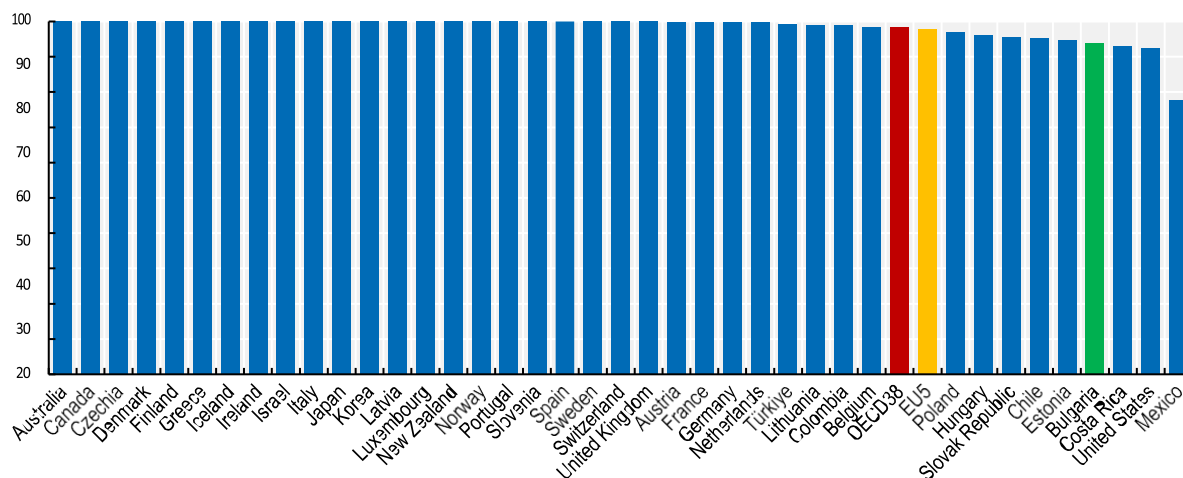
Системата за социално здравно осигуряване обхваща около 94 % от населението и осигурява достъп до широка кошница от обезщетения, въпреки че плащанията от джоба представляват повече от една трета от разходите за здравеопазване.

Делът на неосигурените лица - определен като дял от населението, обхванато от основния набор от здравни услуги - се оценява на 6% през 2023 г., което е над повечето държави от ОИСР и три пъти повече от средното за ОИСР (2%) (фигура 2.9). Въпреки това, според националните източници на данни, процентът на неосигурените лица нараства до 11% и 12% (Република България, Национална здравноосигурителна каса, 2022 г.; Република България, Министерство на финансите, 2021 г.). Това включва граждани, живеещи в чужбина, трайно безработни лица и лица, които са избрали да не плащат в системата на Социалното здравно осигуряване. Лицата без валидна лична карта, в т.ч. ромското население, бездомните хора и мигрантите без документи, са изправени пред особени предизвикателства, тъй като това е изискване за регистрация в Социалното здравно осигуряване. Освен това, въпреки че пакетът от законоустановени обезщетения покрива редица здравни услуги и стоки от първично, вторично и третично ниво, потребителските такси са често срещани, което води до увеличаване на разходите извън джоба (ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики, 2023 г.^[11]). Неотдавнашно проучване, разглеждащо разходите на

домакинствата и финансовата тежест, което се основава на социологическо проучване и данни за разходите от НЗОК и Националната здравна информационна система (НЗИС), показва, че всеки втори родител се бори да си позволи лекарствата на детето си, като 14,4 % са изправени пред сериозни финансови затруднения (Европейска обсерватория по здравни системи и политики, 2024^[24]).

Фигура 2.9. 94% от населението на България е обхванато от социално здравно осигуряване, което е под средното за ОИСР и ЕС5

% от общото население



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. или за най-близката година. Данните се отнасят до дела на населението, обхванато от основен набор от здравни услуги, като предлагат първоначална мярка за достъп до грижи и финансова защита.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Потребителските такси и споделянето на разходите се прилагат за повечето услуги и стоки от основния пакет обезщетения, включително зъболечение, амбулаторни посещения, лабораторни изследвания и болничен престой. Тези потребителски такси, както и директните плащания за услуги извън пакета обезщетения и от неосигурените лица, допринасят за високите разходи „извън джоба“ в България. Някои услуги, включително професионалното здравеопазване, плановата козметична хирургия, плановото прекъсване на бременност и контрацепцията, не се покриват. Ограничено е покритието на амбулаторни лекарства, медицински продукти, стоматологични грижи, дългосрочни грижи и дългосрочна рехабилитация. Други се покриват изцяло от държавния бюджет, включително спешна помощ, болнична психиатрична помощ, трансфузионна хематология, ин витро оплождане и трансплантации и услуги в областта на общественото здраве. От 2024 г. пакетът от обезщетения е разширен и включва лабораторни изследвания с профилактична цел. Освен това повече от 400 лекарства за ССЗ, групирани в 52 групи с международни непатентни наименования (МНПН), се реимбурсират напълно в съответствие с дългосрочната стратегия на НЗОК да направи лечението на основните хронични

заболявания по-достъпно. В бюджета на НЗОК за 2025 г. се въвежда и пълно възстановяване на разходите за антибиотици и антивирусни лекарства, предписвани на деца под седемгодишна възраст, считано от 1 юли 2025 г. (Република България, 2025 г.^[25]). Националната стратегия за хората с увреждания 2021-2030 г. и Националната стратегия за интеграция на ромите 2020 г. се опитват да преодолеят различията в достъпа на уязвимите групи.

Управлението на здравната система е силно централизирано

Основните органи са Народното събрание (чрез парламентарната комисия по здравеопазване), което одобрява бюджетите, приема съответните здравни политики и избира управителя и подуправителите на НЗОК; Министерството на здравеопазването, което контролира управлението; Министерският съвет, който насочва националната здравна политика, и НЗОК (ОИСП/ Европейска обсерватория по здравни системи и политики, 2025^[10]). Последната от своя страна функционира чрез 28 регионални здравноосигурителни каси (РЗОК), които получават финансиране въз основа на информация за населението, исторически разпределения и оценки на здравните потребности и отговарят за закупуването на здравни услуги. Министерството на здравеопазването отговаря за стратегическото планиране в системата на здравеопазването. На областно ниво политиката в областта на общественото здраве се организира и прилага от 28-те регионални здравни инспекции (РЗИ), които са местни органи на Министерството на здравеопазването. РЗИ - родени от сливането на регионалните здравни центрове с наричаните тогава Регионални инспекции за опазване и контрол на общественото здраве - извършват дейности по държавния здравен контрол на областно ниво, контролират и регистрират изпълнителите на медицинска помощ; събират и анализират здравна информация; координират и изпълняват национални здравни програми; наблюдават екологични и други фактори и извършват дейности със значение за здравето на населението; както и лабораторни анализи и изследвания. Общините притежават значителна част от доставчиците на здравни услуги, повечето от които са специализирани в извънболничната помощ, както и многопрофилни и някои специализирани болници. Освен това на практика общините играят ограничена роля в разработването на политиката в областта на общественото здраве. Реформите от 1990 г. насам, включително създаването на регионални структури на Министерството на здравеопазването и НЗОК, целят децентрализация и либерализация на системата. Въпреки това управлението остава сравнително централизирано, като се осъществява предимно от Министерството на здравеопазването и Министерския съвет.

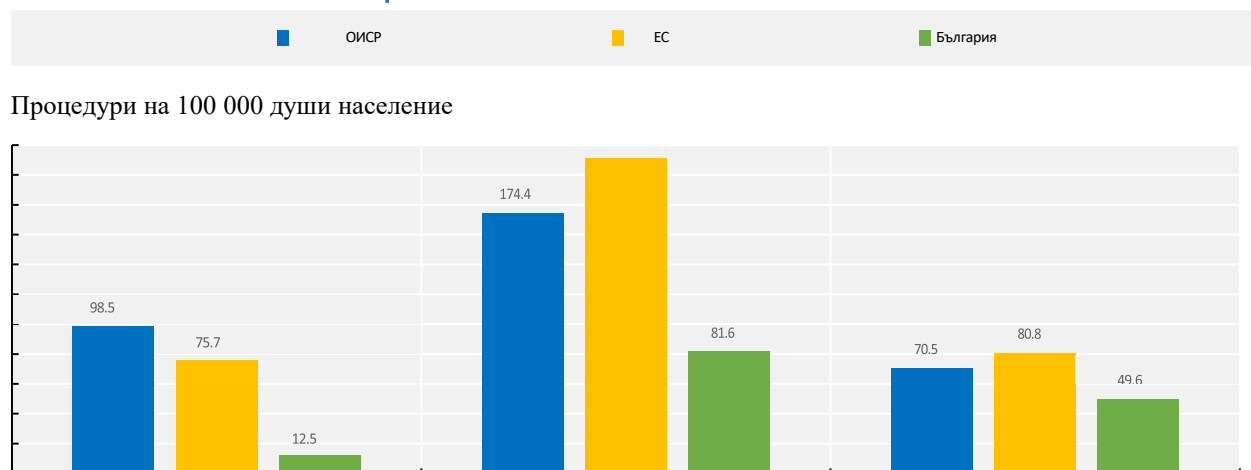
Националната програма за развитие “България 2030”, разделена на тригодишни планове за изпълнение, е стратегическият документ от най-висок ранг в йерархията на националните програмни документи. Тя определя целите на различните политики за развитие във всички публични сектори. Относим към здравеопазването е Приоритет 12 “Здравеопазване и спорт”, в който са посочени основните области на въздействие, включително промоция на здравето и превенция на заболяванията, оптимизиране на здравната мрежа и подобряване на достъпа и качеството на медицинската помощ на всички нива, както и човешките ресурси, модернизирани на НЗОК и развитие на електронното здравеопазване. Националната здравна стратегия, основният стратегически документ в сектора, се предлага от министъра на

здравеопазването, одобрява се от Министерския съвет и накрая се приема от Народното събрание. Тази стратегия, както и свързаните с нея национални програми и планове, се изготвят въз основа на здравните потребности на хората, последните епидемиологични и демографски тенденции и наличните национални ресурси.

Значителна част от средствата по Плана за възстановяване и устойчивост са предназначени за модернизиране на здравната инфраструктура

Въпреки голямата зависимост от болничните ресурси, са необходими усилия за адекватно използване на наличните ресурси и предлагане на съвременни услуги. През 2023 г. в България са извършени 12,5 лапароскопски апендектомии на 100 000 души население, което е под средната стойност за ОИСР (98,5) и за съседните държави от ЕС5 (75,7) (фигура 2.10). Лапароскопските холецистектомии (81,6 на 100 000 души от населението) също са под средната стойност за ОИСР (174,4) и средната стойност за съседния ЕС5 (211,1). Подобно на това възстановяването на ингвинална херния (49,6 на 100 000 души население) също е под средните стойности за ОИСР и ЕС5, съответно 70,5 и 80,8. Това е сигнал за трудности при внедряването на нови технологии за извършване на съвременни операции. За да се справи с този проблем, България се стреми да модернизира здравната си инфраструктура чрез своя НПВУ, по-конкретно чрез инвестиция 1 “Модернизиране на лечебните заведения за болнична помощ”. Тя включва Компонент 1 “Модернизиране на системата за педиатрична помощ в страната”, Компонент 2 “Изграждане на капацитет за прилагане на най-съвременните методи за лечение на онкологични заболявания в България чрез създаване в град София на Национален център за лъчелечение с протонна терапия, с фокус върху лечението на деца” и Компонент 3 “Модернизиране на системата за диагностика и лечение на онкологични заболявания в страната”.

Фигура 2.10. Извършените в България лапароскопски процедури са по-малко от тези в страните от ОИСР



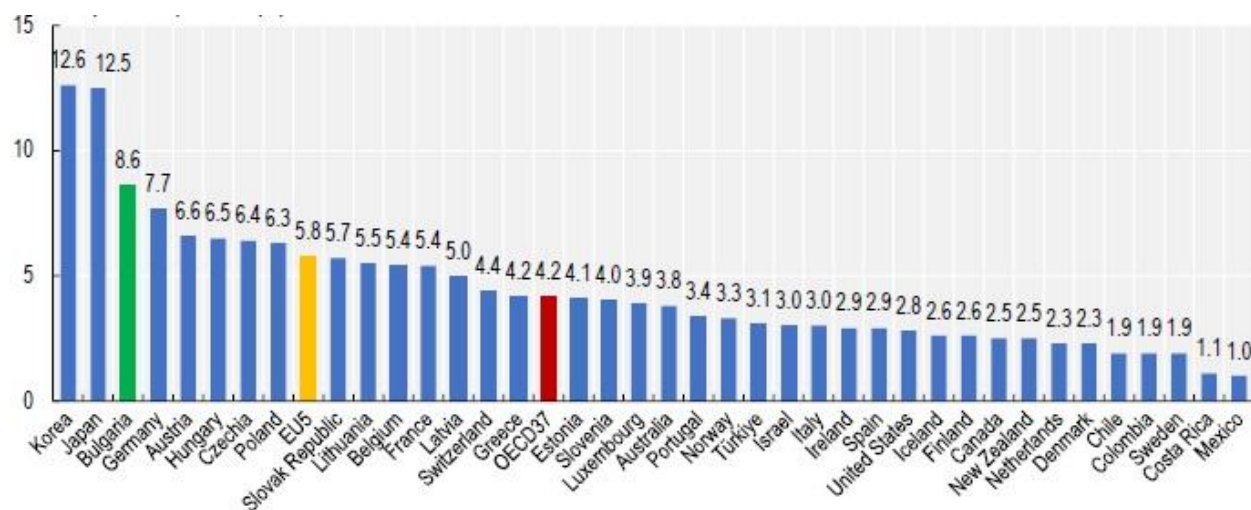
Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. или за най-близката година.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

България има голям брой болнични легла и висок процент на изписване. Въпреки че това говори за силно ориентирана към болниците система, тези данни не са придружени от значително високи разходи за болници (вж. глава 4). През 2023 г. в България има 8,6 болнични легла на 1000 души население, което е повече от средното за съседните държави от ЕС5 - 5,8 легла, и от средното за ОИСР - 4,2 легла (фигура 2.11). Този брой постоянно нараства през последното десетилетие - от 6,6 през 2012 г. до 8,6 през 2023 г., докато в повечето държави от ОИСР намалява. След спада, свързан с пандемията, броят на изписаните от болница пациенти през 2023 г. ще бъде 322 на 1000 души от населението, почти три пъти по-висок от средния за ОИСР (128 на 1000 души) и повече от два пъти по-висок от средния за съседните държави от ЕС5 (147 на 1000 души).

Фигура 2.11. България има една от най-високите бройки болнични легла

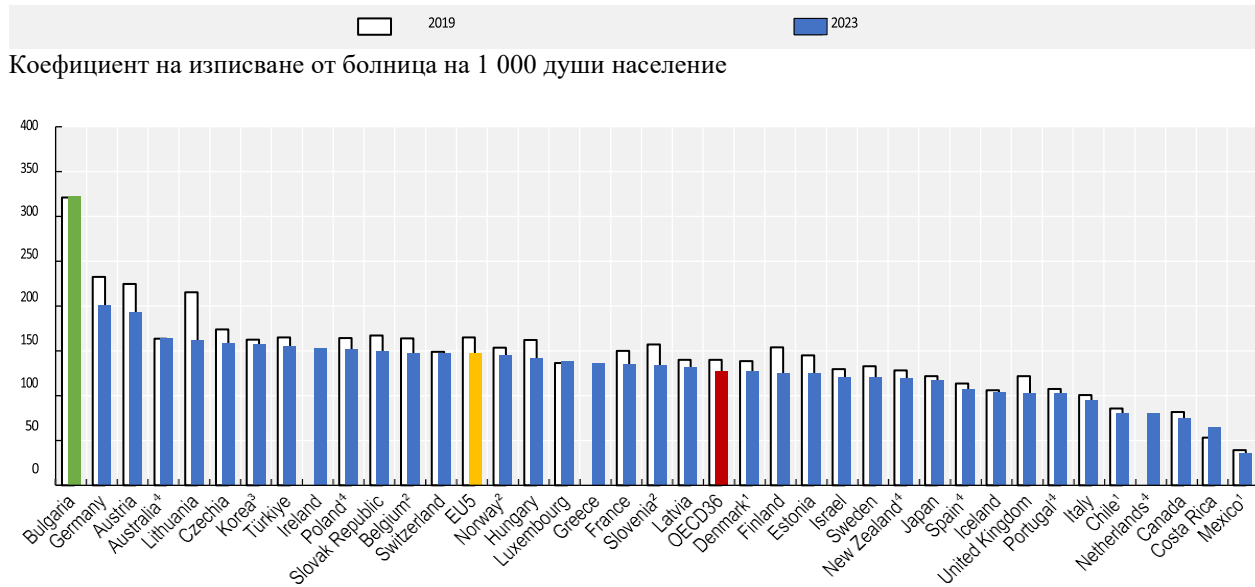
Болнични легла на 1 000 души население



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. или за най-близката година.

Източник: Здравна статистика 2025 г.

Фигура 2.12. Нивото на изписване от болница в България е по-високо от това в страните от ОИСР



Бележка: Данните са за изписвания за лечебни (остри) грижи, освен ако не е посочено друго. 1. Данните включват общия брой изписвания за болнична помощ. 2. Данните не включват изписванията на здрави бебета. 3. Данните изключват изписванията от определени видове лечебни заведения. 4. Последните данни са от 2021-2022 г.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Макар че законодателството гарантира официалното участие на пациентите в изготвянето на здравната политика, тяхното участие е възпрепятствано от липсата на ясни роли

Съгласно Закона за нормативните актове гражданите, неправителствените организации и сдруженията с нестопанска цел могат да участват в обществени консултации по проекти на нормативни актове. Представители на организациите за защита на правата на пациентите са участвали в Надзорния съвет на НЗОК, който участва в преговорните процеси, както и в редица консултативни органи към Министерството на здравеопазването, като Националния съвет по психично здраве, Националната комисия за изработване на Национална здравна карта, Консултативния съвет към министъра на здравеопазването, Националния съвет за интеграция на хората с увреждания и Обществения съвет по правата на пациентите. Последният е създаден, за да наблюдава и анализира дейностите, свързани с правата на пациентите, като например прилагането на нормативната уредба в областта на правата на пациентите, както и да предоставя консултации по проекти на нормативни актове.

Въпреки че законодателството и подзаконовите актове задължават институциите да имат представители на пациентите, което гарантира тяхното официално участие, съществуват проблеми с практическото им приложение. Гласът на пациентите обикновено е ограничен, ролята на представителите на пациентите не е дефинирана, капацитетът за вземане на решения или партньорството с пациентите също не се практикуват от институциите. В

допълнение към участието на пациентите в здравните политики и решения, индивидуалният глас на пациентите също не се измерва систематично и не се използва за оценка на ефективността на здравните системи (вж. глава 3). България трябва да положи значителни усилия за повишаване на участието на пациентите в различни области. Ангажирането на пациентите в проектирането, разработването, изпълнението, както и в комуникацията и разпространението на програмите е от решаващо значение за повишаване на осведомеността, за борба с дезинформацията и дезинформацията и за превръщането на здравните системи в по-центрирани около нуждите на хората. Освен това България може да извлече значителна полза от измерването на отчитаните от пациентите резултати и преживявания (PROMs и PREMs), за да се прецени до каква степен здравните грижи се предоставят от гледна точка на пациентите.

България е предприела стъпки за справяне с корупцията и неофициалните плащания в системата на здравеопазването, като по-нататъшните усилия следва да се съсредоточат върху мониторинга и проверките, повишаването на прозрачността и обществената ангажираност

В миналото България е имала проблеми с корупцията и неофициалните плащания. Макар че по-широките проблеми, свързани с корупцията, продължават да съществуват, в системата на здравеопазването се проявяват специфични предизвикателства, особено по отношение на неофициалните плащания и системната неефективност, свързана с проблемите на прозрачността и управлението на ресурсите. Специалното проучване на Евробарометър за корупцията за 2024 г. показва, че 85 % от анкетираните смятат, че корупцията е широко разпространена в България (в сравнение със средно 68 % за ЕС), а 32 % от анкетираните се чувстват лично засегнати от корупцията в ежедневието си (в сравнение със средно 27 % за ЕС) (Евробарометър, 2024 г.[26]). Въпреки че по-широките опасения относно корупцията продължават да съществуват, в системата на здравеопазването се проявяват специфични предизвикателства. В сравнение с 2023 г. делът на хората, които смятат, че корупцията е широко разпространена в системата на здравеопазването, са се увеличили с 4 процентни пункта (п.п.) до 49 % в сравнение със средно 27 % за ЕС. През 2023 г. 6 % от хората съобщават, че при посещение в здравно заведение им се е наложило да дадат допълнително заплащане или ценен подарък на медицинска сестра или лекар или да направят дарение на болницата (без да се включват официалните такси), което представлява спад с 4 п.п. в сравнение с 2019 г., но остава малко над средната стойност за ЕС (4 %) (Евробарометър, 2023 г.[27]). През последните години неофициалните плащания бяха формализирани в системата на здравеопазването чрез различни механизми. Например неформалните плащания обикновено се извършват с цел подобряване на достъпа и качеството, като например избор на лекар/екип и консумативи за преференциално лечение (например получаване на друг вид имплант), което не се възстановява от НЗОК, но се счита за по-качествено, както съобщават пациентски организации. В някои случаи пациентите съобщават и за неофициални плащания, за да получат достъп до документация, свързана с жалби, които са подали след незадоволителен опит със здравната система.

През последните години България предприе стъпки за засилване на превенцията на корупцията и за подобряване на своята система за борба с корупцията и почтеността. В Националната стратегия за превенция и противодействие на корупцията (2021-2027 г.) са очертани приоритетите на държавната политика за превенция и противодействие на корупцията, включително в системата на здравеопазването, като е подчертана необходимостта от ефективни механизми за засилен контрол, публичност и отчетност на разходването на средствата на лечебните заведения. През октомври 2023 г. България прие нов Закон за противодействие на корупцията (ЗПК), който включва мерки за противодействие на корупционни прояви на лица, заемащи публични длъжности, разпоредби за управление на конфликти на интереси и процедура за тяхната проверка. Наред с другото, законът се прилага за ръководството на НЗОК и регионалните здравноосигурителни каси, държавните болници и здравните инспекции. С приемането на този закон България реструктурира своя антикорупционен орган, като раздели предишната агенция - Комисията за противодействие на корупцията и за отнемане на незаконно придобитото имущество (КПКОНПИ) - на две специализирани структури: Комисия за противодействие на корупцията (КПКОНПИ) и Комисия за отнемане на незаконно придобитото имущество (КПКОНПИ) (ОИСР, 2025 г.[28]). През 2019 г. институцията на омбудсмана на Република България беше акредитирана от Организацията на обединените нации, в съответствие с Парижките принципи, като национална институция по правата на човека. Народното събрание избира омбудсман, който се застъпва за правата и свободите на гражданите. Дейността на омбудсмана се регламентира от Закона за омбудсмана. В рамките на правата си на тази длъжност омбудсманът може да докладва на всяка административна структура в страната и да прави предложения пред съответната администрация (Омбудсман на Република България, б.д.[29]). Новоразработената НЗИС подпомага проверката на нередовните модели. От 1 юни 2025 г. НЗИС ще извършва контрол в реално време на предписаните и отпуснатите лекарства, които се реимбурсират от НЗОК. Новите правила ще дадат възможност на НЗОК да извършва превантивен контрол преди заплащане, също и да повиши ефективността на разходване на публичните ресурси на НЗОК. Чрез приложението за електронно здравеопазване (eZdrave) гражданите също могат да допринесат за прозрачността и контрола. Потребителите получават известия, свързани с издаването на нов електронен здравен документ или корекция на съществуващ такъв, и могат да уведомяват Министерството на здравеопазването за евентуални нередности. През изминалите години имаше няколко случая на подадени жалби, по които бяха извършени проверки и наложени санкции.

В допълнение към тези мерки България следва да продължи да полага усилия за справяне с корупцията в здравния сектор, като подобри мониторинга и проверките, прозрачността и обществената ангажираност. НЗИС следва да засили проверките на моделите на предоставяне на услуги и направления, за да се установят и отстранят всички нередности. Данните, събрани чрез НЗИС, могат да се използват и за подобряване на идентифицирането, оценката и управлението на рисковете, свързани с корупцията и почтеността в сектора на здравеопазването, като се включат в стратегиите за управление на риска и регистрите на риска, които публичните организации са длъжни да изготвят съгласно Закона за финансовото управление и контрол в публичния сектор (ЗФУКПС). За повишаване на

прозрачността е важно да се насърчи достъпът на пациентите до информация за това колко струват услугите, какво се възстановява и какво се покрива. По този начин пациентите могат допълнително да допринесат за проверките, като следят собствените си здравни досиета, историята на предписанията и лечението, както и разходите и възстановяването на разходите за всяка дейност, чрез НЗИС. Като се има предвид настоящото слабо участие в приложението за електронно здравеопазване (eZdrave), България следва да увеличи усилията си за разширяване на обхвата на електронните здравни досиета сред цялото население. Одитните пътеки могат също така да проследят кой е имал достъп до досието на даден пациент или го е променил, като по този начин се възпират неправомерните действия.

България следва да продължи да инвестира в укрепването на почтеността в сектора на здравеопазването и да повишава доверието, като ангажира пациентите, здравните специалисти и други заинтересовани страни. Лесно достъпните и разбираеми права на пациентите и права за ползване на услуги могат да намалят неофициалните плащания чрез повишаване на осведомеността и намаляване на неяснотата, която насърчава неофициалните плащания. Създаването на по-формализирани, сигурни, поверителни и надеждни системи за подаване на жалби и безопасност на пациентите с централен регистър във всички здравни заведения е от съществено значение за наблюдение на потенциалните дейности. По подобен начин създаването на системи за поздравителни писма до здравните специалисти и структури също може да има трансформиращ подход за повишаване на удовлетвореността от работата. Подобряването на условията на труд на здравните специалисти ще бъде важно, за да се намали изкушението за приемане на подкупи и неофициални плащания.

Като цяло, въз основа на текущите усилия в рамките на Националната стратегия за превенция и борба с корупцията, България би могла да се възползва от разработването на цялостна секторна стратегия за справяне с корупцията и насърчаване на почтеността в здравния сектор. В съответствие с критериите, определени от индикаторите на ОИСР за обществена почтеност, в идеалния случай такава стратегия би трябвало да идентифицира конкретни рискове и предизвикателства за почтеността в сектора, да определи приоритети и цели, да дефинира конкретни действия за постигане на желаните резултати, да определи институционалните отговорности и да постигне консенсус около целите и дейностите, както и да улесни ефективното изпълнение чрез процеси на мониторинг и оценка, основани на индикатори за измерване (ОИСР, 2025 г.[30]).

Инфраструктура за здравни данни и нейното управление

Постигнат е значителен напредък в развитието на националната информационна система в областта на здравеопазването, но са необходими допълнителни усилия за подобряване на използването на данните за целите на формирането на политики и за вторични цели

България укрепва своята здравно-информационна инфраструктура с цифровизацията на здравната система. НЗИС събира, обработва и съхранява цялата информация, свързана със

здравето, включително електронни медицински досиета. Единната среда за обмен на медицински данни (ядрото на системата) интегрира множество съществуващи платформи за данни, като например медицинския софтуер, данните от НЗОК, Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти (НСЦРЛП) и други ключови здравни институции. НЗИС е създадена с национално финансиране и е одобрена от Националната здравна стратегия 2020. НПВУ подпомага нейното изпълнение чрез разработването на платформа за медицинска диагностика (вж. глава 4). Функциите включват електронно насочване, електронна рецепта, електронно медицинско досие, регистри за ваксинации, мобилно приложение за здравните специалисти и интеграция на болничните и спешните служби. Всички здравни центрове са интегрирани в НЗИС, включително почти 400 болници, 30 000 специалисти, лаборатории и услуги за стоматологична помощ. Тя се използва от над 19 000 здравни специалисти и над 3 600 аптеки и над 4 300 фармацевти в цялата страна. Към 30 април 2025 г. са регистрирани над 520 милиона електронни здравни документа, като например електронни рецепти, електронни прегледи, електронни направления и лабораторни резултати (Министерство на здравеопазването, 2025 г.[31]).

За да се постигне оперативна съвместимост на информационните системи в здравеопазването, са разработени и въведени национални номенклатури, които са задължителни за използване в сектора на здравеопазването по отношение на медицинската информация и нейния обмен в реално време. В допълнение към номенклатурите са въведени и стандарти за здравна информация. Софтуерната архитектура на “общата платформа за обмен на медицински данни - ESOMED” е изграден чрез SOA (архитектура, ориентирана към веб услуги) с възможности за сътрудничество и взаимодействие на всички модули/системи/подсистеми на НЗИС и различни приложения, използвани от лечебните и здравните заведения, включително и нови участници, определени от съответната нормативна уредба. Като цяло системата се основава на най-новите стандарти на ЕС за оперативна съвместимост (като HL7 FHIR). Наскоро бяха постигнати допълнителни интеграции с други съществуващи системи, като НЗОК, Българската агенция по лекарствата и Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти. Предвидените връзки с други системи включват интеграция с Министерството на образованието и науката, Министерството на транспорта и съобщенията и с Министерството на вътрешните работи за шофьорските книжки.

Въпреки значителното развитие по отношение на функциите и прилагането им в системата на здравеопазването, достъпът до данните и тяхното използване са ограничени. Приемането от страна на пациентите е по-бавно: порталът eZdrave, достъпен чрез веб и мобилно приложение, има 130 000 активни потребители, или 2% от населението на България. Удостоверяването на автентичността се основава на електронен подпис, който трябва да бъде получен от потребителя, което е определено като допълнителна пречка при достъпа до електронните записи. За да се справи с това, Министерството на здравеопазването улесни получаването на подписа чрез подкрепата на РЗИ. Този подход обаче също е свързан с трудности при достъпа на някои групи от населението, като например тези, които изминават големи разстояния, за да стигнат до център на РЗИ, или тези, които трябва да си вземат отпуск, за да подадат заявление в работно време. Освен това, въпреки че данните се събират

и съхраняват в централно хранилище за данни, използването им за целите на вземането на решения е ограничено. Липсата на рамки, които да ръководят систематичното събиране и използване на данни, пречи на тяхната полезност (вж. глава 3). Освен това, въпреки че вторичното използване на данните е технически възможно, достъпът до тях и използването им от различни заинтересовани страни продължават да бъдат предизвикателство поради отнемащите време административни стъпки. В Националната стратегия за електронно здравеопазване и цифровизация на здравната система -2030 г., одобрена през 2024 г., се предвижда до 2030 г. да бъдат разработени и внедрени допълнителни модули и функционалности, свързани с вторичното използване на данни, включително за научноизследователски и статистически цели, както и за трансграничен обмен на данни в съответствие с приетия Регламент (ЕС) 2025/327 относно Европейското пространство за здравни данни.

България се стреми да достигне международните стандарти за събиране на данни и да използва данните си за междудържавно обучение. Тя предоставя данни за множество международни колекции от данни, включително Въпросника на ОИСР за здравни данни, Съвместния въпросник на ОИСР/Евростат/СЗО-Европа за непарична статистика на здравеопазването и Съвместния въпросник на ОИСР/Евростат/СЗО за здравните сметки. Освен това България за пръв път предостави данни във въпросника на ОИСР “Показатели за качество и резултати в здравеопазването” за показателите за предотвратими хоспитализации и интегрирани грижи. Това бележи положително развитие към по-добро разбиране и наблюдение на резултатите на здравната система.

Препратки

- Антонов, П. и В. Величков (2023 г.), “Твърде малко и твърде късно - критичен поглед върху режима на повишен акциз в България”, *Превенция и отказване от тютюнопушене*, том 9/Допълнение 2, <https://doi.org/10.18332/tpc/172744>. [16]
- Български национален статистически институт (2025 г.), *Коефициенти на груба смъртност и детска смъртност през 2024 г.*, <https://www.nsi.bg/en/statistical-data/213/682>. [9]
- Чалупка и Таурас (2022 г.), *Данъчно облагане на нововъзникващи тютюневи изделия: Актуализация за 2022 г. [Доклад]. Tobacconomics*, <https://www.tobacconomics.org/research/taxation-of-emerging-tobacco-products-2022-update/>. [17]
- Евробарометър (2024 г.), “Отношението на гражданите към корупцията в ЕС през 2024 г.” [26]
- Евробарометър (2023), *Отношението на гражданите към корупцията в ЕС през 2023 г.*, <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2968>. [27]
- Евробарометър (2023 г.), *Флаш Евробарометър 50: Психично здраве*, <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032>. [23]
- Европейска обсерватория за здравни системи и политики (2024 г.), България, <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/bulgaria-2018>. [24]
- Евростат (2025 г.), *Показатели за раждаемостта*, <https://doi.org/10.2908/TPS00199>. [5]
- Евростат (2024 г.), *Смъртност вследствие на самоубийство, по пол*, <https://doi.org/10.2908/TPS00122>. [22]
- Евростат (2024), *Честота на тежките епизодични питеята по пол, възраст и квинтил на доходите*, https://doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_AL3I. [18]
- ИЗПО (2025 г.), *Резултати от изследването на глобалната тежест на заболяванията за 2021 г.*, Институт за здравни показатели и оценка. [21]
- Министерство на здравеопазването (2025 г.), *Национална здравна информационна система*, <https://his.bg/en>. [31]
- Министерство на здравеопазването (2022), *Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите на Република България, 2021 г.*, <https://www.mh.government.bg/bg/politiki/godishen-doklad-za-zdraveto>. [8]
- Молнар, М., М. Абенщайн и З. Желязкова (2023 г.), “По-добри работни места и доходи в България”, *Работни документи на Икономическия отдел на ОИСР*, № 1759, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/38d07f99-en>. [6]
- ОИСР (2026 г.), *ОИСР Изследване на данни: Годишен БВП и потребление на глава от населението, щатски долари, текущи цени, текущи ППС*, <https://data-explorer.oecd.org/>. [2]

ОИСР (2025 г.), *ОИСР Изследване на данни: Исторически данни за населението*, <https://data-explorer.oecd.org/>. [1]

ОИСР (2025 г.), *ОИСР Изследване на данни: Прогнози за населението*, <https://data-explorer.oecd.org/>. [3]

ОИСР (2025 г.), *Качество на стратегическата рамка*, ОИСР, Париж, <https://oecd-public-integrity-indicators.org/indicators/1000053>. [30]

ОИСР (2025 г.), *Реформиране на антикорупционните органи на България: Към ефективно стратегическо планиране и възстановяване на активи*, Прегледи на публичното управление на ОИСР, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/11ef33c9-en>. [28]

ОИСР (2023 г.), “Здравето накратко 2023”: ОИСР Индикатори, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>. [12]

ОИСР (2022 г.), *Здравословно хранене и активен начин на живот: Най-добри практики в областта на общественото здраве*, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/40f65568-en>. [14]

ОИСР (2021), *Предотвратяване на вредната употреба на алкохол*, Проучвания на здравната политика на ОИСР, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>. [19]

ОИСР/Европейска комисия (2025 г.), *Профил на държавите от ЕС по отношение на раковите заболявания: България 2025 г.*, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/c6533317-en>. [15]

ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики (2025 г.), *Здравен профил на страната през 2025 г.: България*, Издателство на ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики, https://www.oecd.org/en/publications/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/bulgaria_242bb908.html. [10]

ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики (2023 г.), *Здравен профил на страната 2023 г.: България*, Състояние на здравеопазването в ЕС, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/8d90f882-en>. [11]

Омбудсман на Република България (б.д.), 2025 г., <https://www.ombudsman.bg/en/p/ombudsman-act-265>. [29]

Република България (2025 г.), *Закон за бюджета на НЗОК за 2025 г.*, <https://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp?idMat=233618>. [25]

Организация на обединените нации (2024 г.), *Преразглеждане на перспективите за световното население през 2024 г.*, <https://population.un.org/wpp/>. [4]

Световна банка (2024 г.), *Здравни данъци в България - преглед, тенденции и резултати от симулации за потенциално оптимизиране на нивата на здравните данъци*,

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/099011224101585952/pdf/P180223179c581081abe310a4406bc2a68.pdf>. [20]

Банка данни на Световната банка (2024 г.), *Селско население (% от общото население)*. [7]

Международен фонд за изследване на рака (2023 г.), *Индекс на политиката на хранене: България*, <https://www.wcrf.org/research-policy/library/nutrition-policy-status-in-bulgaria/>. [13]

3 Достъп и качество на здравната система в България

В тази глава е направен преглед на достъпа и качеството на грижите в системата на здравеопазването в България, като са оценени нейните резултати, неотдашните политически реформи и възможностите, насочени към подобряване на справедливостта, ефективността и устойчивостта. В първия раздел се анализират неудовлетворените здравни потребности и използването на услугите, като се подчертава неоптималното използване на първичното здравеопазване и продължаващите географски различия в достъпа. Вторият раздел изследва качеството на грижите, като очертава основните предизвикателства и политически инициативи за намаляване на предотвратимите хоспитализации и подобряване на грижите за онкоболните. Третият раздел е посветен на потребностите от психично здраве и предоставянето на услуги, като се посочват пропуските и политическите усилия за укрепване на грижите в общността. В последния раздел се разглеждат дългосрочните и палиативните грижи, като се подчертават ограничените ресурси и ограниченията на капацитета.

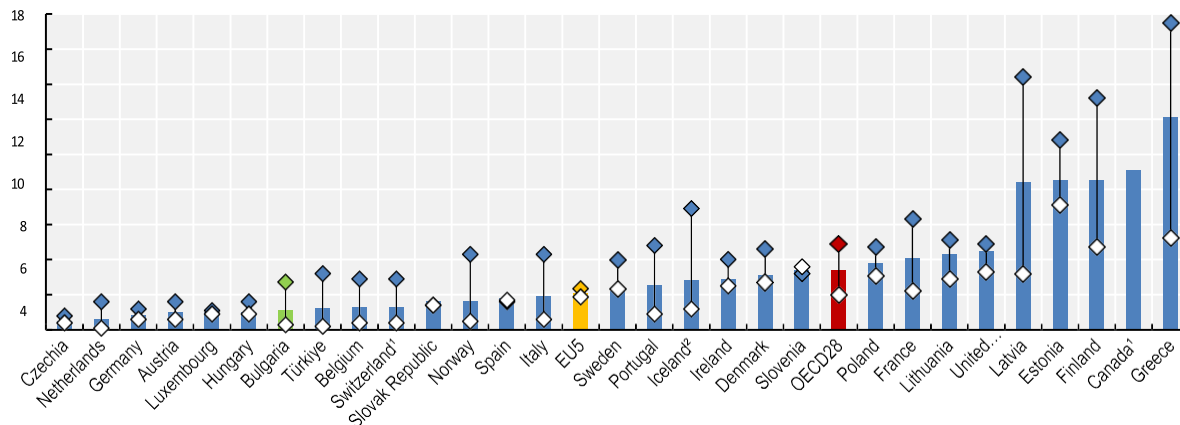
Достъпност на здравеопазването

През последните десетилетия България е намалила неудовлетворените потребности от медицински грижи, но въпреки това разликата между високите и ниските доходи е голяма

През 2024 г. 1,1 % от хората ще съобщават за неудовлетворени медицински нужди поради разходи, разстояние или време за чакане, което е под средното за ОИСР ниво от 3,4 % (фигура 3.1). Докато 0,3 % от домакинствата в квинтила с най-високи доходи съобщават за неудовлетворени нужди, тази цифра нараства до 2,7 % за домакинствата в квинтила с най-ниски доходи. През последните десетилетия България значително намалява равнището на неудовлетворените потребности от медицински грижи - от 15,3% до 1,1% през 2024 г. (Евростат, 2025 г.[1]). Неудовлетворените потребности от стоматологична помощ също са намалели от 16,5% през 2008 г. до 1,8% през 2024 г. (Евростат, 2025 г.[2]). Основните фактори за неудовлетворените медицински потребности са разходите и разстоянието за пътуване, дължащи се на директните плащания и неравномерното разпределение на здравните услуги.

Фигура 3.1. България отчита по-ниски нива на неудовлетворени потребности от медицински грижи в сравнение със страните от ОИСР

% от населението, което съобщава за неудовлетворени нужди



Бележка: 1. данни за 2023 г. 2. данни за 2020 г. 3. данни за 2018 г.

Източник: Евростат, въз основа на EU-SILC (Статистика на Европейския съюз за доходите и условията на живот) и канадското проучване на доходите за 2023 г.

Рутинните грижи остават скъпи поради относително ниското покритие на населението

В България делът на неосигурените лица се оценява на 6 % през 2023 г., но според националните източници на данни процентът на неосигурените лица нараства до 11 % и 12 % (Република България, Национална здравноосигурителна каса, 2022 г.; Република България, Министерство на финансите, 2021 г.). Изчислено е, че около 1 милион души не са били здравноосигурени, от които приблизително 150 000 са роми. Смята се, че един от всеки четирима роми не е бил осигурен (ERGO Мрежа, 2022 г.[3]), тъй като много роми са безработни или работят в сивата икономика и не кандидатстват за обезщетения поради условности и допустимост (липса на лична карта или доказателство за пребиваване). Дори ромите, които имат застраховка, често не могат да получат достъп до медицински услуги в близост до тях, тъй като такива липсват в отдалечените райони и ромските селища. Освен това голяма част от хората са с прекъснати здравноосигурителни права поради нередовно платени здравни вноски (например около 21 % в област Плевен) (Костадинов и др., 2023 г.[4]). Националната здравна стратегия за периода 2021-2030 г., Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2030 г., Националната стратегия за хората с увреждания 2021-2030 г. и Националната стратегия за интегриране на ромите 2020 г. имат за цел да преодолеят пропуските в обхвата чрез подобряване на приемливостта на грижите и увеличаване на броя на профилактичните прегледи сред уязвимите групи от населението.

Моделът на здравния медиатор “zdraven mediator” има за цел да подобри достъпа до здравни услуги на уязвими групи от населението, по-специално на ромското население и други малцинствени групи. Здравните медиатори са жени и мъже на различна възраст, произхождат от общностите, в които работят, и говорят езика на общността (ромски, турски и влашки). Основните задачи на здравните медиатори са да комуникират с местните здравни и социални институции, да оказват съдействие и да придружават хората до тези институции, когато е необходимо, да съдействат на общопрактикуващите лекари за постигане на по-добър обхват на ваксинациите, да помагат на хората да попълват документи и да организират здравно-информационни срещи в общността, да допринасят за повишаване на здравната култура на местните уязвими групи чрез разяснения и консултации, да изпълняват програми за сексуално и репродуктивно здраве и да съдействат за организирането на профилактични прегледи с мобилни звена. Българският модел на здравен медиатор е разработен въз основа на опита на Холандския институт за обществено здраве и други европейски държави. Националната мрежа на здравните медиатори (<http://www.zdravenmediator.net/en/index.php>), създадена през 2009 г., разработва и прилага модела на здравния медиатор на национално ниво. През 2025 г. държавата предоставя делегиран бюджет за работата на 352 здравни медиатори, разпределени в 157 общини в 28-те области на страната.

Всяка година Националната мрежа на здравните медиатори изготвя списък на общините, които трябва да получат държавно финансиране, който след това се изпраща на министерствата на финансите и на здравеопазването. Всички здравни медиатори в България се избират чрез конкурсен изпит, който се обявява от общината. Средното образование е минималното изискване, за да станете здравен медиатор. Потенциалните кандидати се интервюират от комисия, чиито членове са представители на общината, РЗИ, Националната

мрежа на здравните медиатори, общопрактикуващи лекари и членове на местната уязвима общност. Здравните медиатори преминават професионално обучение в Медицинския университет в София и следва да положат успешно заключителен изпит. Преподавателите по програмата включват преподаватели от университета и експерти от Националната мрежа на здравните медиатори . След успешното преминаване здравните медиатори получават удостоверения за професионална квалификация, които им позволяват да бъдат наети на работа в общините.

Достъпът до лекарствени продукти е затруднен поради високите разходи от джоба и потенциалния недостиг

Политиката в областта на лекарствата е част от националната здравна политика, за която отговаря Министерството на здравеопазването. Други ключови органи, участващи в лекарствената политика, са Изпълнителната агенция по лекарствата (Изпълнителна агенция по лекарствата) и Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (който от 2019 г. носи отговорност за ОЗТ) и НЗОК (който носи отговорност за ОЗТ за медицински изделия). Надзорният съвет на НЗОК издава списък на условията, при които НЗОК покрива лекарствата, както и медицинските и хранителните продукти, въз основа на наредба на Министерството на здравеопазването. Бюджетът на НЗОК включва лимит за амбулаторни лекарства, като същевременно осигурява 100% покритие за някои специализирани лекарства, като например за онкологични заболявания.

През 2022 г. 33% от текущите разходи за здравеопазване са били за медицински стоки, отпускани по лекарско предписание и без рецепта, което е повече от всички страни от ОИСР, където средният показател е 17,2% (вж. глава 4). През 2022 г. разходите „извън джоба“ съставляват повече от една трета от разходите за здравеопазване (35,1 %), от които лекарствените продукти съставляват повече от две трети през 2022 г. (69,3 %), което оказва отрицателно въздействие върху достъпа. Регулаторният процес на навлизане на пазара и последващо реимбурсиране на нови лекарства се урежда от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина от 2007 г. За да бъдат реимбурсирани, лекарствата трябва първо да са били включени в Позитивния лекарствен списък, който включва, съгласно чл. 262, лекарствени продукти, отпускани по лекарско предписание, необходими за покриване на здравните нужди на населението и които се заплащат от НЗОК, държавния бюджет и лечебните заведения. След одобряването на негенеричните лекарства се провежда централизиран процес на договаряне на отстъпки между НЗОК и фармацевтичните компании, включително на отстъпки и условия за възстановяване на средства. НЗОК провежда и ежегодни задължителни преговори за отстъпки с притежателите на пазара за лекарства, които са част от национални, регионални и общински здравни програми. Приемат се някои мерки за усъвършенстване на механизмите за определяне на доплащанията за лекарствени продукти, така че да се създаде баланс между средствата за иновации, интересите на индустрията, справедливото ценообразуване и подобряването на достъпа до качествени лекарства. НЗИС вероятно ще засили наблюдението върху лекарствата и ще подпомогне вземането на решения, основани на данни.

Повечето аптеки са собственост на независими предприятия, въпреки че болници и други здравни заведения могат да управляват аптеки за собствени нужди. Лекарствата, отпускани по лекарско предписание, се продават изключително в аптеките, докато продуктите без рецепта се предлагат както в аптеките, така и в дрогерии. Броят на аптеките е намалявал през последното десетилетие. През 2015 г. е имало 4 200 заведения, като през 2024 г. те намаляват до 3 200; около 2 360 са били на договор с НЗОК. През 2024 г. има и над 900 аптеки и 130 онлайн аптеки (нито една от двете категории няма право да продава лекарства с рецепта). За да се подобри достъпът до фармацевтични грижи, Националната аптечна карта е предназначена за териториално разпределение и регулиране на достъпа до лекарствени продукти, медицински изделия, диетични храни и фармацевтични грижи, като целта е да се подобри достъпът въз основа на нуждите на населението.

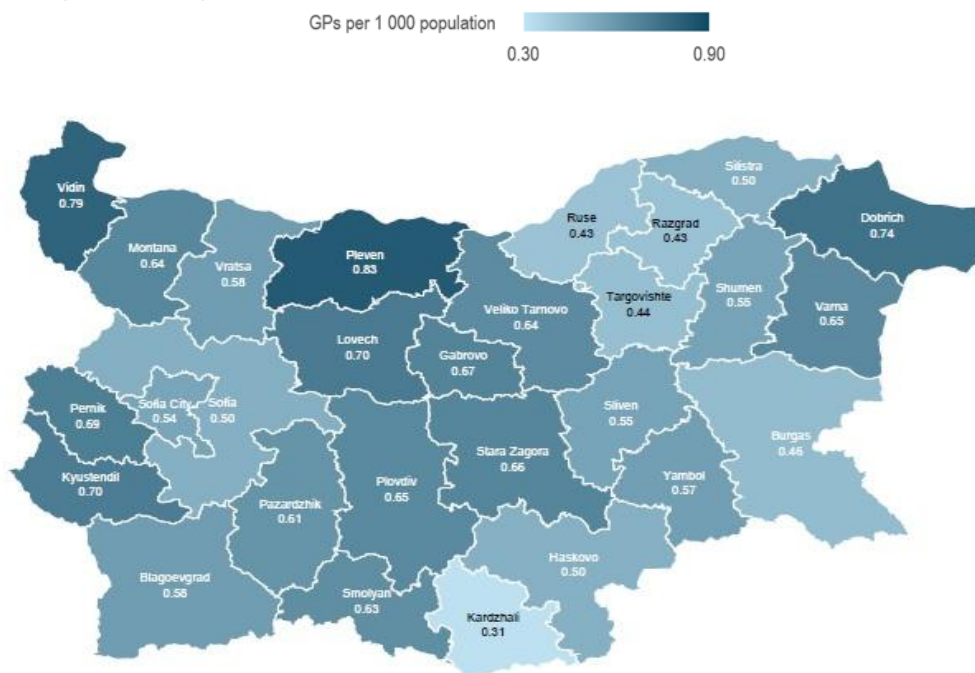
България също така се стреми да се справи с недостига на основни лекарства - проблем, който е общ за много страни по света. Този недостиг продължава от времето на пандемията COVID-19 и се засилва през зимните месеци. Справянето с недостига на лекарства за диабет и редки лекарства е основна грижа на българските власти през последните няколко години. България прави това, като прилага Специализираната електронна система за проследяване и анализ на лекарствените продукти (СЕСПА), администрирана от Изпълнителната агенция по лекарствата, която има за цел да следи наличността на лекарствата, включени в Позитивния лекарствен списък и заплащани с публични средства (Република България, 2020 г.^[5]). Например, ще се изисква от субектите по цялата дистрибуторска верига да подават информация към СЕСПА.

Достъпът до здравни грижи е изправен пред значителни предизвикателства, произтичащи от регионалните различия и недостига на общопрактикуващи лекари и медицински сестри

Недостигът на работна ръка в здравеопазването, особено на общопрактикуващи лекари и медицински сестри, подкопава достъпа до амбулаторни грижи в селските и отдалечените райони, което също застрашава бъдещата устойчивост на системата на здравеопазване (вж. глава 4). Разпределението на общопрактикуващите лекари е различно, като разликата между най-ниския брой - Кърджали (0,31 на 1000 души население), и най-високия - Плевен (0,83 на 1000 души население), е повече от два пъти (фигура 3.2). Това представлява средна стойност за страната от 0,59 на 1 000 души население, което е под средната стойност за ОИСР (0,84 на 1 000 души). Националната карта на дългосрочните здравни потребности има за цел да насочи бъдещите инвестиции към по-справедливо и устойчиво регионално развитие и увеличен достъп до здравеопазване в дългосрочен план. Тя е в съответствие с Националната здравна стратегия на България за периода 2021-2030 г. и отразява реформите, предвидени в НПВУ. Планирани са също така стимули чрез специален бюджетен ред в бюджета на НЗОК за откриване на аптеки в изолирани планински райони и изменение на закона, за да се позволи на доставчиците да откриват собствени амбулаторни центрове, където има дефицит на услуги. Министерството на здравеопазването и няколко области също така инициираха “Лекари в малки и отдалечени населени места” - пилотен проект, при който специалисти от областните болници предоставят услуги на местните общности с недостатъчно обслужване. Очаква се тази инициатива да бъде разширена чрез НПВУ чрез

амбулатории, в които работят медицински специалисти и професионалисти в областта на здравеопазването в малките населени места.

Фигура 3.2. Разпределението на общопрактикуващите лекари е различно, като разликата между най-ниската (Кърджали) и най-високата (Плевен) е повече от два пъти



ОПЛ на 1000 души население

Източник: Национална здравноинформационна система, 2025 г.

Спешната помощ не е лесно достъпна в селските и отдалечените райони, особено за спешна помощ при сложни състояния като инсулт

Спешната помощ в България се осигурява от мрежа от заведения, която включва спешните отделения на 34 държавни болници, 27 центъра за спешна медицинска помощ и 200 филиала и 6 изнесени екипа, разкрити към тези центрове, а в болниците без спешни отделения се предоставя услуга за спешен прием на пациенти. Медицинският триаж в системата за спешна медицинска помощ се извършва при получаване на повикване от мобилни екипи за спешна медицинска помощ на мястото на инцидента и при постъпване в спешното отделение. В районите, в които не съществуват услуги на общопрактикуващите лекари, спешната помощ предоставя и услуги за извънболнична помощ.

Спешната помощ в България е изправена пред предизвикателството на неравенството в достъпа до спешна помощ и лошата инфраструктура. Приблизително 1 000 000 души живеят в труднодостъпни и отдалечени райони със затруднен достъп до болнични услуги за спешна

помощ. Около 15 % от населените места имат време за достъп до болнични услуги за спешна медицинска помощ над 30 минути. В някои райони достъпът с моторни превозни средства е силно ограничен поради неразвитата или компрометирана пътна мрежа, трудния терен и сложните метеорологични условия. По данни на националната статистика настоящото разположение на структурите за спешна медицинска помощ осигурява достъп на мобилен медицински екип с линейка до населението на страната в рамките на време до 8 минути за 87% от хората в населените места с население над 25 000 души, 73% от хората в населените места с население от 10 000 до 25 000 души, 61% от хората в населените места с население от 4 000 до 10 000 души и 51% от хората в населените места с население под 4 000 души. Около 30 % от територията на България е планинска, което в съчетание с тежките зимни условия създава проблеми за навременния достъп до спешна помощ. България изостава и в осигуряването на комплексна спешна помощ за пациенти с инсулт. Специализираните отделения за инсулти и наличието на модерно интервенционално лечение са налични в няколко лечебни заведения, което ограничава равния достъп в цялата страна.

Националната здравна стратегия до 2030 г. има за цел да развие капацитет за спешна помощ и реагиране при извънредни ситуации. Някои от планираните мерки включват прилагане на протокол за разпознаване на инсулти (FAST), обучение на диспечери и екипи за спешна помощ, планиране на маршрутите на линейките в големите градове, за да се сведе до минимум времето за пътуване, въвеждане на задължителна предварителна телефонна връзка с приемащите болници, бърз прием и въвеждане на телемедицина за отдалечените райони. В рамките на Оперативна програма “Региони в растеж” 2014-2020 г., финансирана чрез Европейския фонд за регионално развитие, проектът “Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ” има за цел да обнови и модернизира сградния фонд и оборудването в системата за спешна медицинска помощ в цялата страна. НСРР обхваща и системата за спешна медицинска помощ по въздух (HEMS), като хеликоптерите ще покриват територията на цялата страна. Докато развива инфраструктурите, България трябва да осигури налична и обучена здравна работна ръка за услугите по спешна помощ. България следва също така да активизира усилията си за укрепване на услугите за първична медицинска помощ с адекватна здравна работна сила, за да се избегнат затруднения в системата на здравеопазването и да се повиши осведомеността на населението относно използването на услугите за спешна помощ.

Качество на здравеопазването

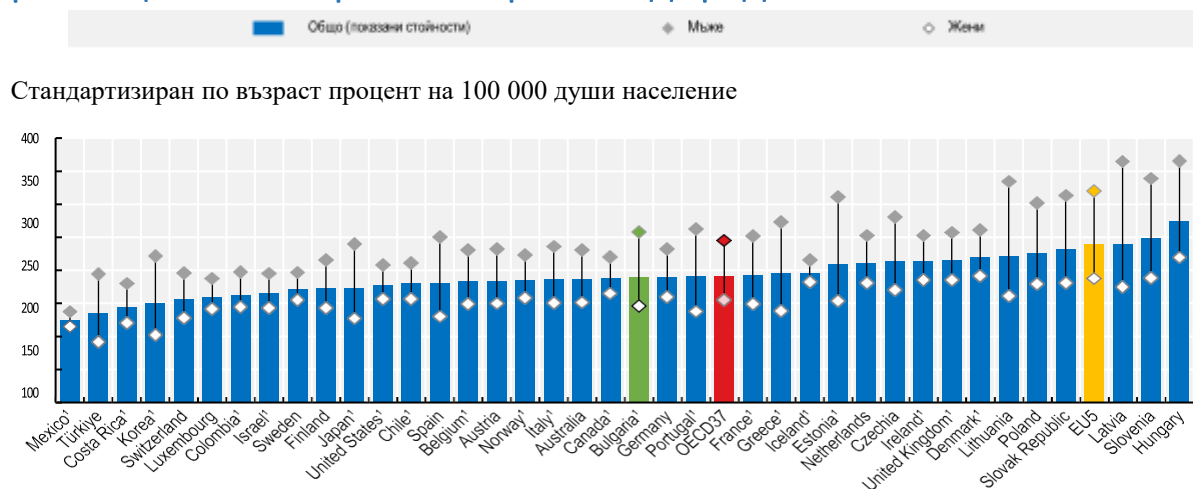
Въпреки че България разполага с инфраструктура за данни чрез НЗИС, тя няма система за управление на качеството, основана на рамка, както и надеждни показатели и механизми за наблюдение на ефективността на здравната система. Анализът на качеството на здравеопазването се основава на показатели за процесите, като например броя на ваксинациите, скрининговите дейности и хоспитализациите. Оценката на качеството на грижите и безопасността на пациентите се затруднява от липсата на редовни измервания на ключови показатели като предотвратими хоспитализации, предписване на лекарства и събития, свързани с безопасността на пациентите. Измерването на качеството на грижите от

гледна точка на хората, чрез PROM и PREM, също не е развито в България. Бъдещите усилия следва да се съсредоточат върху разработването на системи за управление на качеството чрез създаване на рамка за мониторинг и докладване. Такава рамка може да улесни по-доброто разбиране на здравните системи и да даде насоки за разработване на по-широка визия за оценка на ефективността на здравните системи, включително качеството на здравните грижи, като се опира на ясни, надеждни и измерими показатели, както е подчертано в обновената Рамка на ОИСР за оценка на ефективността на здравните системи (ОИСР, 2024 г.[6]). Участието в инициативата на ОИСР за проучвания на показателите, докладвани от пациентите, може също да подпомогне България в разработването на стабилни системи за оценка на качеството на здравните грижи чрез систематично измерване на здравните резултати, докладвани от пациентите, и опита в грижите на хората с хронични заболявания (ОИСР, 2025 г.[7]).

Макар че смъртността от рак е около средната за ОИСР, петгодишната преживяемост е ниска, което налага активизиране на усилията за скрининг, диагностика и лечение.

Ракът е втората водеща причина за смърт. Най-често срещаните причини за рак са ракът на белия дроб, на дебелото черво, на гърдата, на панкреаса и на простатата (ОИСР, 2023 г.[8]). Смъртността от рак през 2023 г. е 190 смъртни случая на 100 000 души население, което е по-ниско от средната стойност за ОИСР - 191 смъртни случая, и от тази за съседния ЕС - 239 смъртни случая на 100 000 души (фигура 3.3). Смъртността от ракови заболявания е по-висока при мъжете, отколкото при жените, подобно на други държави от ОИСР, но разликата между мъжете и жените е по-висока от средната стойност за ОИСР (съответно 112 и 91 смъртни случая на 100 000 души население), макар и под средната стойност за съседния ЕС5 (133 смъртни случая).

Фигура 3.3. Разликата между мъжете и жените е голяма, въпреки че равнището на смъртност от рак е под средното за ОИСР

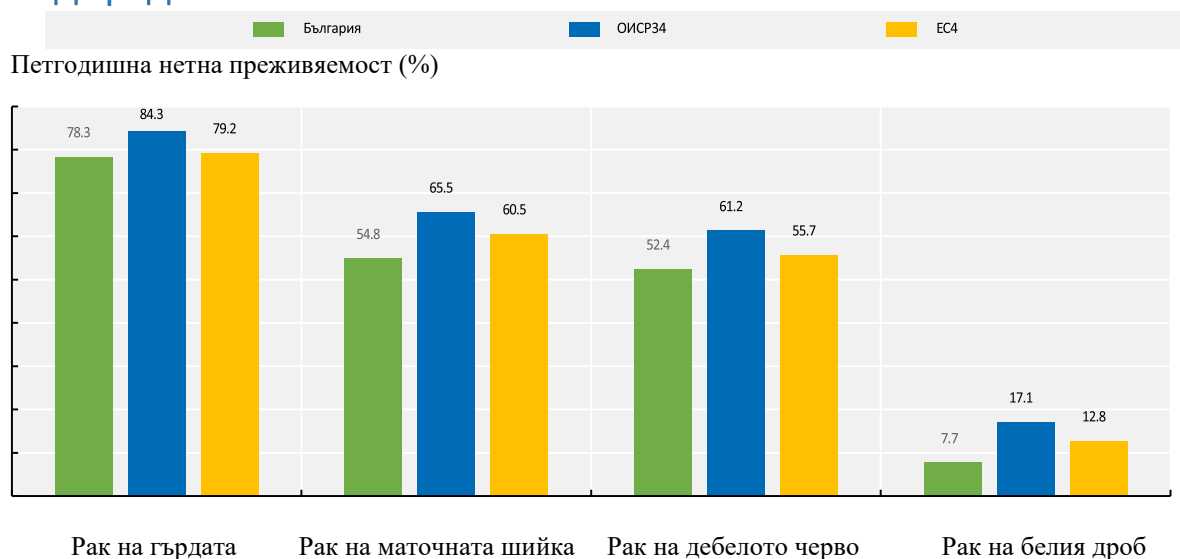


Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. 1. данни за 2021-2022 г.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г. въз основа на базата данни на СЗО за смъртността.

Между 2010 и 2014 г. петгодишната преживяемост при рак на гърдата, рак на маточната шийка, рак на дебелото черво и рак на белия дроб е под средната стойност за ОИСР и съседните държави от ЕС5, най-вече при рака на белия дроб (7,7 % спрямо 17,1 % за ОИСР) и рака на маточната шийка (54,8 % спрямо 65,5 % за ОИСР) (фигура 3.4). Въпреки това в България се наблюдава положително увеличение на преживяемостта между 2004 и 2014 г., най-вече при рака на дебелото черво (от 43,9% на 52,4%) и рака на гърдата (70,9% на 78,3%). Необходими са по-нови данни, за да се определи дали този напредък е устойчив, което би позволило на България потенциално да преодолее тази разлика.

Фигура 3.4. Процентът на преживяемост при раковите заболявания е под средното за ОИСР



Бележка: Данните се отнасят за периода 2010-2014 г. Страните от ЕС4 са Чехия, Полша, Словакия и Словения.
Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

В рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021-2025 г. са планирани скринингови прегледи за онкологични, белодробни и сърдечни заболявания и диабет тип 2. Поради недостатъчни финансови ресурси се изпълняват малка част от дейностите, планирани в рамките на програмата. Въпреки това Ограничените национални ресурси и ниското ниво на здравна грамотност възпрепятстват ефективността на превантивните дейности.

Участието в дейностите по скрининг за рак и ваксинация е слабо

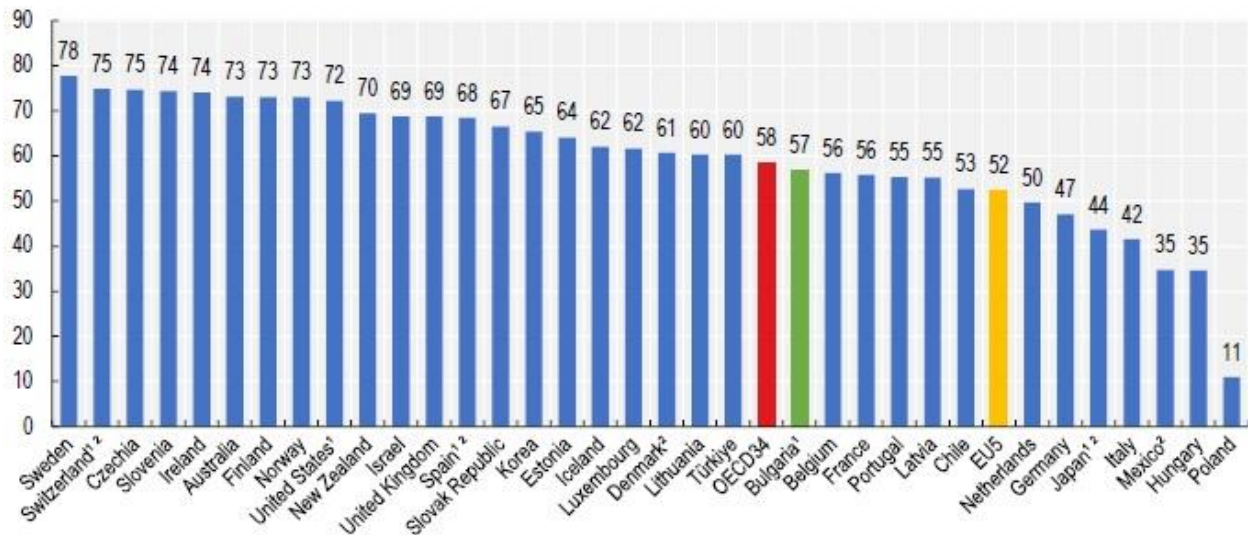
Участието в дейностите по скрининг за рак на гърдата и колоректален рак е слабо. През 2019 г. 36 % от жените на възраст 50-69 години съобщават, че са си направили мамография за

скрининг на рак на гърдата през последните две години, което е под средното за ОИСР ниво от 57 % и средното за ЕС5 ниво от 46 %. Процентът на хората на възраст 50-74 години, които съобщават, че са си направили тест за окултна кръв във фекалиите за скрининг на рак на дебелото черво през последните две години, е 4 % през 2019 г., което е под средното за ОИСР от 45 % и средното за ЕС5 от 33 %. През 2022 г., въпреки безплатните ваксини срещу човешки папиломен вирус (HPV) за момичета на възраст 10-13 години, 9% от всички момичета на 15-годишна възраст са били ваксинирани срещу HPV. През 2019 г. 57 % от жените на възраст 20-69 години в България съобщават, че са преминали скрининг за рак на маточната шийка през последните три години, което се доближава до средното за ОИСР ниво от 58 % и е по-високо от средното за ЕС5 ниво от 52 % (фигура 3.5).

В рамките на програмата на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (2021-2025 г.) бяха проведени безплатни прегледи за рак на гърдата, на маточната шийка, на дебелото черво и на простатата. В периода 2021-2024 г. бяха проведени скринингови изследвания за рак на гърдата сред жени на възраст от 30 до 69 години в 10 региона. Скринингът за рак на дебелото черво беше проведен сред мъжете на възраст 18 години и повече в осем региона. Скринингът за рак на маточната шийка беше проведен сред жените във всички 28 региона. През 2024 г. бюджетът на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021-2025 г. беше увеличен за провеждане на скрининг за рак на маточната шийка, който да бъде организиран от НЗОК, Министерството на здравеопазването и РЗИ. Скрининговата програма е насочена към всички жени на възраст от 20 до 29 г. и от 40 до 49 г. (независимо от здравноосигурителния им статус) и към жените на възраст от 30 до 39 г. за тези, които не са осигурени. През 2024 г. в шест региона се провежда скрининг за рак на простатата сред мъже на възраст над 18 години. От 2023 г. в България стартира от Министерството на здравеопазването с подкрепата на различни професионални организации и други сдружения кампания за повишаване на осведомеността относно ваксинацията срещу HPV. От началото на 2024 г. се отчита увеличение на броя на ваксинираните лица, като броят на момичетата, обхванати с първата доза HPV ваксина през годината, е два пъти по-голям в сравнение с 2023 г. Освен това през април 2025 г. Министерският съвет прие и Национална програма за първична профилактика на раковите заболявания, причинени от човешкия папилома вирус (HPV), 2025-2030 г. (Министерство на здравеопазването, 2025 г.^[9]). Програмата предвижда безплатна ваксинация (ваксина и прилагането ѝ) за момичета на възраст 10-14 години и момчета на възраст 10-13/14 години. Планира се постепенно увеличаване на възрастовата група за момичетата до достигане на 21-годишни жени през 2029 г.

Фигура 3.5. Почти три от всеки пет жени са преминали скрининг за рак на маточната шийка през 2019 г., което се доближава до средните стойности за ОИСР

% от жените, преминали скрининг



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г., освен ако не е посочено друго. Данни за програмата, освен ако не е посочено друго. Данните за България се отнасят за 2019 г. Данните за Обединеното кралство се отнасят за Англия. 1. Данни от проучването. 2. Последните данни са от 2020-2022 г.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г., Португалската национална програма за данни в областта на онкологията (2024 г.).

Съществуват значителни разлики в нивата на скрининг в зависимост от социално-икономическия статус, тъй като българските жени от квинтила с най-високи доходи съобщават за по-високи нива на скрининг за рак на маточната шийка (71%), отколкото тези от квинтила с най-ниски доходи (31%) (Евростат, 2022 г.[10]). Процентите на скрининг за рак на гърдата сред жените на възраст 50-69 години през последните три години разкриват подобни различия: 66 % в най-високия квинтил спрямо 31 % в най-ниския квинтил (Евростат, 2022 г.[11]). Това са най-големите разлики в зависимост от доходите, наблюдавани в сравнение с държавите от ОИСР. При колоректалния рак разликата е подобна на средната стойност за ОИСР, въпреки че като цяло е доста ниска - 3 %. Налице са и различия по местонахождение, тъй като повечето дейности по скрининг се извършват в градските центрове, което оставя хората в селските райони с ограничен достъп до тези важни услуги (ОИСР, 2023 г.[8]).

Въпреки наличието на политики за превенция на рисковите фактори за рака и различни инициативи за насърчаване на здравето, цялостното въздействие е ограничено (ОИСР, 2023 г.[8]). Националният план за борба с рака, приет през 2023 г., е насочен към ранно откриване с програми за скрининг на рак на дебелото черво, гърдата, шийката на матката и простатата до 2027 г. (ОИСР/Европейска комисия, 2025 г.[12]). В него обаче не се споменава за скрининг

на населението. Основните пречки пред постигането на целите на програмите за превенция включват ограниченото участие на представители на всички заинтересовани страни (национални и регионални здравни политици, здравноосигурителна каса, раков регистър, медицински специалисти, пациентски организации, учители и обществени посредници); липсата на цялостна здравна стратегия за 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 превенция представлява само 2,8% от общите разходи за здравеопазване в България в сравнение със средно 3,4% в ЕС) (вж. глава 4). През 2025 г. са в процес на одобряване две скринингови програми, изпълнение на Националния план за борба с рака в Република България 2027 г.: “Програма за скрининг на рака на маточната шийка 2025-2030 г.” и “Програма за скрининг на колоректалния рак 2025-2030 г.”. Финансирането на предстоящите скринингови програми ще се осъществи чрез одобряване на допълнителни разходи и трансфери от бюджета на Министерството на здравеопазването.

България трябва да развие медицинското си оборудване за диагностика и лечение на рак

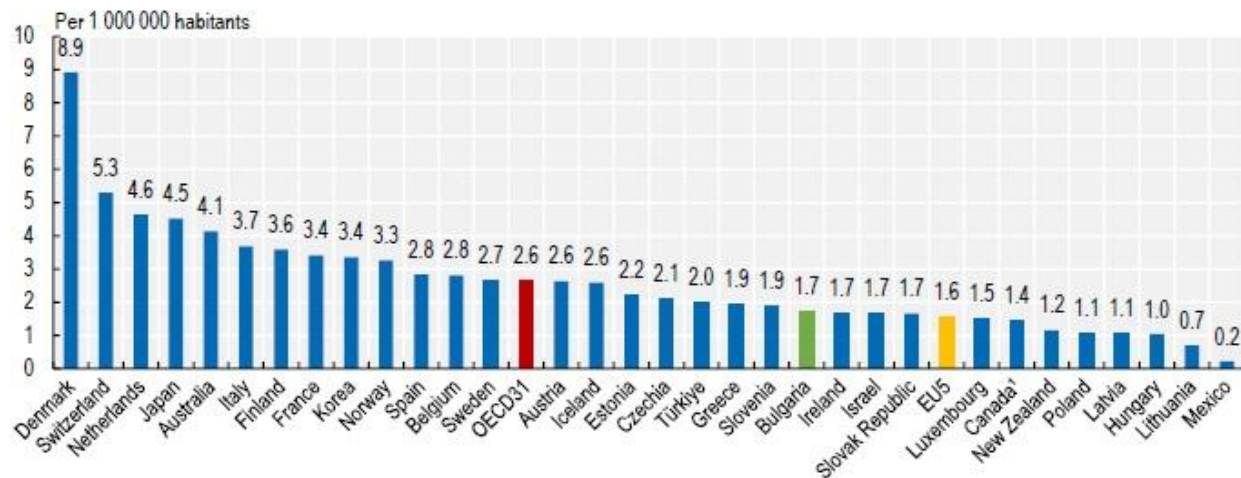
Способността на България да се справи с ниските нива на преживяемост при раковите заболявания се определя отчасти от възможностите за диагностика и лечение. Що се отнася до скенерите за позитронно-емисионна томография (ПЕТ), България разполага с 1,7 единици на 1 000 000 души население, което е малко повече от средното за съседните държави от ЕС5 - 1,6 единици, но под средното за ОИСР - 2,6 единици (фигура 3.6). От друга страна, в страната има значителен брой апарати за лъчетерапия - 11,5 на 1 000 000 души население, което е над средните стойности за ОИСР (8) и съседните ЕС5 (8,1).

Предвид тези предизвикателства, през 2023 г. България прие Национален план за борба с рака в Република България за засилване на превенцията, откриването, лечението и грижите за пациентите. Изготвен в контекста на Резолюцията на Европейския парламент от 2022 г. за укрепване на Европа в борбата с рака, някои от поставените цели включват прилагане на нови технологии, научни изследвания и иновации, подобряване на превенцията и ранното откриване, подобряване на качеството на живот на пациентите и насърчаване на високи стандарти за диагностика и грижи (Министерски съвет, 2023 г.^[41]). В бюджета на НЗОК за 2025 г. се въвежда пълно възстановяване на разходите за изследване на биомаркери за диагностика на рака (Република България, 2025 г.^[21]).

Фигура 3.6. Въпреки че броят на апаратите за ПЕТ скенер е по-нисък от средния за ОИСР, България разполага с по-голям брой апарати за лъчетерапия

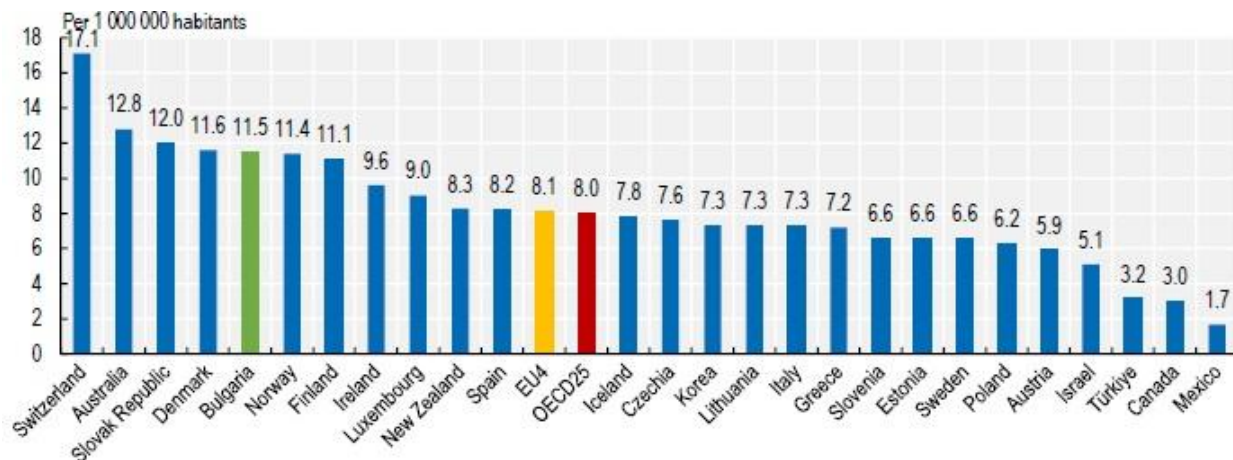
А. Брой единици за ПЕТ скенер

На 1 000 000 жители



В. Брой отделения за лъчетерапия

На 1 000 000 жители



Бележка: 1. Данните се отнасят за 2023 г. Данните за радиотерапевтичните единици в ЕС4 се отнасят за Чешката република, Полша, Словашката република и Словения.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

По-нататъшните усилия за насърчаване на здравната грамотност на населението и повишаване на доверието в здравеопазването биха спомогнали за подобряване на превенцията на заболяванията и промоцията на здравето.

Ниската здравна грамотност на населението, липсата на информираност за ваксините и нарастващото нежелание и колебание за ваксиниране, отчасти поради нарастващите конспиративни теории, свързани с ваксината COVID-19, допринасят за ниските нива на ваксинационно покритие (вж. глава 4). Около една трета от хората (36%) имат ниско или незадоволително ниво на здравна грамотност (Барон-Епел и др., 2025 г.^[13] ; Данаилова-Петрова-Герето, Янакиева и Воденичарова, 2023 г.^[14]). Хората на възраст над 55 години, тези с нисък социален статус и тези без (или с ниска) образователна квалификация изпитват затруднения при намирането и разбирането на здравна информация (Гаров и Попов, 2018 г.^[15]). Доверието на българските граждани в различни институции, структури и социални групи с обществена значимост е сравнително ниско. Инициативата “Плюс мен” на интернет страницата на Министерството на здравеопазването е разработена с цел да се бори срещу умишлените и неумишлените прояви на невярна информация, а именно съответно дезинформация и дезинформация. Тази програма събира основаваща се на доказателства информация относно ваксинациите и скрининга и я споделя чрез официалния уебсайт с населението. България планира политически диалог през юни 2025 г. в сътрудничество с ОИСП, Европейската обсерватория за здравни системи и политики и експерти от други държави относно насърчаването на здравната грамотност на населението, за да активизира усилията си за дейности по превенция и промоция.

България трябва да укрепи първичната си медицинска помощ и да премине към по-ориентирани към хората, координирани и непрекъснати грижи

Общопрактикуващите лекари са независими в рамките на НЗОК и притежават собствени практики, като работят в индивидуални или групови кабинети. Докато общопрактикуващите лекари служат като “пазител” за по-голямата част от населението, децата и бременните жени имат пряк достъп до педиатри и гинеколози. Пациентите могат свободно да избират доставчиците на първична и специализирана медицинска помощ. Първичната медицинска помощ е недостатъчно развита, не разполага с достатъчно ресурси и е подценена. Въпреки реформите, насочени към укрепване на първичната медицинска помощ, българската здравна система остава болнично ориентирана. Съществува осезаем недостиг на общопрактикуващи лекари и медицински сестри (вж. глави 3 и 4). Действащото българско законодателство ограничава ролята на общопрактикуващите лекари и съответно на първичната медицинска помощ по отношение на достъпа до диагностични технологии, точката на медицинска помощ и възможността да се предписват определени лекарства (като статини). Общопрактикуващите лекари са изправени пред голямо натоварване със административни задачи. Това разширява дисбаланса между първото и специализираното ниво на обслужване и възможността за ранно диагностициране и лечение на заболявания с по-ниска тежест. Тримесечните квоти контролират обема на услугите, като ограничават броя на направленията, които общопрактикуващите лекари могат да изписват. Когато квотата бъде достигната, пациентите трябва да изчакат, да изберат да отидат директно в болничните спешни отделения или да платят от джоба си, за да получат достъп до услуги

без направление. Връзката и координацията между болниците и първичната медицинска помощ не са добре установени.

Националната здравна стратегия до 2030 г. има за цел да укрепи първичната медицинска помощ чрез различни действия. Националният план за подобряване на достъпността и капацитета на първичната извънболнична медицинска помощ за периода 2021-2027 г. и осигуряване на балансирано териториално разпределение на медицинската помощ и здравните грижи в Република България има за цел да изгради национален план за справяне с недостига на специалисти по първична медицинска помощ. НПВУ разглежда подобряването на достъпа до първична и извънболнична медицинска помощ, включително създаването на здравно-социална консултативна служба, насочена към подобряване на здравето на населението и насърчаване на здравословния начин на живот, превенция на хроничните заболявания и подпомагане на достъпа до специализирана медицинска помощ. Същевременно инвестиция 7 “Развитие на извънболничната помощ” има за цел да модернизира първичната медицинска помощ чрез три компонента: 1) изграждане на Национален интердисциплинарен център за комплексен скрининг, 2) изграждане на модерна материално-техническа база и осигуряване на медицинско оборудване и инфраструктура за амбулаториите и звената за медико-социални консултации, и 3) разработване на цифрова платформа и услуги в подкрепа на диагностиката и лечението на основни заболявания като сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания и диабет. Основната цел е да се подобри достъпът до системата за извънболнична помощ и нейният капацитет, а оттам и здравето на населението.

България следва да увеличи усилията си за укрепване на първичната медицинска помощ и да осигури подходящи организационни и финансови механизми. Освен финансови стимули за студентите по медицина, са необходими допълнителни усилия за запазване на съществуващата работна сила в областта на първичната медицинска помощ, особено в районите с недостатъчно обслужване. Увеличаването на капацитета, ролята и отговорностите на специалистите по първична медицинска помощ е от съществено значение за повишаване на удовлетвореността от работата и чувството, че са ценени. Докато приемствеността на информацията и координацията се развиват чрез НЗИС, организационната и професионалната интеграция с болниците и социалните услуги трябва да се укрепи чрез подходящи механизми за управление.

Освен инвестициите в болнични инфраструктури, са необходими сериозни усилия за подобряване на ефективността и разработване на системи за управление на качеството в болничната помощ.

Системата на здравеопазване е болнична, с голям брой легла и висок процент на хоспитализация (вж. глава 2). Държавните болници са многопрофилни (с поне две специализирани отделения) или специализирани (обикновено гинекологични, хирургични, ортопедични, офталмологични, педиатрични или психиатрични). Във всяка област има голяма многопрофилна болница, която е съвместна собственост на държавата и общините в областта. Въпреки това болничната структура в България се характеризира със свръхкапацитет, фрагментация и известни териториални и структурни дисбаланси, които се

отразяват негативно на нейната ефективност. Наличната болнична инфраструктура е неравномерно разпределена в страната, като се наблюдава свръхконцентрация на болнични структури в най-големите градове и липса на капацитет за задоволяване на основните потребности от болнична помощ в малките населени места. Налице е неефективна структура на болничните легла с превес на леглата за активно лечение и ниско предлагане на легла за дългосрочни грижи и палиативни грижи. Продължават усилията за прехвърляне на избрани услуги от болнични към амбулаторни условия. През 2016 г. България започна да измества избрани услуги от болнични в амбулаторни условия за определени състояния, като промени някои клинични пътеки, които преди това изискваха престой в болница, в амбулаторни условия. Засегнатите състояния включваха перитонеална диализа, системно медикаментозно лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания, повечето малки хирургични процедури и инвазивни диагностични тестове. Въпреки тези усилия болничният сектор в България се разраства, главно благодарение на разрастването на частния сектор. НПВУ включва голямо инвестиционно предложение (310 млн. евро) за модернизиране на държавните болнични заведения, както и на диагностичното и медицинското оборудване. България може да повиши ефективността на болничната помощ, като освободи финансови, материални и човешки ресурси, които могат да бъдат пренасочени към развитие на извънболничната помощ и подобряване на първичната и профилактичната помощ (вж. глава 3).

Напредъкът в измерването и осигуряването на качеството на грижите в България е бавен и ограничен. Съгласно Закона за здравето качеството на медицинската помощ се основава на медицински стандарти за отделните медицински специалности, утвърдени с наредби на министъра на здравеопазването, и на Правила за добра медицинска практика, разработени от професионалните организации на лекарите и стоматолозите. Медицинските стандарти определят минималните задължителни изисквания към структурите за осъществяване на дейностите по определени медицински специалности или за осъществяване на отделни медицински дейности с цел осигуряване на качествена профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и здравни грижи за пациента. Те съдържат основните характеристики на медицинската специалност/медицинската дейност; изискванията към медицинските специалисти, осъществяващи дейности по съответната медицинска специалност, изискванията за осъществяване на дейностите по медицинската специалност в лечебните заведения и критериите за качество на извършваните дейности по нива на компетентност. Контролът върху дейността на лечебните заведения, медицинските дейности и качеството на медицинската помощ се осъществява от Изпълнителна агенция “Медицински надзор”, която е второстепенен орган на бюджетна издръжка към Министерството на здравеопазването.

В България липсва система за управление на качеството, изградена на базата на надеждни показатели и механизми за мониторинг. Предишните опити за разработване на показатели за качество и безопасност не са били успешни, а няма и система за докладване на медицински грешки, която да гарантира безопасността на пациентите (Европейска обсерватория по здравни системи и политики, 2024 г. [16]). Въвеждането на НЗИС отключва потенциала на богатите здравни данни за наблюдение, оценка и подобряване. Данните обаче

трябва да бъдат направлявани чрез надеждни показатели, за да се осигури приложима информация за оценка и подобряване на работата на здравната система.

България трябва да подобри мониторинга и докладването на вътреболничните инфекции

Инфекциите, свързани с медицинското обслужване (ИСМО), известни още като вътреболнични инфекции, са инфекции, придобити по време на получаването на здравни грижи, които не са съществували при постъпването. Бактериите, устойчиви на антибиотици, често са причина за инфекциите, свързани с инфекциите, свързани с медицинското обслужване. По данни на Европейския център за профилактика и контрол на заболяванията (ECDC) през 2022 г. средното разпространение на ИСМО е 6,8% в страните от ЕС, докато в България разпространението е 3,7%, което е едно от най-ниските в ЕС (Европейски център за превенция и контрол на заболяванията, 2024 г.[17]). Въпреки това, поради малкия размер на извадката, представителността може да не е напълно постигната в България, поради което резултатите следва да се тълкуват с повишено внимание (Европейски център за превенция и контрол на заболяванията, 2024 г.[18]). Страната показва неблагоприятни нива на капацитет за превенция, профилактика и контрол на инфекциите (напр. медицински сестри за превенция и контрол на инфекциите, легла с дозатори за кърпи за ръце на алкохолна основа) в сравнение с държавите от ЕС, което предполага, че ниското разпространение на ИСМО може да е свързано по-скоро с недостатъчно докладване на случаите, отколкото с по-добри резултати. Страната изисква от болниците да съобщават за честотата на вътреболничните инфекции, за да информират системата за надзор на заразните болести и да докладват на ECDC. Данните за вътреболничните инфекции се събират частично в съответствие с националното законодателство. Например по-малко от 30 % от болниците, участвали в проучването на ECDC, са съобщили, че участват в национална или регионална мрежа за наблюдение на инфекциите на хирургичното място или на ИСМО в отделенията за интензивно лечение или на инфекциите, причинени от Клостридиум дифисиле (*Clostridium difficile*) (Европейски център за превенция и контрол на заболяванията, 2024 г.[18]). Необходими са допълнителни подобрения за автоматизиране на надзора и увеличаване на докладването от страна на болниците.

Таблица 3.1. България има по-ниска честота на вътреболничните инфекции в сравнение с държавите от ЕС въпреки ограничения капацитет за инфекции, превенция и контрол, което сигнализира за недостатъчно докладване на случаите

		Минимални стойности сред ЕС/ЕИП	ЕС/ЕИП (средна стойност или медиана)	Максимална стойност сред ЕС/ЕИП	България
ИСМО индикатор	Разпространение на ИСМО (% от пациентите с ИСМО)	3.0	6,8 (средно) 7 (медиана)	13.8	↑ 3.7
Показатели за превенция и контрол на инфекциите	Медицински сестри за превенция и контрол на инфекциите (еквивалент на пълно работно време за 250 легла)	0.28	1,25 (медиана)	3.28	↓ 0.98
	Легла с диспенсер за измиване на ръце на алкохолна основа в точката на оказване на грижи (% легла)	18.5	49,2 (медиана)	100	↓ 27.3
	Легла в единични стаи (% легла)	3.2	15,8 (медиана)	56.5	↓ 7.1
	Набори за кръвни култури (брой на 1 000 пациентски дни)	12.4	44,7 (медиана)	167.1	↓ 15.0

Забележка: Данните се отнасят за 2022 г. Отнася се за държавите от ЕС и Европейското икономическо пространство (ЕИП). ↑ показва по-добри резултати от средните/медианата за ЕС/ЕИП, а ↓ - по-лоши резултати от средните/медианата за ЕС/ЕИП.

Източник: Адаптирано от информационния лист за България, публикуван заедно с Точковото проучване на разпространението на инфекциите, свързани със здравни грижи, и Доклад за употребата на антимикробни средства в болниците за интензивно лечение 2022-2023 г. (ECDC, 2024).

Клиничните пътеки създават неефективност в болничната помощ, въвеждането на иновативни модели на заплащане може да насърчи ефикасността, ефективността и качеството

Предоставянето на специализирани болнични грижи се основава на концепцията за клинични пътеки, въведена през 2000 г. (Ганова-Йоловска и Гераец, 2008 г.[19]). Първоначално клиничните пътеки са концептуализирани като инструмент за подобряване на качеството на грижите при обслужването на пациентите. Клиничната пътека се състои от изисквания и насоки за поведението на медицинските специалисти, определени от Националния рамков договор за медицинските дейности, и определя вида и обхвата на регулацията по отношение на пациенти с определени заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой от минимум 48 часа. През 2017 г. имаше почти 300 клинични пътеки, а основният пакет от обезщетения включваше повече от 250 клинични пътеки, изискващи болничен престой не по-малко от 48 часа. Те обхващат различни

медицински специалности като хирургия и специфични лечения или състояния, като например оперативни интервенции при инфекции на меките и костните тъкани, отстраняване на хернии, диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система или продължително медикаментозно лечение на злокачествени солидни тумори. Клиничните пътеки се определят с наредби на Министерството на здравеопазването, по-специално Наредба № 9 от 2019 г. относно пакета от здравни дейности, гарантиран от НЗОК (ОЕСД/ Европейска обсерватория по здравни системи и политики, 2021 г.[20]). През 2021 г. бяха приети три наредби за изменение и допълнение на тази наредба. Нормативните промени например създадоха възможности за пациентите с определени онкологични заболявания да получат достъп до робот-асистирано хирургично лечение в рамките на пакета на НЗОК чрез клинични пътеки. Напоследък някои пътеки са разделени по възрастови групи, като се прави разлика между пациенти под 18 години и над 18 години. Клиничните дейности с продължителност до 24 часа, които се предоставят на пациентите в рамките на болничния им престой, се разглеждат в пакета “клинични процедури” от 2018 г. насам.

Клиничните пътеки се използват предимно за целите на разпределението на ресурсите. Болниците получават финансиране предимно чрез плащания, основани на конкретен случай, определен от клиничните пътеки. Тези плащания са определени в Националния рамков договор и се договарят между НЗОК и Българския лекарски съюз. В сегашния си вид обаче те водят до различни неефективности. Например, независимо от състоянието, продължителността на болничния престой винаги трябва да бъде най-малко два дни за всички клинични пътеки, за да бъде възстановена от НЗОК. Освен това понякога се налага болниците да адаптират клиничните пътеки за пациентите, но НЗОК заплаща само това, което е било договорено в исторически план в началото на годината. Това може да доведе до недостатъчно заплащане на болниците в сравнение с това, което е било предоставено по отношение на услугите за грижи. В тази връзка България следва да въведе нов дизайн на системите за заплащане, които да насърчават ефикасността, ефективността и качеството, като например пакетни плащания, базирани на епизоди. Преминването към иновативни модели на плащане ще изисква уеднаквяване на стимулите за доставчиците, разширяване на обхвата на обхванатите услуги и въвеждане на мониторинг на качеството и резултатите.

Грижа за психичното здраве

Грижите за психичното здраве продължават да бъдат съсредоточени в болниците, необходими са по-големи инвестиции за изграждане на инфраструктури и капацитет в общността.

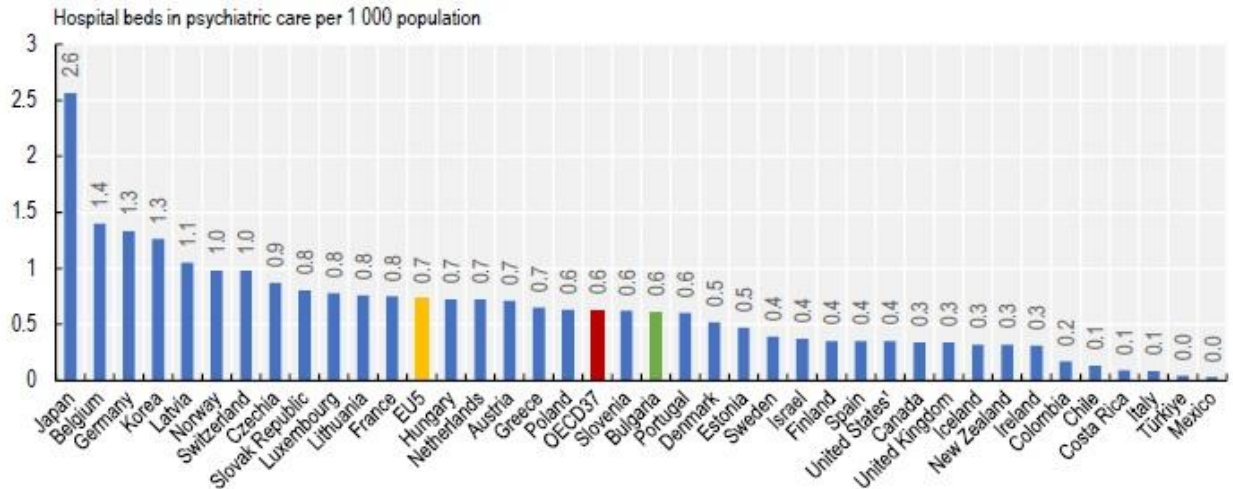
Психиатричната помощ в България се предоставя предимно в болнични заведения, които исторически са разположени извън населените места и не са съобразени с административното деление на страната (Стоянов и Наков, 2023 г.[21]). Пациентите обикновено са били лекувани в тези институции, като са оставали отделени от семействата и общностите си и са нарушавали социалния им живот. Психиатричното здравеопазване в България не е интегрирано по подходящ начин с други здравни и социални услуги, което

подчертава липсата на цялостен подход. Националната стратегия за психично здраве на населението на Република България за периода 2021-2030 г. (Министерски съвет, 2022 г.[22]) предвижда мерки за преминаване към по-ориентирани към човека подходи с развитието на мрежата от психиатрични заведения. В рамките на тези усилия през 2022 г. е създаден Национален съвет по психично здраве към Министерския съвет като постоянно действащ консултативен орган към Министерския съвет. На Националния съвет по психично здраве, състоящ се от различни институции, е възложено да наблюдава напредъка по изпълнението на Националната стратегия за психично здраве за периода 2021-2030 г. Освен това инвестицията “Модернизиране на психиатричната помощ в България”, финансирана от НПВУ, има за цел да подобри инфраструктурата и медицинското оборудване в държавните психиатрични болници и многопрофилните болници. Досега са обновени 18 психиатрични заведения. По-нататъшните усилия са насочени към развитието на детската психиатрия в страната. България следва да увеличи усилията си за развитие и организиране на стационарни, дневни и амбулаторни психиатрични грижи в общността, включително да ги оборудва с напълно функциониращи и отзивчиви екипи за психично здраве в общността. За ефективното предоставяне на психиатрични грижи следва да се осигури приемственост на грижите и координация между различните системи за здравни и социални грижи.

Психиатричното здравеопазване в България е силно институционализирано, като 12 психиатрични болници предоставят болнични грижи предимно на значително разстояние от домовете на пациентите. Амбулаторни специализирани услуги за психично здраве се предоставят от индивидуални или групови психиатрични практики, както и от психиатрични кабинети в диагностично-консултативни центрове и медицински центрове. От 2010 г. насам мрежа от 12 центъра за психично здраве в цялата страна предоставя комплексни профилактични, първични, амбулаторни и болнични грижи и различни социални услуги, предимно в градските райони. Общините осигуряват психосоциална рехабилитация, както и материална и социална подкрепа за хората с психични разстройства. Неправителствени организации лекуват хора с проблеми, свързани със злоупотреба с вещества . През 2023 г. на 1 000 души население се падат 0,6 болнични легла за психиатрични грижи, което е равностойно на средното за ОИСР и малко под средното за съседните държави от ЕС5 (0,7) (фигура 3.7).

Фигура 3.7. Капацитетът на психиатричните легла е сравним със средните стойности, наблюдавани в ОИСР и съседните държави от ЕС5

Болнични легла за психиатрична помощ на 1 000 души население



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. 1. Данните се отнасят за 2022 г.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

В Националната стратегия за психично здраве на населението на Република България за периода 2021-2030 г. са предвидени мерки за преминаване към подходи, ориентирани в по-голяма степен към човека (Министерски съвет, 2022 г.[22]). Основните цели са деинституционализация на психично-здравните грижи и преминаване към работа в общността, намаляване на заболяемостта и смъртността от психични разстройства, намаляване на употребата на алкохол и наркотични вещества и развитие на детската психиатрия. През 2022 г. е създаден Национален съвет по психично здраве към Министерския съвет, за да има координиран и всеобхватен междуведомствен подход към проблемите на психичното здраве.

Интегрирани грижи

Центровете за интегрирани грижи в общността за деца с увреждания са изправени пред предизвикателства при изпълнението

От 2018 г. насам в България са създадени 12 интегрирани центъра за грижи в общността, които отговарят на нуждите на децата с увреждания и хронични заболявания, а именно Центърът за комплексни услуги за деца с увреждания и хронични заболявания. Целта е да се предоставят комплексни, интегрирани услуги за грижи за деца в общността. Финансирането на тези центрове се осигурява от държавния бюджет чрез бюджета на Министерството на здравеопазването. Общопрактикуващите лекари, болниците или педиатрите могат да насочват пациенти към тези центрове. Центърът за комплексни услуги

за деца с увреждания и хронични заболявания разполага с мултидисциплинарни екипи. За диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности в амбулаторното отделение, екипите се състоят от лекар, психолог и социален работник, като в зависимост от конкретния случай в екипа се включват и други медицински и немедицински специалисти. За стационарното отделение мултидисциплинарните екипи включват лекари, психолози, медицински сестри, акушерки, рехабилитатори и други медицински специалисти, а в зависимост от конкретния случай - и немедицински специалисти - логопеди, физиотерапевти, социални работници и др. Мултидисциплинарният екип оценява нуждите на детето и разработва индивидуален медицински и социален план за необходимите диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и подкрепящи немедицински дейности и услуги по време на престоя на детето в медицинското заведение, както и при ползване на мобилни услуги. За да се контролира изпълнението на индивидуалния медико-социален план, се назначава отговорен специалист с подходяща квалификация, съобразена със заболяването на детето, който изпълнява функциите на ръководител на мултидисциплинарния екип и отговаря за организирането на дейностите по изпълнението на плана. Мултидисциплинарният екип се събира периодично, за да обсъжда случаите на пациентите, като взема предвид напредъка в развитието на детето и формулира нови цели и задачи. Периодът на отчитане не може да бъде по-дълъг от три месеца. Основните предизвикателства са свързани с осигуряването на подходяща работна ръка и задържането на доставчиците на грижи. България трябва да увеличи усилията си за продължаване на изпълнението на останалите 16 центъра с адекватно планиране на работната сила, тъй като първоначалният план беше да има по един комплексен център за всеки регион.

Дългосрочни грижи

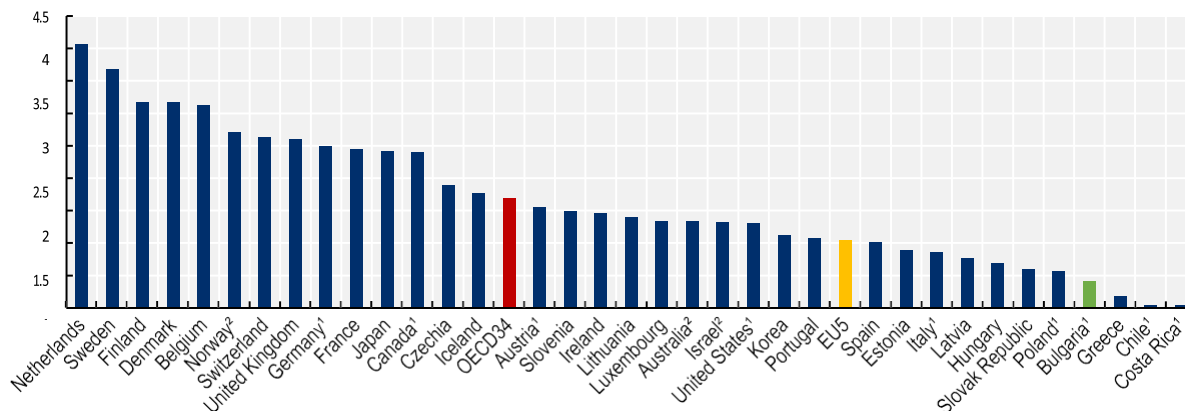
Дългосрочните грижи в България са слабо развити, като повечето грижи се предоставят от неформални болногледачи

В България управлението на дългосрочните грижи (ДСГ) се поделя между Министерството на здравеопазването, което отговаря за медицинските услуги и здравната политика, включително болничните грижи за продължително лечение и палиативните грижи, и Министерството на труда и социалната политика, което контролира социалните услуги и подкрепата за зависими лица, като местните общини управляват предоставянето на услугите. Системата за дългосрочна грижа в България е недостатъчно финансирана, като грижите се предоставят предимно от неформални доставчици, по-специално от домакинствата. През 2023 г. България ще изразходва 0,4 % от своя БВП за ДСГ, което е повече от четири пъти по-малко от средното за ОИСР (1,7 %) и наполовина от средното за съседните ЕС5 (1 %) (фигура 3.8). Преобладаващата част от разходите за здравеопазване се дължи на домакинствата, като те съставляват 94,4% от всички разходи за ДСГ и са в ярък контраст със средните за ОИСР 9,6%. Останалите 5,1 % се падат на старчески домове, а на болниците се пада по-малко от 1 % от разходите за ДСГ.

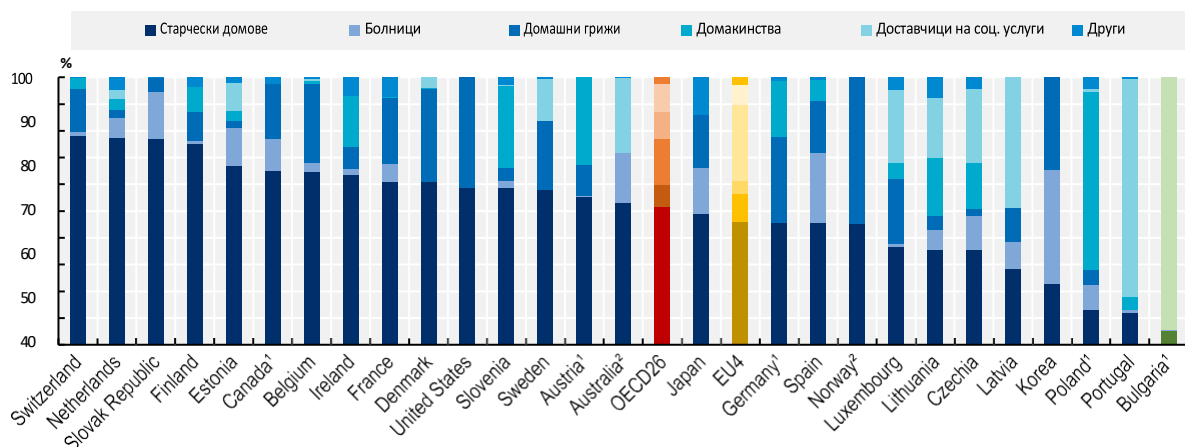
Фигура 3.8. Общите разходи за дългосрочни грижи в България са сред най-ниските в ОИСР, като домакинствата са отговорни за по-голямата част от разходите

А. Общи разходи за дългосрочни грижи като дял от БВП

% от БВП



В. Общи разходи за дългосрочни грижи по доставчици



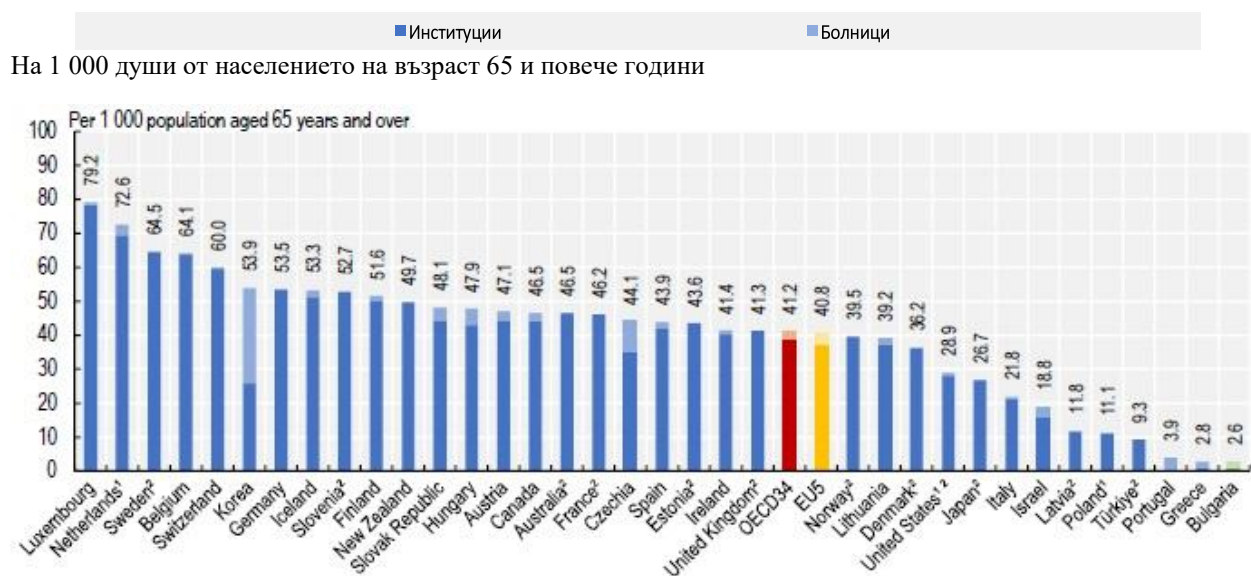
Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. 1. Държави, които не съобщават за социални ДСГ. 2. данни за 2022 г. Категорията “Доставчици на социални услуги” се отнася до доставчици, при които основният фокус е върху помощ при инструментални дейности от ежедневието (IADL) или други социални грижи. В панел Б данните за ЕС4 се отнасят за Чехия, Полша, Словашката република и Словения.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

В сегашния си вид България е в процес на развитие на инфраструктурата за дългосрочни грижи. Мрежата от социално-битови услуги, финансирани от държавата, включва общо 1 878 услуги с капацитет за подкрепа на 65 058 потребители. От тях 715 услуги са предназначени за дневни грижи, консултации, терапия, рехабилитация и други форми на помощ за деца и възрастни, 750 услуги от резидентен тип настаняват деца и възрастни в

защитени жилища, преходни жилища и центрове за настаняване от семеен тип, а услугата “Помощник-възпитател” е достъпна в 263 общини. През 2023 г. на 1 000 души от населението на възраст 65 и повече години се падат 2,6 легла за дългосрочни грижи, което е най-ниското ниво в сравнение със страните от ОИСР и почти 20 пъти по-ниско от средните стойности за ОИСР и съседните държави от ЕС5 (съответно 41,2 и 40,8) (фигура 3.9). Болничните легла представляват 57,8 % от всички легла за дългосрочни грижи, което е пет пъти повече в сравнение с ОИСР и съседните държави от ЕС5 (съответно 5,3 % и 8,8 %). Увеличаването на броя на леглата за дългосрочни грижи, подобряването на социалните услуги и подобряването на домашните грижи е в рамките на целите на Националната здравна стратегия до 2030 г.

Фигура 3.9. Легла за дългосрочни грижи в институции и болници, 2023 г. (или най-близката година)



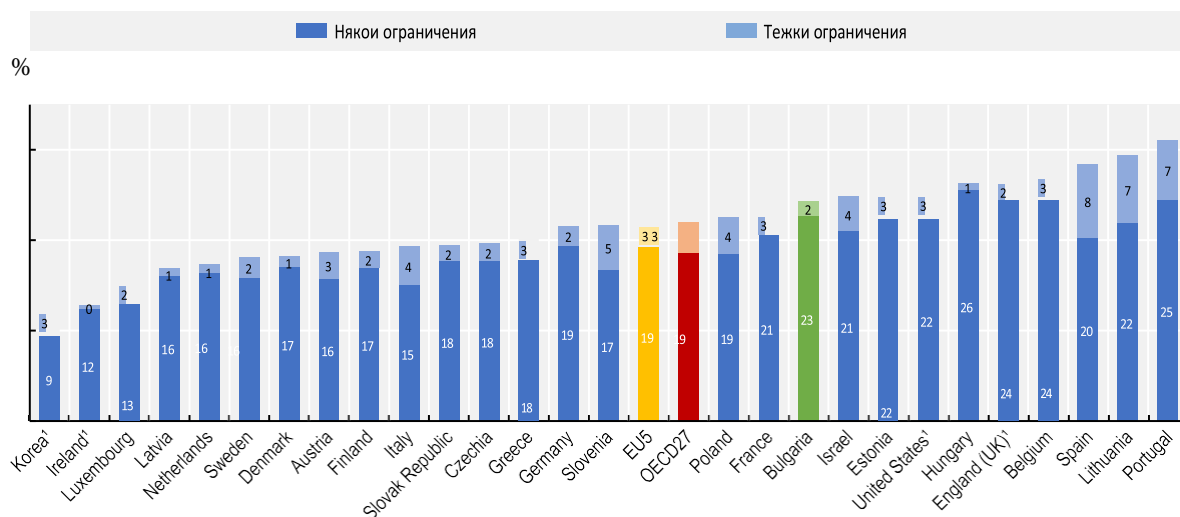
Бележка: 1. Последни данни от 2021-2022 г. 2. Данните включват само легла в институции.
Източник: Национална агенция за приходите: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Националната програма за развитие до 2030 г. и Националната здравна стратегия до 2030 г. включват политики за стимулиране на лечебните заведения да развиват дейности за дългосрочно лечение и палиативни грижи, включително чрез реструктуриране на активните болнични легла, за да се покрие нарастващата нужда от грижи в резултат на застаряването на населението. Част от процеса на модернизация включва деинституционализация на грижите чрез доближаване на дългосрочните грижи до общностите. Що се отнася до заведенията за институционални грижи, има 82 дома за възрастни хора с 5 598 места, които са в процес на структурни реформи за привеждане в съответствие с модернизиранияте стандарти за грижи. Освен това 68 дома за хора с

увреждания с 4 395 места понастоящем са в процес на поетапно закриване до 2035 г. като част от националната стратегия за деинституционализация.

В България 24% от хората на възраст 65 години съобщават, че през 2021 г. ще имат сериозни или някои ограничения в ежедневната дейност, което е повече от средните стойности за ОИСР и съседните ЕС5 (22%). Търсенето на дългосрочни грижи, както и в много други държави от ОИСР, вероятно ще нараства с нарастването на възрастта на населението: през 2023 г. 24 % от хората са били на възраст 65 или повече години, като се очаква до 2050 г. този дял да достигне 30 %. Това може да доведе до увеличаване на натиска върху системата за ДСГ. България е предприела действия за деинституционализация на грижите за хората с увреждания и възрастните хора. Този процес е правно регламентиран в Закона за социалните услуги и се осъществява чрез приетите стратегически документи - Националната стратегия за дългосрочна грижа (Стратегията), Плана за действие за периода 2018-2021 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа и Плана за действие за периода 2022-2027 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа.

Фигура 3.10. Ограничения в дейностите от ежедневието и инструменталните дейности от ежедневието при възрастни на възраст 65 и повече години, 2021-2022 г. (или най-близката година)



Бележка: 1. данни за 2017-2019 г.

Източник: SHARE, вълна 9 (2021 г.22); ELSA, вълна 9 (2019 г.), за Обединеното кралство; HRS (2018 г.) за Съединените щати; KLoSA (2018 г.) за Корея; SSJDA (2017 г.) за Япония, TILDA, вълна 5 (2018 г.) за Ирландия.

Палиативните грижи не са достатъчни, за да отговорят на нуждите, и задълбочават неравенствата, което налага увеличаване на инвестициите

Палиативните грижи се покриват от НЗОК и се предоставят само в централните с обучени специалисти. Пътеката за палиативни грижи включва основни медицински дейности за облекчаване на състоянието на пациента. Общо 25 болници в България са подписали договор с НЗОК за предоставяне на палиативни грижи за пациенти с онкологични заболявания (ЕАРС, 2025 г.[23]) През 2021 г. в България има 47 хосписа, финансирани чрез частни механизми, с 1 175 легла, които предоставят палиативни грижи на хора с онкологични и други хронични заболявания (ИРААС, 2021 г.[24]). По данни на Министерството на здравеопазването има 29 хосписа, които имат договор с НЗОК за палиативни грижи, 117 за продължително лечение след остър стадий на инсулт, 53 за продължително лечение след остър стадий на инфаркт или след сърдечна интервенция, 82 за продължително лечение след хирургична интервенция с голям и много голям обем и сложност и с остатъчни здравословни проблеми. Според регистъра на Изпълнителната агенция “Медицински надзор” 52 хосписа са регистрирани в Публичния регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите (Национална здравна информационна система, 2025 г.[25]).

Тези положителни промени обаче са недостатъчни. Палиативните грижи са неравномерни, некоординирани, недостатъчни и недобре интегрирани в системата на здравеопазването, главно в резултат на ограничени публични инвестиции и нисък капацитет на услугите (ОИСР, 2023 г.[8]; ИРААС, 2021 г.[24]). В България 15% от починалите на възраст 65 години и са ползвали палиативни грижи или хоспис преди смъртта си, докато в страните от ОИСР този дял нараства до 65% (ОИСР, 2023 г.[26]). Пациентите, нуждаещи се от палиативни грижи, се обгрижват предимно от семействата си, главно поради финансови причини (ИРААС, 2021 г.[24]), което е недостатъчно за покриване на комплексните нужди от грижи в края на живота. Изчисленията показват, че през 2020 г. само 5 % от всички неизлечимо болни пациенти с онкологични заболявания в България са получили палиативни грижи. В Глобалния атлас на палиативните грижи (WHPСА, 2020 г.[27]) България е определена като принадлежаща към най-ниските 25 % от държавите по отношение на развитието на дейности за палиативни грижи на няколко места, с ръст на местната подкрепа в тези области; множество източници на финансиране; наличие на морфин; няколко 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. Няма специализации по палиативни грижи нито за лекари, нито за медицински сестри (Деспотова-Толева и Толева-Новак, 2021 г.[28]). Обикновено това са специалисти по интензивно лечение, медицински онколози, общопрактикуващи лекари и специалисти по вътрешни болести предоставят грижи в края на живота. Недостигът на медицински сестри в България е най-голямото предизвикателство за качеството на палиативните грижи. Съществуват много инициативи, предоставяни от частни лица, но те не се финансират по линия на обществената здравноосигурителна схема, което задълбочава неравенствата.

Отчитайки тази нарастваща нужда, Националната програма за развитие България 2030 и Националната здравна стратегия 2030 включват политики за стимулиране на лечебните заведения да развиват дейности за дългосрочно лечение и палиативни грижи, включително чрез реструктуриране на леглата в активните болници, за да се покрият нарастващите

нужди на населението. България следва да засили усилията си за увеличаване на достъпа до палиативни грижи чрез развитие на инфраструктурата за палиативни грижи, обучение на здравните работници и осигуряване на равномерното им разпределение.

Препратки

Барон-Епел, О. И др. (2025), “Пътища за това как здравната грамотност и социалната подкрепа са свързани със здравните резултати в 17 европейски страни: Резултати от анализи на медиацията”, *Обществено здраве*, том 241, стр. 12-18, <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.01.032>. [13]

Министерски съвет (2022 г.), *Националната стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021-2030* г., <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1568>. [22]

Данаилова Петрова-Герето, Е., А. Янакиева и А. Воденичарова (2023), “Здравна грамотност: Призив за действие за справедливо и егалитарно общество”, *Международно списание SCIENCE*, том 2/1, стр. 37-40, <https://doi.org/10.35120/sciencej020137d>. [14]

Деспотова-Толева, Л. и Н. Толева-Новак (2021 г.), “Разказвателен преглед на домашните грижи за палиативни пациенти в общата практика”, *Анали на палиативната медицина*, том 10/12, стр. 13009-13023, <https://doi.org/10.21037/apm-2021-01>. [28]

ЕАРС (2025), *Атлас на палиативните грижи в европейския регион за 2025 г.*, <https://www.unav.edu/documents/30448903/167090281/Bulgaria.pdf/>. [23]

Мрежата ERGO (2022 г.), *Достъпът на РОМА до адекватно здравеопазване и дългосрочни грижи*, <https://ergonetwork.eu/wp-content/uploads/2022/11/Ergo-2022-access-healthcareWEB.pdf>. [3]

Европейски център за превенция и контрол на заболяванията (2024 г.), *Ключови показатели на точковото проучване на разпространението на инфекциите, свързани със здравни грижи, и употребата на антимикробни средства в европейските болници за спешна медицинска помощ: България*, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/country-factsheet-bulgaria>. [17]

Европейски център за превенция и контрол на заболяванията (2024 г.), *Проучване на разпространението на инфекциите, свързани с медицинското обслужване, и употребата на антимикробни средства в европейските болници за спешна медицинска помощ*, ECDC, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>. [18]

Европейска обсерватория за здравни системи и политики (2024 г.), *България: обобщение на здравната система*, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/bulgaria-health-system-summary-2024>. [16]

Евростат (2025 г.), Самооценка на неудовлетворените нужди от стоматологичен преглед по пол, възраст, основна декларирана причина и степен на урбанизация, https://doi.org/10.2908/HLTH_SILC_22. [2]

Евростат (2025 г.), Самооценка на неудовлетворените потребности от медицински преглед по пол, възраст, основна декларирана причина и квинтил на доходите, https://doi.org/10.2908/HLTH_SILC_08. [1]

Евростат (2022 г.), Самооценка на последното изследване на гърдите чрез рентген сред жените по възраст и квинтил на доходите, https://doi.org/10.2908/hlth_ehis_pa7i. [11]

Евростат (2022 г.), Самооценка на последното изследване на цитонамазка сред жените по възраст и квинтил на доходите, https://doi.org/10.2908/hlth_ehis_pa8i. [10]

Ганова-Йоловска, М. И М. Гераец (2008 г.), “Клинични пътеки - българският подход”, *Списание за обществено здраве*, том 17/3, стр. 225-230, <https://doi.org/10.1007/s10389-008-0239-0>. [19]

Гаров, С. и Т. Попов (2018 г.), “Здравната грамотност на населението в България - политики, програми и насоки за подобряване”, *списание “Тракия”*, том 16/Допълнение 1, стр. 211-214, <https://doi.org/10.15547/tjs.2018.s.01.042>. [15]

ИРААС (2021 г.), *Пътека за палиативни грижи за хронично болни пациенти*, <https://www.ipaac.eu/res/file/roadmap/id047.pdf>. [24]

Костадинов, С. и др. (2023), “Ограничения на достъпа до медицински грижи за неосигурените лица в България”, *Европейско списание за обществено здраве*, том 33/Допълнение_2, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1113>. [4]

Министерство на здравеопазването (2025 г.), “Плюс мен: програма за HPV”, <https://plusmen.bg/bg/national-programs/hpv>. [9]

Национална здравна информационна система (2025), *Публичен регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите (PRHC)*, <https://opendata.his.bg/lzibph/>. [25]

ОИСР (2025 г.), *Дали здравеопазването дава резултати? Резултати от проучванията на показателите, отчитани от пациентите (PaRIS)*, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>. [7]

ОИСР (2024 г.), *Преосмисляне на оценката на ефективността на здравната система: Обновена рамка*, Проучвания на здравната политика на ОИСР, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>. [6]

ОИСР (2023 г.), *Профил на държавите от ЕС по отношение на рака: България 2023 г.*, Профили на страните от ЕС за рак, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/f6915046-en>. [8]

ОИСР (2023 г.), *Време за по-добри грижи в края на живота*, проучвания на здравната политика на ОИСР, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/722b927a-en>. [26]

ОИСР/Европейска комисия (2025 г.), *Профил на страните от ЕС за раковите заболявания: България 2025 г.*, Профили на страните от ЕС по отношение на рака, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/c6533317-en>. [12]

ОИСР/Европейска обсерватория за здравни системи и политики (2021 г.), *България: Здравен профил на страната 2021 г.*, Състояние на здравеопазването в ЕС, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/c1a721b0-en>. [20]

Република България (2020 г.), *Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина*, https://www.bda.bg/images/stories/documents/legal_acts/20210208_ZLPHM_English.pdf. [5]

Стоянов, Д. и В. Наков (2023), “Системата за психично здраве в България: социалистическо наследство и перспективи”, Консорциум Психиатрикум, том 4/2, стр. 115-124, <https://doi.org/10.17816/cp8631>. [21]

WHPCA (2020), *Глобален атлас на палиативните грижи*, [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3). [27]

4 Гъвкавост и устойчивост на системата на здравеопазването в България

В тази глава са разгледани основните характеристики на здравната система на България и политиките, подкрепящи нейната устойчивост и устойчивост. Първият раздел е посветен на финансирането на системата и финансовата устойчивост, като се очертават предизвикателствата и последните усилия за повишаване на устойчивостта. Във втория раздел се прави оценка на работната сила в здравеопазването, като се разглеждат недостигът и неравномерното разпределение и се очертават неотдавнашните реформи, насочени към подобряване на задържането. В третия раздел се разглеждат неотдавнашните разработки за борба със заразните болести, справяне с антимикробната резистентност и повишаване на готовността на системата за ефективно реагиране при кризи.

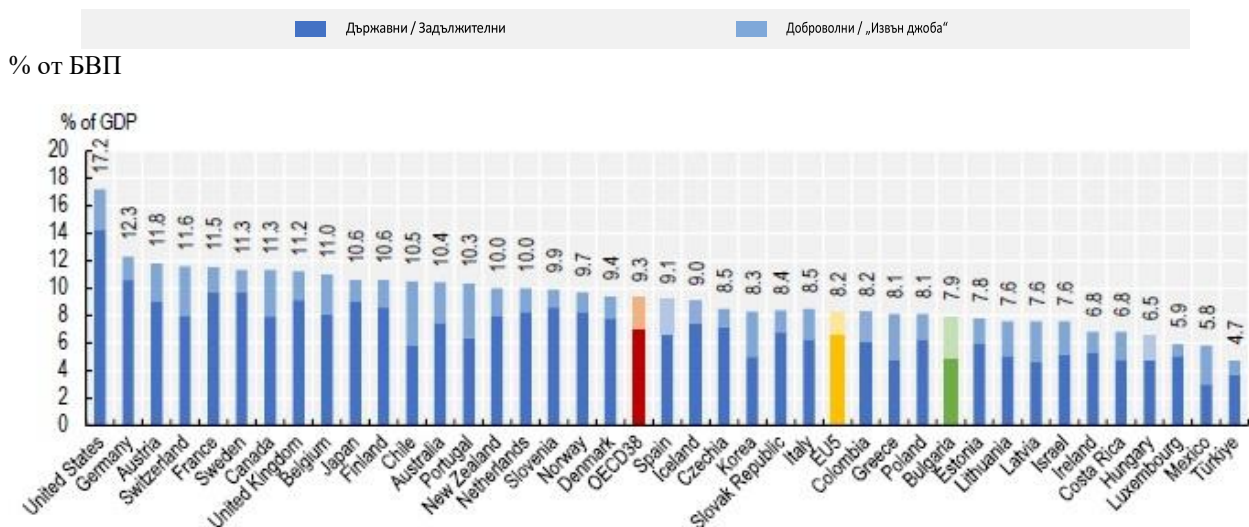
Финансиране и устойчивост на здравната система

Разходите за здравеопазване на глава от населението са по-ниски в сравнение с повечето държави от ОИСР, като значителна част от тях се поемат от джоба

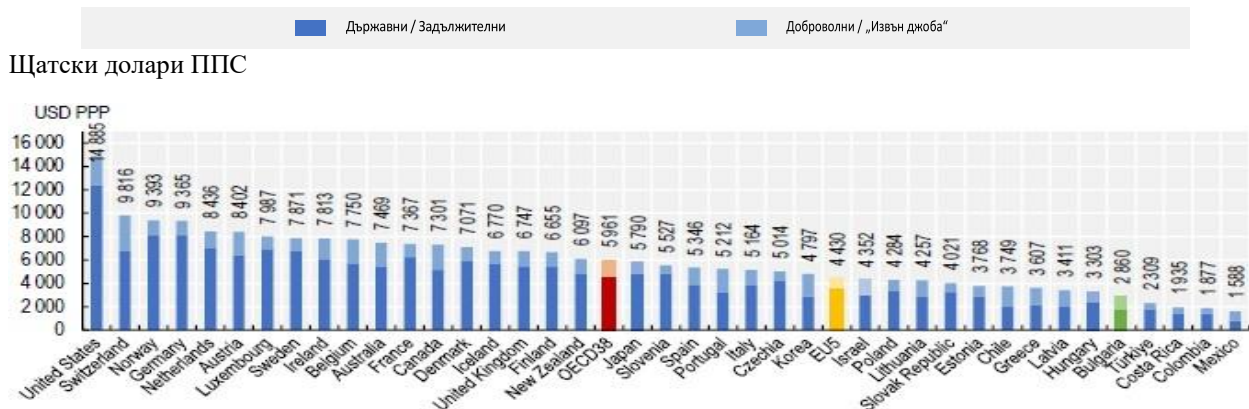
Разходите за здравеопазване в България нарастват слабо през последното десетилетие, като през 2023 г. са изразходвани 7,9 % от БВП за здравеопазване, което е под средната стойност за ОИСР (9,3 %), но е сходно със средната стойност за съседните държави от ЕС5 (8,2 %) (фигура 4.1). Що се отнася до разходите на глава от населението, през 2023 г. България е изразходвала 2 860 щатски долара по ППС, което е по-малко от повечето държави от ОИСР и наполовина от средното за ОИСР - 5 961 щатски долара (фигура 4.1).

Фигура 4.1. Разходите за здравеопазване в България са по-ниски от средните за ОИСР както като дял от БВП, така и на глава от населението

А. Разходи за здравеопазване като дял от БВП, 2023 г. или най-близката година



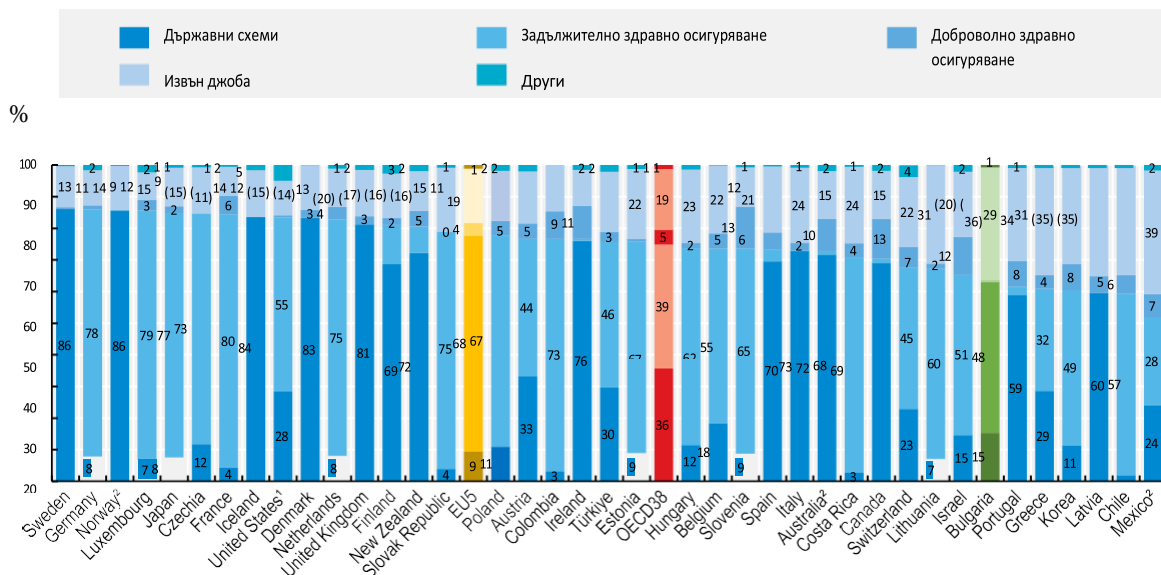
В. Разходи за здравеопазване на глава от населението, 2023 г. или най-близката година



Бележка: Данните се отнасят за 2024 г. Цифрите представляват общите стойности.
Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

През 2023 г. публичните източници ще покриват 63% от текущите разходи за здравеопазване, което е под средното ниво за ОИСР (75%) (фигура 4.2). Частните разходи за здравеопазване достигат 37% от разходите за здравеопазване, почти изключително под формата на разходи „извън джоба“ (36%). Макар и едно от най-високите равнища на разходите „извън джоба“ в сравнение с държавите от ОИСР (средно за ОИСР: 19 %), тази цифра намалява от почти половината от разходите за здравеопазване преди десетилетие. Разходите „извън джоба“ са резултат от споделянето на разходите за повечето задължителни услуги и директните плащания за услуги и лекарства. Лекарствените продукти представляват повече от две трети от всички разходи „извън джоба“ през 2023 г. (67,4 %), което има отрицателни последици за достъпа. Директните плащания се извършват за услуги и стоки, които не са включени в основния пакет на по цени, определени от отделните доставчици, за услуги и стоки, които са включени, но са извън стандартната публична пътека за пациенти, и за неосигурени лица.

Фигура 4.2. Публичните разходи в България са сравнително по-ниски от средните за ОИСР, като почти половината от общите разходи за здравеопазване се финансират от социалното здравно осигуряване



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. Категорията “Други” се отнася до финансирането от неправителствени организации, работодатели, схеми за нерезиденти и неизвестни схеми. 1. Всички разходи на частните здравноосигурителни дружества, отчетени в рамките на задължителното здравно осигуряване. 2. Последни налични данни от 2022 г.

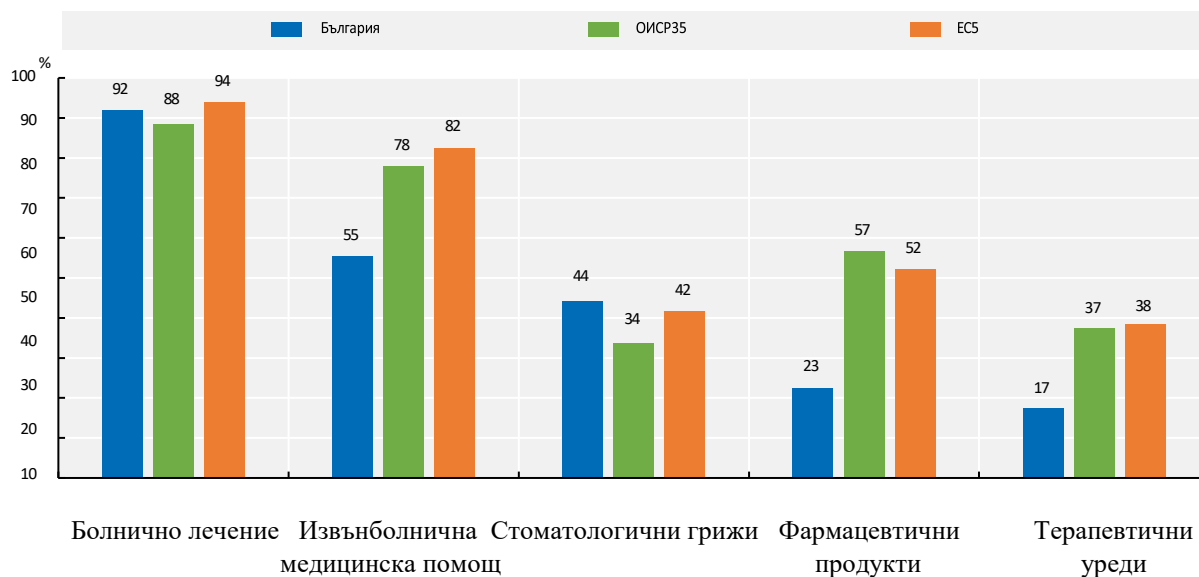
Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

През 2022 г. 12 % от държавните разходи в България са били предназначени за здравеопазване, което е под средната стойност за ОИСР от 16 % и малко под средната стойност за съседните държави от ЕС5 от 13 %. Тази цифра слабо се е увеличила през последните две десетилетия. Въпреки че това предполага, че може да има нужда от по-голямо приоритизиране на здравеопазването в публичния бюджет, малкият марж в сравнение с други държави и различните неефективности, разгледани в настоящия доклад, предполагат, че основният фокус трябва да бъде върху осигуряването на по-голяма стойност на публичните разходи, което да позволи разширяване на обхвата и намаляване на разходите „извън джоба“. Осигуряването на достатъчно фискално пространство е от решаващо значение за устойчива здравна система, особено в контекста на застаряващото население и нарастването на разпространението на незаразните болести.

Финансирането на болничната и извънболничната помощ е предимно публично, докато лекарствените продукти се заплащат предимно чрез частни източници на финансиране

Както беше обсъдено, публичното покриване на разходите за здравеопазване е ключова част от здравния пейзаж. Публичното финансиране варира в широки граници при различните здравни услуги. В България, докато болничната помощ се финансира почти изцяло от публични източници (92%), извънболничната медицинска помощ, лекарствените продукти и терапевтичните уреди изостават от средното за ОИСР през 2023 г. (фигура 4.3). Това важи особено за лекарствените продукти, където по-малко от една четвърт е публичното финансиране (23%), което е по-малко от половината от средното за ОИСР (57%). Въпреки това почти половината от стоматологичните грижи (44%) са финансирани публично, което е над средното за ОИСР ниво от 34%. Разходите „извън джоба“ съставляват 77% от разходите за лекарствени продукти, като в действителност разходите за лекарствени продукти съставляват по-голямата част от разходите „извън джоба“ в България (69%). Това има дълбоки последици за адекватния достъп до грижи, както и за ефективността. Въпреки че са предприети стъпки за разширяване на обхвата на основните лекарства, може да се направи повече за осигуряване на стойност, включително стимулиране на използването на генерични лекарства, когато това е възможно.

Фигура 4.3. Равнището на публично финансиране е високо за болничната и стоматологичната помощ, но по-ниско за извънболничната помощ, фармацевтичните продукти и терапевтичните уреди



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. Амбулаторните медицински услуги се отнасят главно до услугите, предоставяни от общопрактикуващи лекари и специалисти в амбулаторния сектор. Фармацевтичните продукти включват предписани и продавани без рецепта лекарства, както и медицински недълготрайни продукти. Терапевтичните уреди се отнасят до продукти за зрение, слухови апарати, инвалидни колички и други медицински изделия.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Частното здравно осигуряване има малка роля; ефективността и справедливостта следва да бъдат внимателно разгледани, ако ролята на частното здравно осигуряване продължи да се развива

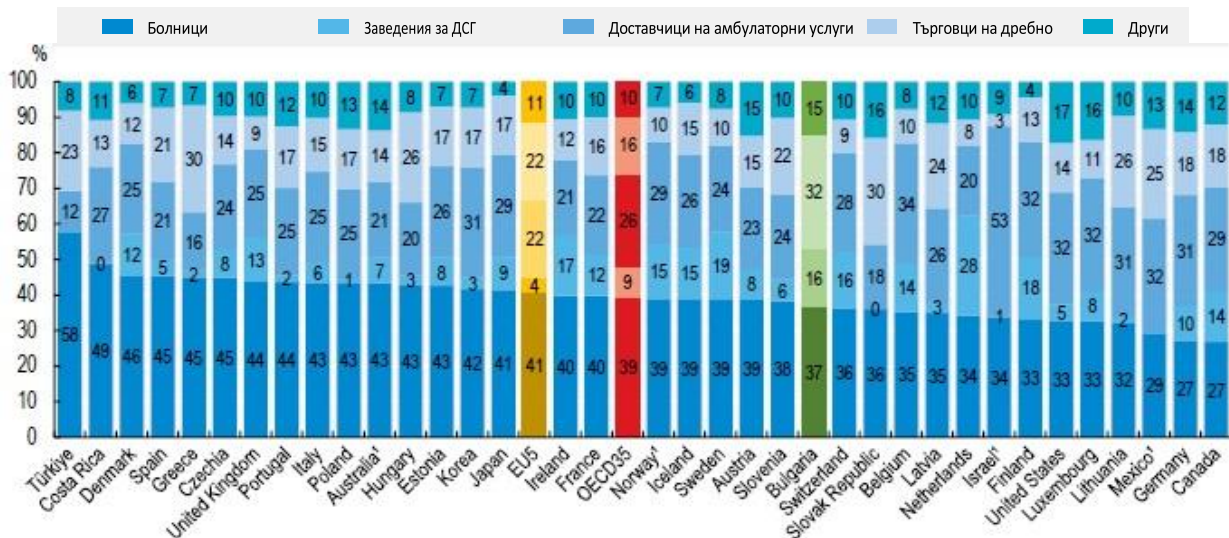
Регулирано от Закона за здравното осигуряване, частното здравно осигуряване е допълнително, като хората плащат премии за по-бърз достъп до здравни услуги и по-добро качество. Видът на услугите, цените и условията за застраховане се определят с предварителни споразумения между застрахователните дружества и доставчиците. През 2022 г. само 0,7% от общите разходи за здравеопазване се дължат на схемите за ПЧИ, за разлика от 4,9% в страните от ОИСР. Въпреки това пазарът на ЧЗО се разширява от 0,4% от общите разходи за здравеопазване през 2013 г. Министерството на здравеопазването се стреми да засили ролята на ЧЗО в България с цел намаляване на плащанията „извън джоба“. Пазарите на ЧЗО обаче могат да предизвикат и опасения за неравнопоставеност в достъпа до здравни услуги въз основа на осигурителния статус, поради което е от съществено

значение да се разработи регулаторна рамка за минимизиране на рисковете и максимизиране на ползите от ЧЗО.

Разходите на доставчиците на медицински стоки са относително високи, докато разходите на амбулаторните доставчици са значително по-ниски в сравнение с други страни от ОИСР

През 2023 г. болниците ще имат най-голям дял в разходите за здравеопазване - 37 %, което е сравнимо със средния дял за ОИСР от 39 % (фигура 4.4). От друга страна, на доставчиците на амбулаторни грижи се падат едва 16 % от разходите, което е по-малко, отколкото в която и да е държава от ОИСР, и под средните стойности за ОИСР и съседните държави от ЕС5 (съответно 26 % и 22 %). Все пак в контекста на доставчиците на услуги вторият по големина принос към разходите са търговците на дребно и други доставчици на медицински стоки, на които се пада една трета от общите разходи за здравеопазване, което е два пъти повече от средното за ОИСР. Структурата в бюджета на НЗОК за 2025 г. остава непроменена, като най-големият дял - 44% от общите разходи за услуги и стоки, е насочен към болничната помощ, следван от лекарствените продукти и медицинските изделия с 27% (Република България, 2025 г.[1]). Първичната извънболнична помощ и специализираната извънболнична помощ получават по малко над 7% от общия бюджет на НЗОК.

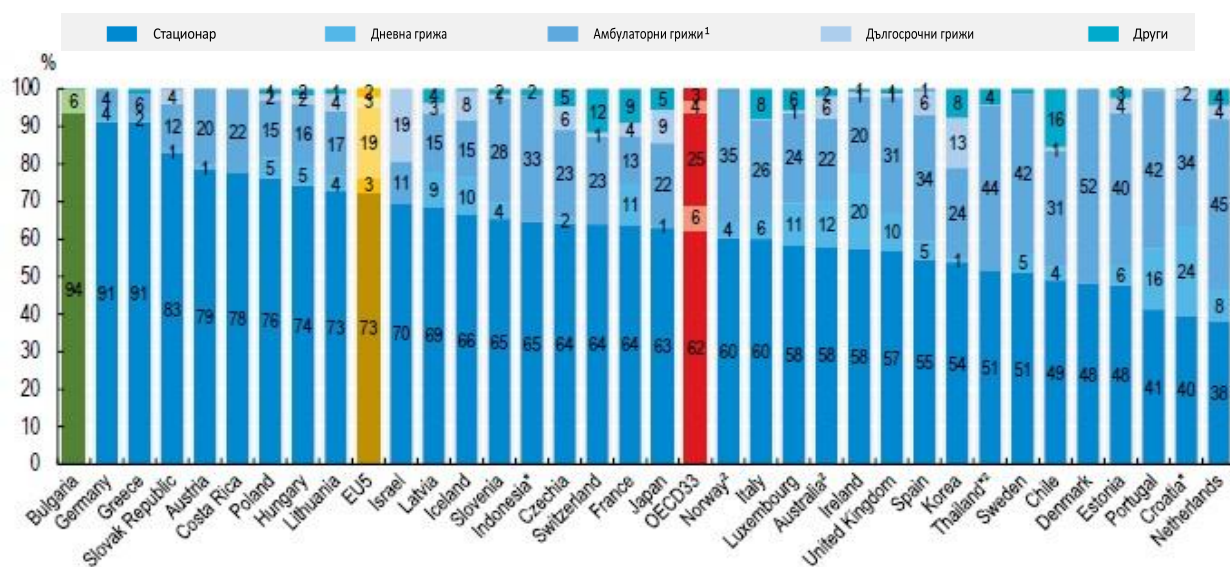
Фигура 4.4. Докато разходите за болници са сравними със страните от ОИСР, разходите за амбулаторни грижи са по-ниски



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. “Други” включва доставчиците на спомагателни услуги (напр. транспорт на пациенти и лаборатории); администрацията на здравната система, агенциите за обществено здраве и превенция; домакинствата в случаите, когато предоставят платени дългосрочни грижи (ДСГ); и нетипичните доставчици, при които здравеопазването е вторична икономическа дейност. 1. данни за 2022 г. Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Болниците в България разполагат с три основни източника на финансиране: 1) НЗОК (чрез 28-те РЗОК) въз основа на клинични пътеки, 2) Министерството на здравеопазването чрез различните си програми и за дейности извън обхвата на здравното осигуряване, и 3) доплащания, заплащани от пациентите, покриващи услуги, които не са включени в клиничните пътеки. Разходите за болнична помощ по здравни услуги са силно доминирани от болничната помощ, като през 2023 г. 94% от тях се падат на този вид услуги (фигура 4.5). Това е значимо, като се има предвид, че средно болниците в страните от ОИСР изразходват 62% за болнични услуги, като в съседните страни от ЕС5 тази цифра е около 73%. Останалата част се изразходва за дневни грижи, като почти не се изразходва за амбулаторни услуги, което е значително под средната стойност за ОИСР от 24 %. Това е резултат от клиничните пътеки, които изискват минимален престой в болница от два дни за възстановени процедури.

Фигура 4.5. Болничните услуги съставляват 94% от разходите, свързани с болниците в България, което е повече от всяка друга страна от ОИСР



Бележка: “Други” включва дейности по профилактика; лекарствени продукти, ако се отпускат на амбулаторни пациенти; и неизвестни услуги. 1. Включва спомагателни услуги.

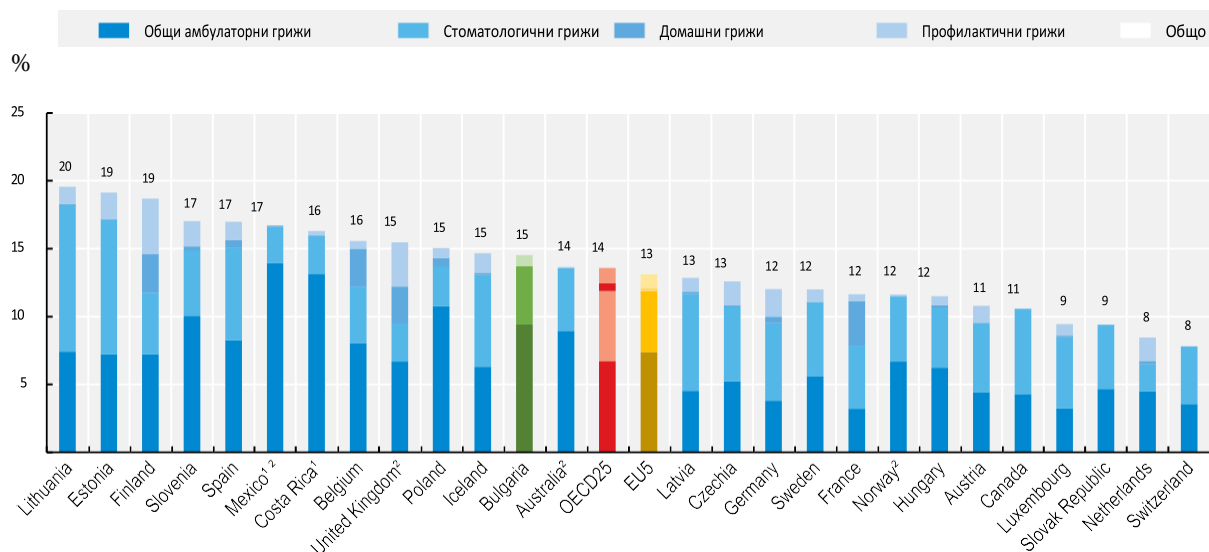
2. Данни за 2022 г.

Източник: Национална агенция за приходите, Национална агенция за приходите, Национална агенция за приходите, Национална агенция за приходите: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Оценката на разходите за първична медицинска помощ може да бъде получена от сбора на общите амбулаторни грижи, стоматологичните амбулаторни грижи, домашните грижи и профилактиката. В България през 2023 г. те възлизат на 15% от общите разходи за здравеопазване, което е малко по-високо от средните стойности за ОИСР и съседните

държави от ЕС5 (фигура 4.6). Въпреки това, по-голям дял от тях е резултат от общата извънболнична помощ (9% от разходите за здравеопазване) в случая на България, докато превантивните грижи представляват само 1% от разходите за здравеопазване, подобно на страните от ОИСР.

Фигура 4.6. Разходите за първични здравни услуги са сравними със средните за ОИСР



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. 1. Разходите за общи амбулаторни грижи могат да включват лекарствени продукти. 2. данни за 2022 г.

Източник: Национална агенция за приходите, Национална агенция за приходите, Национална агенция за приходите, Национална агенция за приходите; Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Амбулаторните лекари, включително общопрактикуващите лекари и зъболекарите, са до голяма степен самостоятелно заети. Общопрактикуващите лекари получават доходи от плащанията на НЗОК, базирани главно на капитация и такса за услуга (за услуги като профилактични прегледи и имунизации). Амбулаторните специалисти и зъболекарите получават възнаграждение за услуга. Общопрактикуващите лекари и специалистите печелят и от потребителски такси и директни плащания. Някои лекари, работещи по договор в държавни или частни центрове, получават заплати плюс бонуси, обвързани с обема на работата. Лекарите в болниците обикновено получават заплата и бонуси, обвързани с обема на работа. Другите здравни работници в публичната система също получават заплата. Много специалисти разпределят времето си между частната амбулаторна практика и държавните болнични заведения.

Бюджетирането се основава на исторически тенденции

България разчита на историческо бюджетиране, като базира прогнозите за годишните разходи на минал опит, области на политиката и бюджетни програми (стратегически документи и планове за действие). Напоследък обаче се предприемат действия за замяна на тази практика с цел привеждане на бюджетирането в съответствие с целите. НЗОК работи със самостоятелен бюджет въз основа на национален рамков договор, договорен с българските лекарски, стоматологични и фармацевтични съюзи, в които са определени обемите и цените. Бюджетът включва “буферно” перо, което може да се използва за непредвидени нужди, за да се гарантира финансовата жизнеспособност. В края на март 2025 г. парламентът одобри бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за 2025 г. заедно с бюджетите на държавното и социалното осигуряване. Бюджетът на НЗОК, определен на 4,7 млрд. евро, отразява 16% увеличение в сравнение с 2024 г., въпреки че структурата на разходите му остава до голяма степен непроменена. България ще трябва да продължи да променя практиките на бюджетиране в посока от историческите тенденции към подход, основан на цели, стойност и приоритети, ако иска да изгради по-ефективна и ориентирана към качеството здравна система. В този контекст НЗОК може да изиграе ключова роля, като се включи в стратегически покупки, за да насърчи например адекватната употреба на лекарства или да подкрепи преминаването от болнична към извънболнична помощ, когато това е целесъобразно.

По-доброто разпределение и използване на ресурсите ще повиши ефективността.

Един много бегъл начин да се илюстрира ефективността на здравната система по отношение на входящите разходи и резултатите е да се съпоставят текущите разходи за здравеопазване с процента на лечимата смъртност. По този показател, в сравнение с държавите, които отделят сходни средства за здравеопазване на глава от населението, България показва по-лоши резултати и по-високи нива на лечима смъртност (вж. глава 2). България трябва да се справи с прекомерната зависимост от скъпоструващите болнични грижи и да увеличи усилията си за пренасочване на услугите към извънболнична помощ и превантивни и първични грижи. Въпреки заявената цел за укрепване на извънболничната помощ обаче в България се наблюдава разширяване на болничната помощ, което отчасти се дължи на растежа на частния сектор: през 2022 г. България е на първо място по брой хоспитализации в ЕС - 339,9 на 1000 души население. Средната продължителност на болничния престой е сравнително кратка (4,9 дни през 2022 г.) (Европейска обсерватория за здравни системи и политики, 2024 г.[2]), което вероятно се дължи както на голямото разпространение на леглата за спешно лечение, така и на клиничните пътеки, предопределящи продължителността на престоя. Квотите за насочване също служат като възпиращ фактор за достъп до амбулаторни грижи (вж. глава 3). Недостигът на здравни специалисти, особено на общопрактикуващи лекари и медицински сестри, затруднява достъпа до услуги за първична медицинска помощ, което потенциално увеличава неефективното използване на болнични грижи. В допълнение към стратегиите, насочени към завършилите медицински специалности, следва да се предприемат мерки за повишаване на удовлетвореността от работата и задържането на съществуващите здравни специалисти, като се увеличат техните роли и отговорности в цялостната система на здравеопазване.

Във фармацевтичния сектор може да се постигне значително повишаване на ефективността

Макар и най-малкият в ЕС, пазарът се разраства, а фармацевтичната индустрия е един от най-бързо развиващите се сектори на българската икономика, което отчасти се дължи на икономическия растеж и високите цени и разходи за фармацевтични продукти. Разходите за фармацевтични продукти се увеличават в абсолютна стойност и на глава от населението. Референтните цени са изведени от най-ниските цени на производителите, регистрирани в 10 държави (Белгия, Франция, Гърция, Италия, Латвия, Литва, Румъния, Словашката република, Словения и Испания). Осигурените лица заплащат от джоба си разликата между нивата на реимбурсация на НЗОК и референтната цена (на дребно). През 2022 г. разходите за фармацевтични продукти представляват 33% от общите разходи за здравеопазване, което е два пъти повече от средното за ОИСР. Амбулаторните лекарства представляват повече от две трети от всички оперативни разходи. За да се повиши ефективността и прозрачността на процеса на реимбурсиране на разходите в България, през 2015 г. беше въведена оценка на здравните технологии (ОЗТ) като задължителна процедура за включване на лекарствата в пакета от обезщетения. Първоначално Националният център по обществено здраве и анализи извършваше дейности по оценка на здравните технологии на лекарствените продукти. От 2019 г. тази дейност се извършва от Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти, който е регулаторният орган за ценообразуване на лекарствените продукти. Въпреки приемането на широк набор от мерки от 2015 г. насам обаче, ОЗТ не успя да контролира разходите за лекарства или да повиши ефективността и ефикасността на лекарствената терапия. България е в процес на разработване на Национална програма за действие срещу антимикробната резистентност за периода 2025-2028 г., която предстои да бъде обсъдена и приета от Министерския съвет. Освен това проектът на програмата е актуализиран в съответствие с препоръките на Генерална дирекция “Здравеопазване и безопасност на храните” (DG SANTE). Генеричното заместване не е въведено, като в рецептурните бланки има възможност лекуващият лекар да посочи дали лечението може да бъде осигурено чрез генеричен аналог. Въпреки това много българи избират маркови продукти, което допринася за наблюдаваните разходи на пациентите. Като се има предвид това, както и фактът, че не съществува задължително предписване на МНПН или предписване на най-евтините лекарства, съществуват значителни възможности за подобряване на ефективността на фармацевтичните разходи като цяло, а впоследствие и на финансовата защита в България. С неотдавнашното приемане на НЗИС в цялата система България се стреми да следи отблизо и да се справи с редица случаи на разхищение на средства в системата на здравеопазването. Например, от юни 2025 г. НЗИС ще извършва контрол в реално време за предписаните и отпуснатите лекарства, които се реимбурсират от НЗОК. Новите правила ще дадат възможност на НЗОК да извършва превантивен контрол преди заплащане, за да се повиши ефективността на разходването на публичните ресурси.

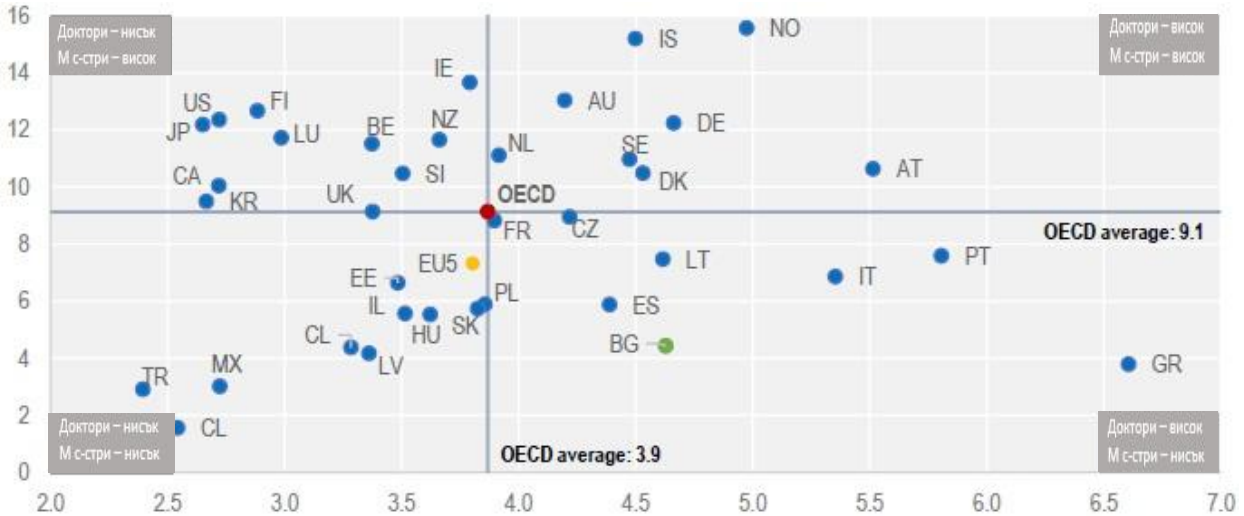
Работна сила в здравеопазването

Макар че общият брой на лекарите е висок, необходими са по-активни усилия по отношение на ролята, заплащането и условията на труд на медицинските сестри, за да се увеличи набирането и задържането им на работа. В България през 2023 г. има 4,6 лекари на 1 000 души население, което е над средните стойности за ОИСР и съседните държави от ЕС5 (съответно 3,9 и 3,8) (фигура 4.7), като нивата са се повишили от 1990 г. насам. Броят на завършилите медицина също се е увеличил значително. През 2023 г. в България има 31 дипломирани лекари на 100 000 души население, което е три пъти повече от 10 дипломирани лекари на 100 000 души население през 2013 г. (фигура 4.8). От друга страна, това увеличение е по-скоро по-бавно в повечето страни от ОИСР, като средното за ОИСР се е увеличило от 11 на 14 дипломирани лекари, а средното за съседните страни от ЕС5 - от 13 на 16 дипломирани лекари.

С 4,4 медицински сестри на 1 000 души население България е сред страните с най-ниска гъстота на медицинските сестри в сравнение със страните от ОИСР (средно за ОИСР: 9,1 %) и макар че тази цифра е по-висока от наблюдаваните две десетилетия по-рано 3,6 на 1 000 души население, напредъкът е бавен и подчертава необходимостта от нови подходи, за да се достигне средната стойност за ОИСР (фигура 4.7). През 2019 г., след протести за по-добро заплащане и подобряване на условията на труд, на национално равнище бяха договорени повишени минимални стартови заплати за медицинските сестри, работещи в държавните болници. Въпреки това недоволството от заплатите и условията на труд все още затруднява привличането и задържането на медицинските сестри. Емиграцията, застаряването на населението и неравномерното регионално разпределение са ключови предизвикателства за цялата българска здравна работна сила, особено в областта на първичната медицинска помощ.

Фигура 4.7. Броят на практикуващите лекари надхвърля средния за ОИСР; броят на медицинските сестри обаче е по-нисък от този в повечето страни от ОИСР

Практикуващи медицински сестри на 1 000 души население

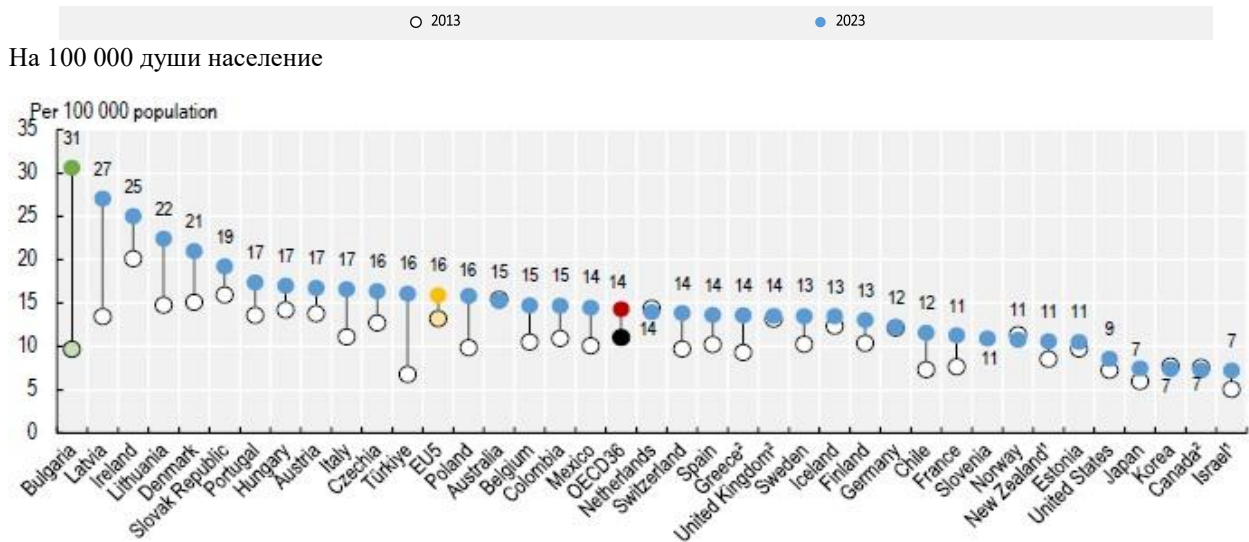


Практикуващи лекари на 1 000 души население

Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. или за най-близката година. Средната стойност за ОИСР не е претеглена.

Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Фигура 4.8. Броят на завършилите медицина се е увеличил значително между 2013 г. и 2023 г., като е станал по-висок от всяка друга държава от ОИСР

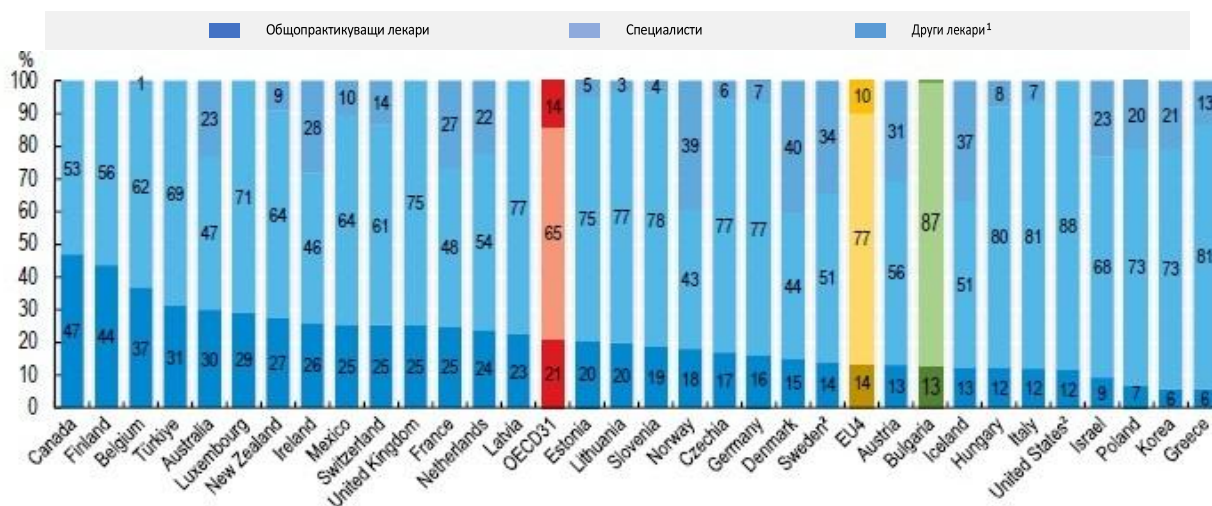


Бележка: В някои страни (например България, Румъния, Латвия, Ирландия, Словашката република, Унгария и Чехия) голям брой от завършилите медицина са чуждестранни студенти. 1. Данните не включват чуждестранните студенти, което води до занижена оценка. 2. Последните данни са от 2022 г. Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Въпреки относително високата гъстота на лекарите, някои специалности все още изпитват недостиг

В България през 2023 г. 13% от лекарите ще бъдат общопрактикуващи, в сравнение със средните 21% в ОИСР, макар и да са сходни със средните стойности за съседния ЕС4 (14%) (фигура 4.9). Освен това, сериозният недостиг на здравни специалисти, специализирани в онкологията и палиативните грижи – както лекари, така и медицински сестри – нарушава достъпа до онкологични грижи (ОИСР, 2023 г.[3]). Наличието на онколози (1,95 на 100 000 жители през 2016 г. според последните налични данни) е сред най-ниските в ЕС. Според регистъра на Българския лекарски съюз през 2023 г. на 100 000 души население се падат около 3,3 лекари онколози (ОИСР/Европейска комисия, 2025 г.[4]). Недостигът на специалисти засяга цялата верига на лечение на онкологични заболявания (включително патолози, анестезиолози, рехабилитатори и специалисти по образна диагностика, както и палиативни грижи). Палиативните грижи не съществуват като отделна специалност за здравните специалисти, включително лекари и медицински сестри (вж. раздела за палиативните грижи).

Фигура 4.9. Малко над един от десет лекари са общопрактикуващи лекари в България, което е по-малко от повечето страни от ОИСР



Бележка: Данните се отнасят за 2023 г. или за най-близката година. ЕС4 се отнася за Чехия, Унгария, Полша и Словения. 1. Включва лекари без специалност, работещи в болници, и наскоро завършили медицина, които не са започнали обучение за придобиване на специалност. 2. Последните данни са от 2022 г. Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Финансовите стимули и възможностите за обучение имат за цел да увеличат по-балансираното разпределение на лекарите и медицинските сестри

Неравномерното разпределение на лекарите по медицински специалности и ниското ниво на завършилите медицински сестри поставят под въпрос достъпа до първична медицинска помощ. България среща трудности и при набирането на висшисти, които да заменят застаряващата работна сила в селските райони. За да се справи с това, работните и финансовите условия за гореспоменатите медицински специалности, финансирани от държавата, бяха коригирани, за да се осигури по-голяма гъвкавост при избора на работа. Въпреки че целта е да се привлекат и задържат млади лекари в определени специалности, това може да има последици за регионалната достъпност.

През 2023 г. броят на завършилите медицински сестри в България е 7,6 на 100 000 души население, докато средният брой за ОИСР е 45,7 на 100 000 души. Освен малкия брой студенти, приемани в университетите, лошите условия на труд и ниските заплати правят професията на медицинската сестра непривлекателна. В отговор на това през 2019 г. бяха увеличени минималните стартови заплати на медицинските сестри в държавните болници. Освен това през 2021 г. бяха въведени независими практики на лекарски асистенти, медицински сестри, акушерки или рехабилитатори (с необходимия опит), които могат да предоставят (индивидуално или групово) подобрени сестрински услуги, услуги по промоция на здравето и превенция на заболяванията, включително в домовете на пациентите. Целта на тази промяна е да се увеличи достъпът до първична медицинска помощ и да се направят тези професии по-привлекателни. България също така разработи Стратегия за увеличаване на броя на квалифицираните медицински сестри и акушерки с поне 30% до 2030 г. Така например броят на местата за студенти по специалността “медицинска сестра” е увеличен за учебната 2024/25 г. Бяха предприети стъпки за определяне на специалността “медицинска сестра” като защитена специалност, като по този начин студентите се освобождават от такси за обучение. България въведе проекта “Насърчаване на специализацията по специалности и в области с недостиг на специалисти”, който е разработен и се изпълнява от Министерството на здравеопазването в рамките на Програмата за развитие на човешките ресурси 2021-2027 г. Целта е да се постигне по-балансирано разпределение на медицинските специалисти на територията на България чрез предоставяне на финансови стимули на i) специализанти, с установен недостиг на специалисти на територията на страната и ii) специализанти, с най-ниска осигуреност със съответните специалисти. Такива специалисти са инфекционистите, педиатрите, анестезиолозите и лекарите от спешните отделения. Проектът също така насърчава обучението за следдипломна специализация в системата на здравеопазването от медицински сестри и акушерки.

На финансираните от държавата стажанти по специалността “Обща медицина” се осигурява месечно възнаграждение от бюджета на Министерството на здравеопазването в размер на 2,5 минимални работни заплати за страната за целия период на обучението им. Министерството на здравеопазването на България съобщава, че броят на специализантите по обща медицина се е увеличил от 308 през 2022 г. на 571 през 2024 г.

НЗИС подпомага здравните специалисти да управляват някои задачи по цифров път, като по-нататъшните подобрения в НЗИС могат да увеличат и достъпа до грижи чрез телеконсултации

Националната здравноинформационна система е изградена като единна система, която служи като гръбнак за интегриране на всички софтуерни приложения, свързани със здравеопазването (вж. глава 2). Чрез функции като електронни рецепти, електронни направления, електронни здравни досиета НЗИС дава възможност за по-ефективно предоставяне на услуги. Националната здравна стратегия до 2030 г., подкрепена от инвестиция 5 по НПВУ, предвижда изграждането на Национална цифрова платформа за медицинска диагностика. Тази платформа има за цел да обхване цифровата образна диагностика във всички медицински специалности, да създаде база данни с цифрови изображения и да позволи вторична обработка с помощта на машинно обучение и невронни мрежи. Тя ще бъде интегрирана с НЗИС и електронното досие на пациента, като целта е да се подобри диагностиката и последващите действия. В момента Министерството на здравеопазването е подписало договор с изпълнител за внедряване на цифровата платформа в определени специалности като рентгенология, кожни болести, детски болести в 20 болници. Тази стратегия се разглежда и като начин за задържане на специалистите в болниците. Макар че тези цифрови решения предлагат възможности за подобряване на предоставянето на услуги, понастоящем НЗИС се използва главно за счетоводно отчитане, наблюдение на потоците от пациенти, лекарства и медицински изделия и информиране на пациентите, а не за увеличаване на достъпа до грижи чрез телеконсултации.

През октомври 2024 г. България внесе изменение в Закона за лечебните заведения, с което официално признава телемедицината. С това изменение се регламентира телемедицината, като се дава възможност за извършване на диагностични и други медицински дейности от разстояние с помощта на здравноинформационни технологии. Тази регулация има за цел да разшири достъпа до здравни услуги, особено в отдалечените райони, изпитващи недостиг на здравни работници. Макар че беше извършено пилотно прилагане в малък град с 15 000 жители, услугите за телеконсултации все още предстои да бъдат разширени на национално равнище. България следва да превърне законодателните действия в осезаеми подобрения, като модернизира НЗИС чрез разработване на системи за телеконсултации и въвеждане на стимули за насърчаване на дистанционните консултации. България може да извлече полза от включването на здравните специалисти и пациентите в разработването и плановете за прилагане на телеконсултациите, за да се повиши значимостта, приемливостта и възприемането на предложените подходи.

Превенция и готовност

Управлението на заразните болести като хепатит С и туберкулоза допълнително отразява способността на системата да реагира на дългосрочни здравни предизвикателства чрез устойчиви инвестиции в наблюдение, програми за лечение и капацитет в областта на общественото здраве. По-специално програмите за ваксинация дават представа за това доколко ефективно системите разполагат с ресурси, за да предоставят основни превантивни

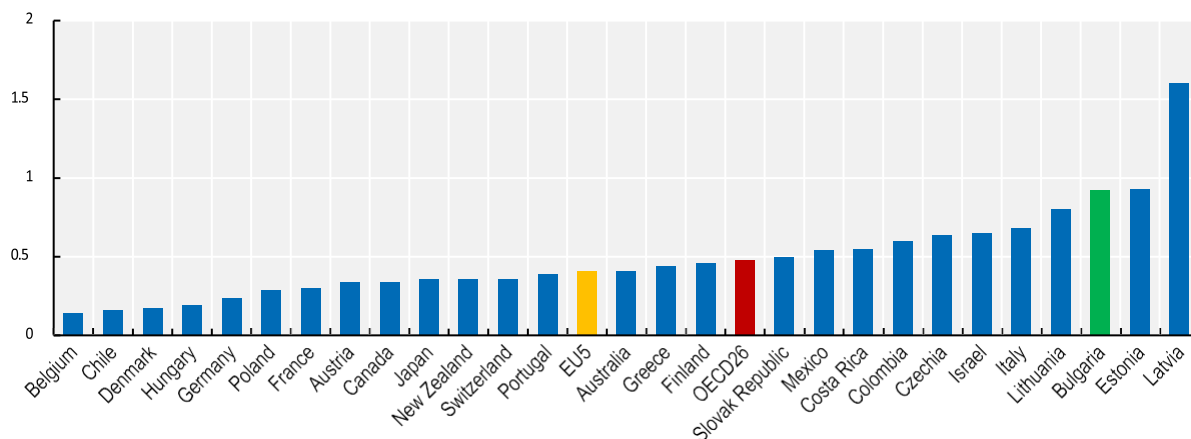
услуги в голям мащаб, включително по време на криза. Тези области заедно дават представа за това доколко системата е в състояние да поддържа ефективността си в условията на хроничен и остър натиск.

Хепатит С е сериозен проблем, България трябва да увеличи усилията си за наблюдение, превенция и контрол на разпространението на болестта

През 2022 г. в България е регистрирано едно от най-високите нива на разпространение на хепатит С в ОИСР - 0,9 %, което е почти два пъти повече от средното за ОИСР (0,5 %) и над средното за ЕС5 (0,4 %) (фигура 4.10). Доминиращият генотип (G) на HCV в България е G1b, открит при 59% от заразените (Флисиак и др. 2022 г.[5]). Основните рискови групи са хората, които си инжектират наркотици, с 67,8% разпространение на антитела срещу HCV сред хората, които си инжектират наркотици (Хажаризарех и др., 2023 г.[6]). Директно действащите антивирусни лечения се реимбурсират от 2016 г., а лечението на здравноосигурените пациенти е улеснено през 2017 г. (Флисиак и др., 2022 г.[5]). Очаква се националната програма за скрининг да бъде насочена към хората на възраст от 40 до 65 години (Флисиак и др., 2022 г.[5]). Скринингът ще се провежда и в рискови групи като затворници, мъже, които правят секс с мъже, сексуални работници, етнически малцинства и мигранти.

Фигура 4.10. Разпространението на хепатит С в България е по-високо от средните стойности за ОИСР и ЕС5

Разпространение в %



Бележка: Данните се отнасят за 2022 г.

Източник: СЗО (2022 г.), <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hepatitis---prevalence-of-chronic-hepatitis-among-the-general-population>.

През 2021 г. е приета и се изпълнява Национална програма за превенция и контрол на вирусните хепатити в Република България 2021-2025 г. Програмата се изпълнява с частично финансиране (лечението на вирусните хепатити не е част от националната програма, но се покрива от НЗОК). Наблюдението на вирусните хепатити в страната се провежда като част от надзора на инфекциозните болести, като за 2024 г. се отчита увеличение на броя на

регистрираните случаи на хепатит В и С, поради подобрената регистрация. Епидемиологичните данни за разпространението на хроничния хепатит С са оскъдни и повечето проучвания се основават на едноцентрови проучвания, което подчертава липсата на информация на национално ниво и подкопава потенциала за ефективни превантивни политики за справяне с проблема (Пенчев и др. 2024 г.[7]; Сперле и др., 2020 г.[8]). Постигането на целите на СЗО за елиминиране до 2030 г. не се счита за реалистично от експертите при настоящите диагностични и терапевтични показатели, както и при липсата на подходящи мерки за намаляване на вредите за предотвратяване на нови инфекции и разпространението на инфекциите сред високорисковите групи от населението. България трябва да увеличи усилията си за разработване на системи за наблюдение, които да следят разпространението на хепатита, и да разработи политики, насочени към здравните нужди на тези групи от населението.

Заболеваемостта от туберкулоза в България е намаляла наполовина през последното десетилетие, въпреки че са необходими допълнителни усилия за справяне с мултирезистентните щамове

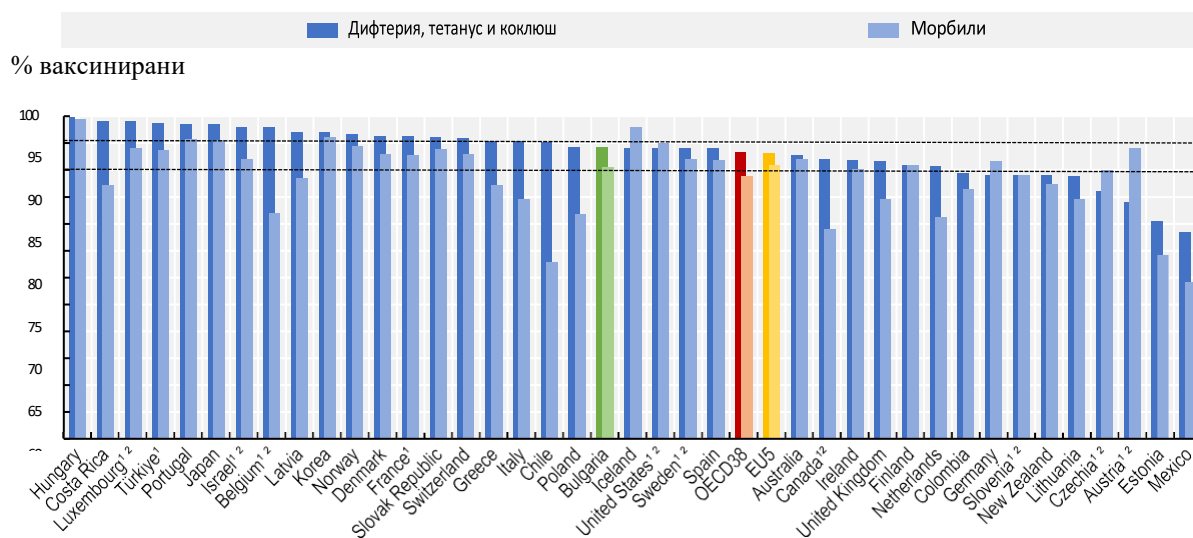
Заболеваемостта от туберкулоза, оценена чрез броя на новите и рецидивиралите случаи на туберкулоза, възникнали през дадена година, намалява от 23,8 на 100 000 души население през 2013 г. до 13,5 случая през 2023 г. (Национален статистически институт, 2024 г.[9]). Програмата за контрол на туберкулозата се характеризира с участието на неправителствени организации, като включва редица дейности като локализиране на високорискови групи, повишаване на информираността и подкрепа за пациентите, които са на лечение (Доан и др., 2019 г.[10]). Програмата “Отворени врати” стартира редовни кампании в общността на национално равнище за повишаване на осведомеността относно симптомите и предлага безплатни услуги за диагностика и лечение на туберкулоза. През декември 2025 г. Националният офис на СЗО в България в партньорство с Министерството на здравеопазването, Националния център по заразни и паразитни болести, седем РЗИ и Българския червен кръст (БЧК) стартира програма за скрининг на туберкулоза, за да се изследват бежанците, пристигащи от високорискови райони. В седемте участващи региона бяха идентифицирани 89 съмнителни случая на туберкулоза, което доведе до пълна диагностика и медицински грижи в съответствие с националните протоколи (Новини на СЗО, 2025 г.[11]).

В съответствие с Целите за устойчиво развитие на СЗО и целите на Стратегията за премахване на туберкулозата България се стреми да постигне елиминиране на туберкулозата до 2050 г., като междинните цели са намаляване на заболеваемостта и смъртността от туберкулоза с 40% през 2025 г. и съответно с 90 и 95% през 2035 г. Потвърдени от Националната референтна лаборатория по туберкулоза към Националния център по заразни и паразитни болести през 2023 г. са 11 случая на мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB) в сравнение с 27 случая през 2013 г. За да премахне туберкулозата, България трябва да продължи усилията си за превенция, диагностика и лечение на туберкулозата с целенасочена интервенция върху мултирезистентните форми на туберкулоза и сред уязвимите групи.

Стимулирането на ваксинациите в детска възраст и повишаването на здравната грамотност на населението могат да подпомогнат постигането на целите на СЗО

През 2023 г. равнището на ваксинация срещу морбили в България ще бъде 91 %, което е малко по-ниско от средните стойности за ОИСР и съседните държави от ЕС5 (93 %) и не е достатъчно за постигане на целта от 95 %, определена от СЗО (фигура 4.11). Процентът на ваксинация срещу дифтерия, тетанус и коклюш (ДТК) достига малко по-високи стойности - 94 %, като надхвърля целта на СЗО от 90 %. Различни информационни кампании през 2024 г. са довели до подобряване на обхвата на ваксинация за морбили и ДТК. Според националната статистика през 2024 г. процентът на ваксинация за морбили също достига 94 %. Насърчаването на здравната грамотност на населението, като същевременно се повишава осведомеността и наличието на здравни специалисти и здравни медиатори, ще бъде от съществено значение за по-нататъшното повишаване на нивата на ваксинация. Също така, Министерството на здравеопазването, съвместно с Българската педиатрична асоциация, е изготвило препоръки за имунизация на деца с хронични заболявания, одобрени от министъра на здравеопазването през 2024 г.

Фигура 4.11. Процентът на ваксинация срещу морбили и ДТК е по-висок от средния за ОИСР, въпреки че обхватът на ваксинация срещу морбили не отговаря на целта на СЗО

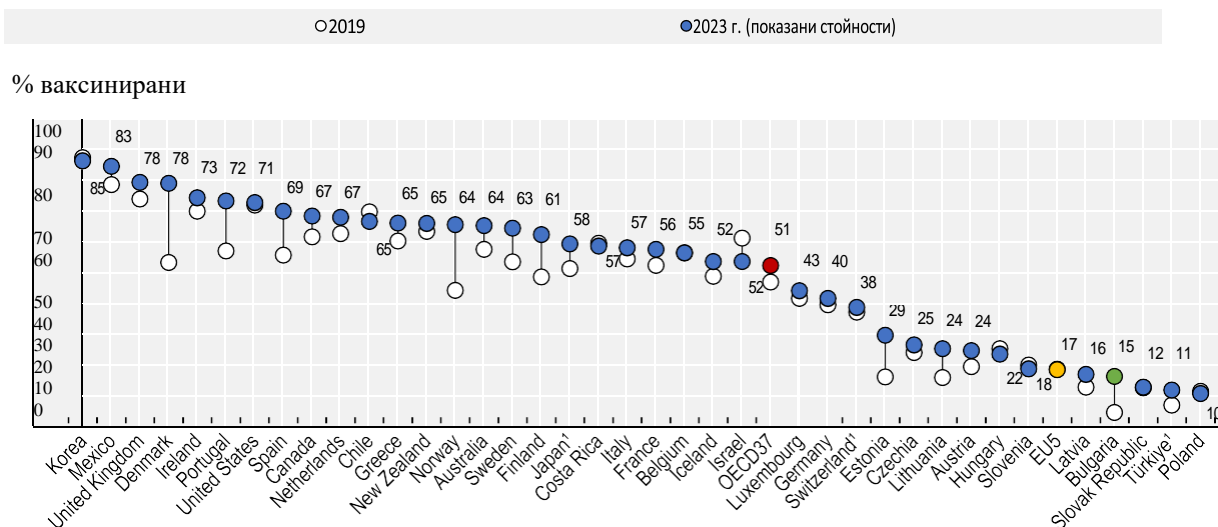


Бележка: Данните се отнасят за 2024 г. 1. Последните данни са от 2023 г. 2. Данните се отнасят до приблизителни оценки. Линиите показват минималните цели на СЗО от 95 % за морбили и 90 % за ДТК. Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Тенденцията за увеличаване на ваксинациите при възрастните е обещаваща, но осигуряването на достъп до ваксини е от ключово значение за по-нататъшното подобрене

Процентът на ваксинация срещу грип се е увеличил от 3,5 % през 2019 г. на 15 % през 2023 г., въпреки че остава доста под средния процент за ОИСР от 51 % и малко под средния процент за съседните държави от ЕС5 от 17 % (фигура 4.12). Общата положителна тенденция е в съответствие с увеличението в цяла Европа и е следствие от въвеждането на Националната програма за подобряване на ваксинопрофилактиката на сезонния грип 2019-2022 г., която осигури безплатни ваксини за целевото население, въпреки че не успя да постигне целите си за обхват. В началото на 2023 г. беше одобрена нова Национална програма за ваксинация срещу сезонен грип и пневмококови инфекции при лица над 65-годишна възраст (2023-2026 г.), която да разшири тази програма. Нейните цели за ваксинационно покритие на по-възрастното население на България включват постигане на 35% ваксинация срещу грип за хората на възраст 65 и повече години и 15% ваксинация срещу пневмококови инфекции до 2026 г. Според националната статистика имунизационното покритие (грип и пневмококови инфекции) сред целевото население (хора на възраст 65 и повече години) показва увеличение от 7,8 % през 2019 г. до 21,2 % през 2024 г. Отчита се, че ниските стойности през 2023 г. се дължат на ниското ниво на целите за ваксинация, заложили в програмата. Доставка на ваксини по програмата се извършва по споразумение между производителя и НЗОК и е в съответствие с процентите, определени в програмата. Ваксините се доставят на общопрактикуващите лекари и не се закупуват от аптечната мрежа.

Фигура 4.12. Ваксинационното покритие за грип сред населението на възраст 65 и повече години се увеличава, но остава под средните стойности за ОИСР и ЕС5



Бележка: Данните за Белгия не включват хората в старчески домове. Данните на Исландия обхващат хората на възраст над 60 години, а данните на Словашката република - хората на възраст над 59 години. 1. Последните данни са от 2022 г.

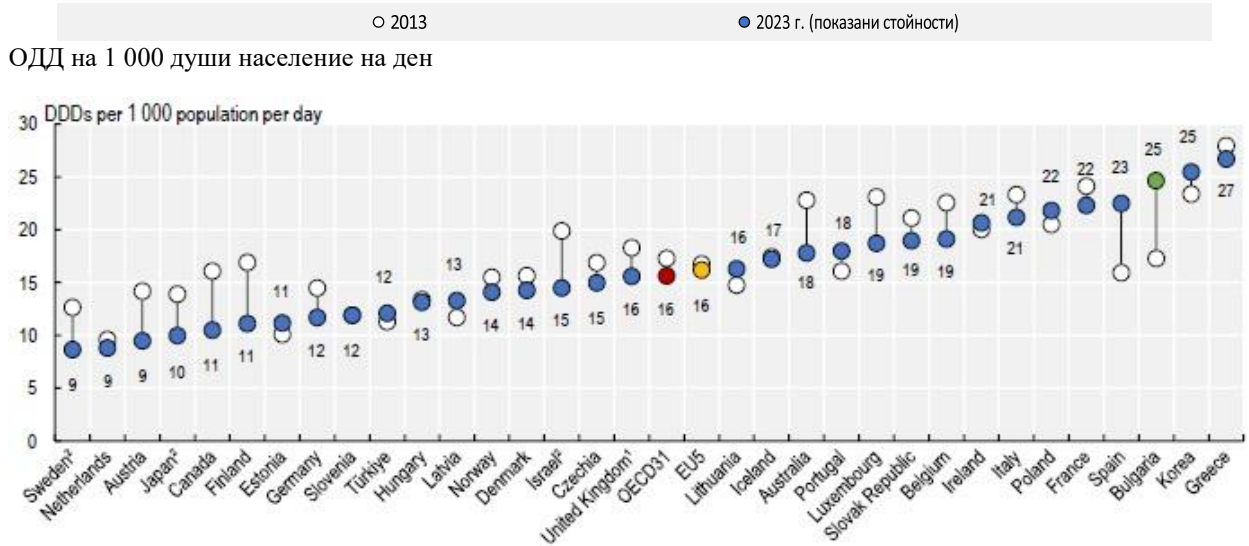
Източник: Здравна статистика на ОИСР 2025 г.

Големият брой предписани антибиотици поражда опасения за антимикробна резистентност

Потреблението на антибиотици в България е сред най-високите в ЕС. Антимикробната резистентност (АМР) е сериозен проблем за общественото здраве в ЕС, като според оценките около 35 000 смъртни случая в ЕС/ЕИП се дължат на инфекции, резистентни към антибиотици, а свързаните със здравеопазването разходи възлизат на около 1,1 млрд. евро годишно (ОИСП/ ECDC, 2019 г.). Тъй като прекомерното предписване на антибиотици и прекомерната им употреба при хората допринасят значително за развитието на резистентни към антибиотици бактерии, данните за потреблението на антибиотици са полезен инструмент за оценка на риска от АМР и ефикасността на програмите, които насърчават подходящата им употреба.

През 2023 г. потреблението на антибиотици в общността в България ще бъде 25,0 дефинирани дневни дози на 1000 души население на ден, което е повече от всяка друга страна от ОИСП и над средната стойност за ОИСП от 16 дефинирани дневни дози (фигура 4.13). Освен това малко над 60% от консумираните в България антибиотици са включени в списъка за наблюдение на СЗО - антибиотици, които трябва да се използват само за определен, ограничен брой показания. България е в процес на разработване на Национална програма за действие срещу антимикробната резистентност за периода 2025-2028 г. Предстои тя да бъде обсъдена и приета от Министерския съвет. Също така проектът на програмата е актуализиран в съответствие с препоръките на Генерална дирекция “Здравеопазване и безопасност на храните” (DG SANTE). За да отговори на тези предизвикателства, България е в процес на разработване на Национална програма за действие срещу антимикробната резистентност за периода 2025-2028 г. Предстои тя да бъде обсъдена и приета от Министерския съвет. Проектът на програмата е актуализиран в съответствие с препоръките на Генерална дирекция “Здравеопазване и безопасност на храните” (DG SANTE). Някои от целите на програмата включват повишаване на обществената осведоменост относно антимикробната резистентност и употребата на антибиотици, намаляване на честотата и свързаните с нея разходи за многорезистентни инфекции и намаляване на употребата на цефалоспоринови от трето поколение в болничната и извънболничната помощ. Освен това в него са очертани цели в областта на ветеринарното здраве, включително подобряване на лабораторния капацитет, насърчаване на използването на алтернативи на антибиотиците и въвеждане на мерки за биосигурност. Тези цели са съобразени с последната препоръка на Съвета за засилване на действията на ЕС за борба с антимикробната резистентност в рамките на подхода “Едно здраве” (2023/С 220/01), както и с постигането на целите за 2030 г. по отношение на антимикробната резистентност и употребата на антимикробни средства в хуманната медицина. НЗИС има за цел да следи предписването на антибиотици чрез функцията за електронна рецепта.

Фигура 4.13. Обемът на предписаните антибиотици се е увеличил през последното десетилетие и е по-висок от този в повечето страни от ОИСР



Бележка: 1. последни данни от 2019 г. 2. Последни данни от 2021 г. * Страна на присъединяване/партньор. Данните се отнасят само за антибиотици, предписани в обществена среда.

Източник: Европейски център за профилактика и контрол на заболяванията (ECDC) 2025 г. (за страните от ЕС); ECDC 2021 г. (за Обединеното кралство); Здравни статистики на ОИСР за 2025 г.

Кризата с COVID-19 открити важни недостатъци в готовността и реакцията на България при епидемии и други извънредни ситуации в здравеопазването

В отговор на пандемията COVID-19 българското правителство предприе редица мерки в съответствие с препоръките на СЗО и Международните здравни правила. Въпреки тези мерки пандемията подчерта и изостри съществуващите предизвикателства в българската здравна система. България е с най-високите нива на свръхсмъртност (+17,2%) в относително изражение (% разлика от очакваните смъртни случаи) и най-високите стандартизирани по възраст нива на свръхсмъртност (24,7 смъртни случая на 10 000 души население) в страните от ЕС за периода 2020-2023 г. (ECDC, 2023 г.[12]; Рангачев, Маринов и Младенов, 2022 г.[13]). Съществуват значителни различия във въздействието на пандемията на регионално ниво, като в периферните райони се наблюдава по-висока свръхсмъртност. Високата степен на разпространение на тежестта на ССЗ в някои региони беше силно свързана с големия брой случаи на наднормена смъртност (Рангачев, Маринов и Младенов, 2022 г.[13]). Недостигът на здравни работници, неравномерното им разпределение и регионалните различия в здравната инфраструктура също допринасят за регионалните неравенства (Рангачев, Маринов и Младенов, 2022 г.[14]). Най-тежко засегнатите региони по време на пандемията COVID-19 бяха тези с по-малко легла в отделенията за интензивно лечение и по-малко здравни работници. Освен това разпространението на ваксинацията е било едно от най-ниските - до края на 2023 г. са били

ваксинирани 30,1 % от населението, което е значително по-ниско от средното за ЕС ниво от 73 % (ECDC, 2023 г.[12]). Реакцията на България на кризата COVID-19 не беше оптимална, което подчертава необходимостта от засилване на капацитета на страната за подготовка и реакция на бъдещи сътресения в здравеопазването. Това предполага актуализиране на плановете за готовност, по-ефективна комуникация и по-добра координация на национално и поднационално равнище.

Пандемията подейства и като катализатор на някои промени в системата на здравеопазването. Въвеждането на Националната здравна информационна система беше ускорено по време на пандемията, предвид критичната нужда от данни и информационни системи в реално време. Някои функции, като например електронните направления и електронните рецепти, бяха въведени в ранните фази на пандемията (вж. глава 2).

Освен епидемиите в здравеопазването, България се сблъска и реагира на други сътресения, като природни и климатични бедствия и нахлуването на Русия в Украйна. България беше засегната от свързани с климата бедствия, като горски пожари, наводнения и продължителни суши през лятото на 2024 г., което беше едно от най-горещите в историята. Нахлуването на Русия в Украйна предизвика енергийна криза и България бързо прие мерки, защитаващи икономиката от сътресения и трудности. Признавайки важността на укрепването на готовността и реакцията при пандемии, българският НПВУ за периода 2021-2026 г. включва големи инвестиции за модернизирване на болничната инфраструктура, националната система за спешна помощ, включително системите за въздушна спешна помощ, насърчаване на набирането и задържането на здравни специалисти в селските и отдалечените райони.

За да се справи ефективно с бъдещите предизвикателства, България следва да засили усилията си за укрепване на здравето на населението и намаляване на неравенствата. Насърчаването на по-здравословен начин на живот, увеличаването на профилактичните дейности, повишаването на здравната грамотност на населението и укрепването на системите за първична медицинска помощ могат да намалят хроничните заболявания и да подобрят здравето и благосъстоянието на хората. България следва да положи значителни усилия за повишаване на доверието в здравния сектор и здравните специалисти. По-голямото измерване, прозрачност и почтеност могат да повишат доверието и да служат като противовес на подвеждащата информация и дезинформацията.

Препратки

Български национален статистически институт (2024 г.), *Здравеопазване*, https://www.nsi.bg/file/17671/Zdraveopazvane_2024.pdf. [9]

Доан, Т. и др. (2019 г.), Стратегически инвестиции в контрола на туберкулозата в Република България, *Епидемиология и инфекции*, том 147, <https://doi.org/10.1017/s0950268819001857>. [10]

ECDC (2023 г.), *Проследяване на ваксините за COVID-19*, <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html>. [12]

Европейска обсерватория за здравни системи и политики (2024 г.), *България: обобщение на здравната система*, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/bulgaria-health-system-summary-2024>. [2]

Флисиак, Р. и др. (2022 г.), “Елиминиране на НСV в Централна Европа с особен акцент върху микроелиминирането в затворите”, *Вируси*, том 14/3, стр. 482, <https://doi.org/10.3390/v14030482>. [5]

Хажаризадех, Б. и др. (2023 г.), “Глобално, регионално и национално покритие на тестването и лечението за инфекция с ХИВ и хепатит С сред хората, които си инжектират наркотици: систематичен преглед”, *Ланцет Глобално здраве*, том 11/12, стр. e1885-e1898, [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00461-8](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00461-8). [6]

ОИСР (2023 г.), *Профил на държавите от ЕС по отношение на рака: България 2023 г.*, Профил на държавите от ЕС по отношение на рака, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/f6915046-en>. [3]

ОИСР/Европейска комисия (2025 г.), *Профил на страната на ЕС по отношение на рака: България 2025 г.*, Профил на страната на ЕС по отношение на рака, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/c6533317-en>. [4]

Пенчев, К. и др. (2024 г.), “Актуална епидемиология на хроничната инфекция с вируса на хепатит С сред българските пациенти: опит на един център”, *Известия на Българската академия на науките*, том 77/2, <https://doi.org/10.7546/crabs.2024.02.03>. [7]

Рангачев, А., Г. Маринов и М. Младенов (2022), “Демографско и географско въздействие на пандемията COVID в България и Източна Европа през 2020 г.”, *Научни доклади*, том 12/1, <https://doi.org/10.1038/s41598-022-09790-w>. [14]

Рангачев, А., Г. Маринов и М. Младенов (2022 г.), “Въздействие и развитие на пандемията COVID-19 в България през първите две години”, *Ваксини*, том 10/11, стр. 1901, <https://doi.org/10.3390/vaccines10111901>. [13]

Република България (2025 г.), *Закон за бюджета на НЗОК за 2025 г.*, <https://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp?idMat=233618>. [1]

Спреле, И. и др. (2020), Разпространение на хепатит С сред възрастното население на България: пилотно проучване, *Изследователски бележки на ВМС*, том 13/1, <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05158-3>. [8]

Новини на ЗСО (2025 г.), *ЗСО започва кампания за скрининг за туберкулоза за бежанци, живеещи в България*, <https://www.who.int/europe/news/item/02-12-2025-who-launches-tuberculosis-screening-campaign-for-refugees-living-in-bulgaria>. [11]

Прегледи на ОИСР по отношение на здравните системи:

България 2026 г.

През последните десетилетия в България се наблюдава значително подобрене на средната продължителност на живота, както и на детската и майчината смъртност. Въпреки тези постижения здравният статус, рисковите фактори за здравето и качеството на грижите са по-лоши в сравнение със страните от ОИСР. За да се справи с тези слабости, България неотдавна разработи стратегическа визия за по-ефективна, интегрирана и устойчива здравна система, която завърши с приемането на Националната здравна стратегия до 2030 г.

Неотдавнашните реформи показаха обещаващи резултати за справяне с недостига на здравни специалисти, за подобряване на цифровизацията на здравеопазването и за насърчаване на интегрираните грижи. Въпреки това България все още трябва да се справи със съществени предизвикателства, за да подобри здравето на населението, да повиши качеството и безопасността на грижите и да изгради по-ефективна и по-устойчива здравна система. В настоящия преглед се прави оценка на усилията на България за справяне с тези предизвикателства и се предоставят ключови препоръки за политиката за изграждане на по-справедлива, ефективна и устойчива здравна система, като се определят основните области за по-нататъшно привеждане в съответствие със стандартите и най-добрите практики на ОИСР в областта на здравеопазването.

ПЕЧАТ ISBN 978-92-64-84006-5
PDF ISBN 978-92-64-94862-4