





Проектът „Активни граждани за местни и национални реформи в здравеопазването“ се изпълнява с финансовата подкрепа на Исландия, Лихтенщайн и Норвегия по линия на Финансовия механизъм на ЕИП.

Основната цел на проекта е чрез иновативна електронна платформа за консултации и дебат в здравеопазването да се повиши гражданската осведоменост, да се гарантира възможност за пациентско застъпничество, вкл. чрез предлагане на законодателни промени от пациентски групи, вземащи решения на регионално и национално ниво.

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд Активни граждани България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от Национална пациентска организация и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Фонд Активни граждани България.

---

КРАТЪК ПРЕГЛЕД НА ДОСТЪПА И  
ЕФЕКТИВНОСТТА НА  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

---

Как работи здравната система на България за пациента

## Съдържание

Въведение.....	3
Финансиране на системата на здравеопазване в България.....	3
Регионални различия във финансирането на здравеопазването.....	10
Регионални различия в достъпа до здравеопазване в България .....	15
Доболнична помощ .....	16
Болнична помощ .....	32
Ефективност на системата на здравеопазване в България .....	42
Доходи, бедност, етнос и здраве.....	57
Заключения и изводи.....	65
Източници .....	66

## Използвани съкращения

БВП	Брутен вътрешен продукт
БП	Болнична помощ
ЕС	Европейски съюз
ЗДОИ	Закон за достъп до обществена информация
ЗОЛ	Здравноосигурено лице
ИПИ	Институт за пазарна икономика
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МДД	Медикодиагностични дейности
МЗ	Министерство на здравеопазването
МФ	Министерство на финансите
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт
НЦОЗА	Национален център по обществено здраве и анализи
ОИСР	Организация за икономическо сътрудничество и развитие
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
СБАЛ	Специализирана болница за активно лечение
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
EU-SILC	European union statistics on income and living conditions / Изследване на ЕС за доходите и условията на живот

## Въведение

Множество изследвания (национални и международни) показват сходни резултати, а именно – здравеопазването в България разполага с достатъчно ресурси (болници, легла, финансиране), но въпреки това ефективността е относително ниска, а здравните резултати – по-слаби от тези на страни със сходни социални и икономически характеристики<sup>1</sup>. Финансирането на системата не създава достатъчно добри стимули за повишаване на ефективността, а мястото на пациента във вземането на решения и при оценката на получената услуга изцяло липсва - съответно неговото мнение не играе никаква роля при оценка на здравните услуги. Наблюдават се и големи различия между областите по отношение на достъпа до здравеопазване и здравните резултати.

Целта на документа е да направи кратък преглед на финансирането на системата, на ресурсите, с които тя разполага, включително на регионално ниво и да се опита да оцени достъпа до здравни грижи и ефективността на здравеопазването. Българската здравна система е разгледана и в контекста на системите на други европейски държави и техните резултати. Ефективността на системата е оценена от гледна точка на пациента – нейният основен потребител. Използвани са различни източници на информация – регионалните профили на ИПИ<sup>2</sup>, НСИ, Евростат и други.

## Финансиране на системата на здравеопазване в България

Финансирането на здравните услуги в България е смесено - чрез държавата в лицето на Министерството на здравеопазването, чрез осигурителната институция – Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), чиито приходи се формират от осигурителните вноски за здраве на работещите и конкретно от пациента – под формата на преки плащания за лекарства, доплащания за здравни услуги и за допълнително здравно осигуряване. Въпреки това поради големия дял на финансирането, покрито от бюджета на НЗОК, можем да считаме, че у нас моделът е основно здравноосигурителен без наличие на конкуренция на осигурителния пазар.

Общите разходи за здравеопазване в България (публични и частни), противно на очакванията, не са прекалено ниски (7,1% от БВП през 2019 г. или около 8,6 млрд. лв.) в сравнение със средните за страните от Европейския съюз (9,9% от БВП) и са типични за страна със здравноосигурителен модел на финансиране на сектора. Като цяло държави с данъчно финансиране на здравеопазването имат по-ниски разходи в сравнение със страни с осигурителен модел и такива със застрахователен модел<sup>3</sup>. Очакванията са, че през следващите години ще се наблюдава повишаване на номиналния размер на разходите и относително стабилизиране на дела им в БВП в България на равнище около 4,9-5% от БВП<sup>4</sup>.

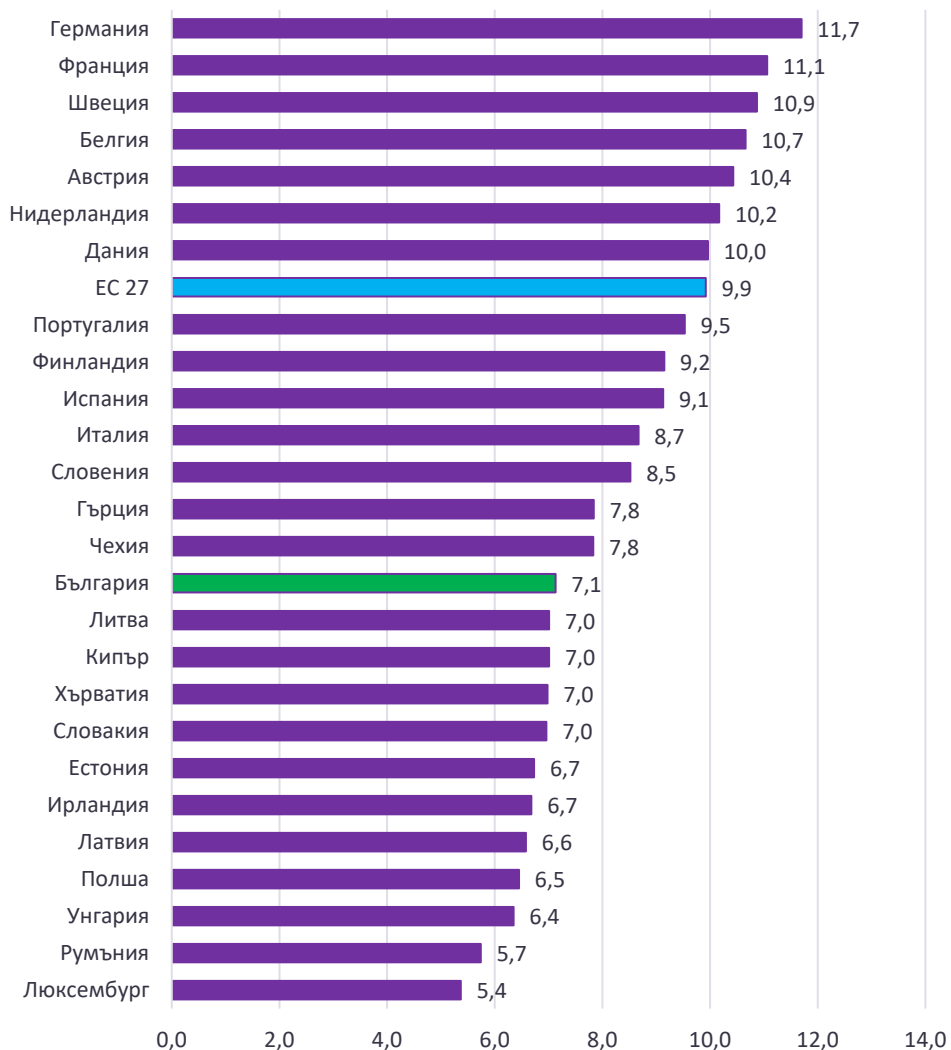
<sup>1</sup> Например ОИСР, Европейска комисия, “Състояние на здравето в ЕС: България Здравен профил на страната 2021”, декември 2021 г.

<sup>2</sup> Виж „Регионални профили: Показатели за развитие“ – [www.regionalprofiles.bg](http://www.regionalprofiles.bg)

<sup>3</sup> Повече информация за моделите на финансиране на здравеопазването по света се съдържа в изследването на ИПИ „Моделите за финансиране на здравеопазването: Възможности за България“, декември 2018 г., налично тук: [https://ime.bg/var//test-folder/Healthcare\\_Models\\_Final\\_IME.pdf](https://ime.bg/var//test-folder/Healthcare_Models_Final_IME.pdf)

<sup>4</sup> Средносрочна бюджетна прогноза за периода 2023-2025 г.

Графика 1. Общи разходи за здравеопазване в ЕС за 2019 г.\*, дял от БВП

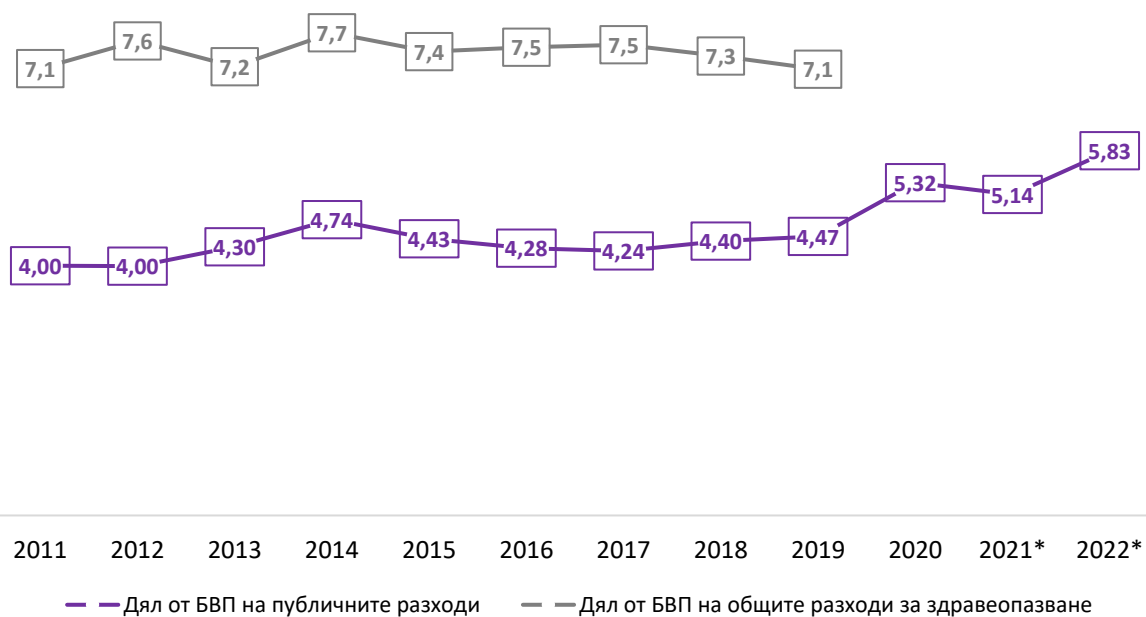


Бележка: \*Данните за 2019 г. са последните налични в Евростат данни за общите здравни разходи чрез системата на здравните сметки, по която информацията постъпва с около 2 години забавяне.

Източник: Евростат

В рамките на общите разходи за здравеопазване голям дял представляват публичните разходи – у нас те достигат до малко над 5,3% от БВП за 2020 г. В предходните години този дял варира около 4,0-4,5% от БВП средно, но пандемията от Covid-19 води до значително нарастване на публичните разходи в сектора – с близо 1 млрд. лева само за една година (2020 г.). В бюджетните прогнози се вижда и сериозен ръст за 2022 г., когато се очаква разходите да достигнат до 5,8% от БВП или номинално до 8,3 милиарда лева.

Графика 2. Общи и публични разходи за здравеопазване, 2011-2020 г., дял от БВП



Бележка: Данните за 2021 и 2022 г. са прогнозни. Данните за общите разходи са от Евростат, а на публичните разходи – от отчетите на консолидираната фискална програма.

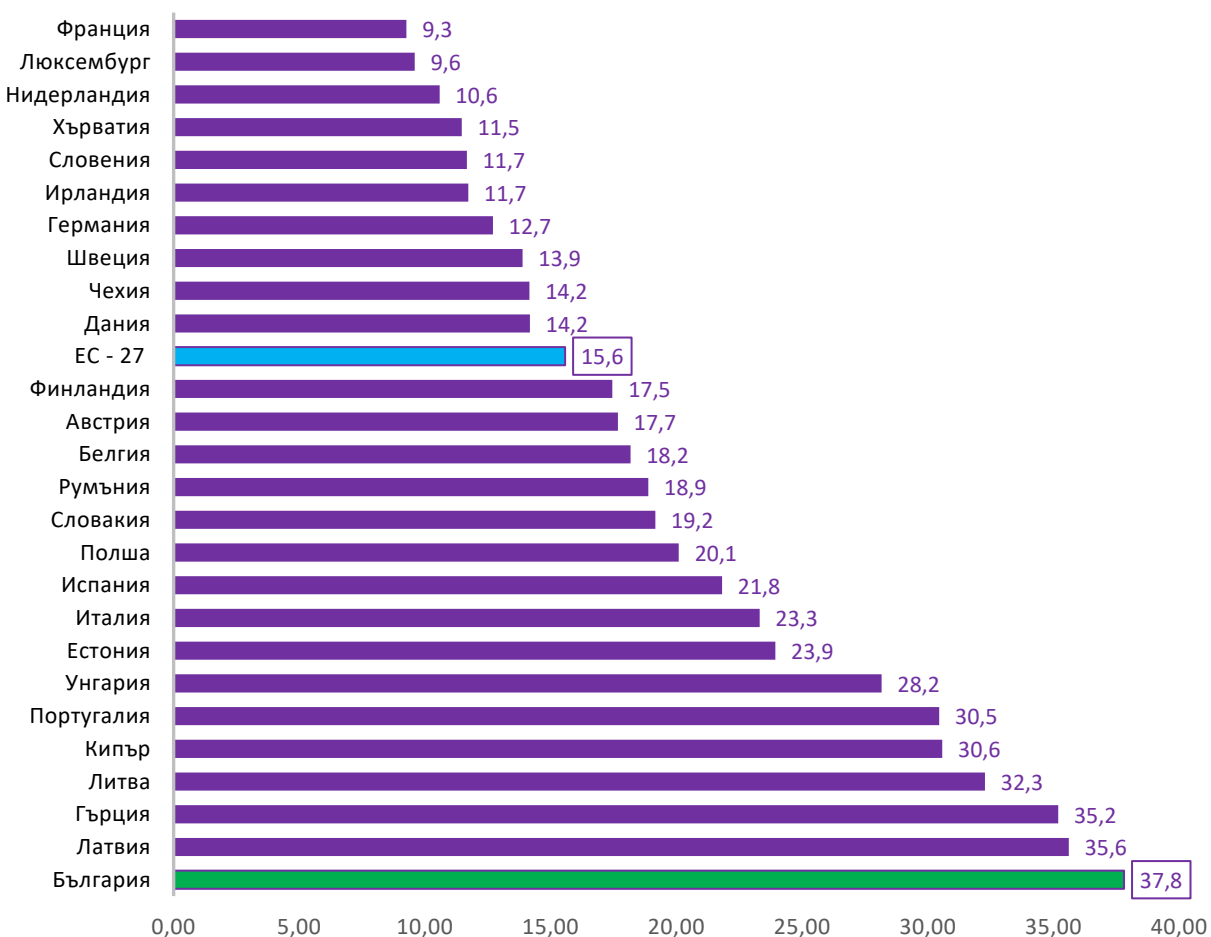
Източник: Евростат, Министерство на финансите

Структурата на разходите в България, обаче, се различава от тази на повечето страни в ЕС и основната разлика идва от големия размер и дял на частните разходи за здравеопазване, поспециално тези, които пациентът плаща „от джоба“. Докато средно за ЕС този дял е 15,6% от общите разходи, в България той е 37,8% и страната ни е на водещо място в ЕС по този показател. Данните показват, че основните разходи от джоба са тези за лекарства и лекарствени продукти, свободно търгувани в аптечната мрежа<sup>5</sup>. Значителни по размер са и разходите за частни здравни услуги.

<sup>5</sup> Повече информация има тук: [State of Health in the EU Bulgaria · Country Health Profile 2021](#)



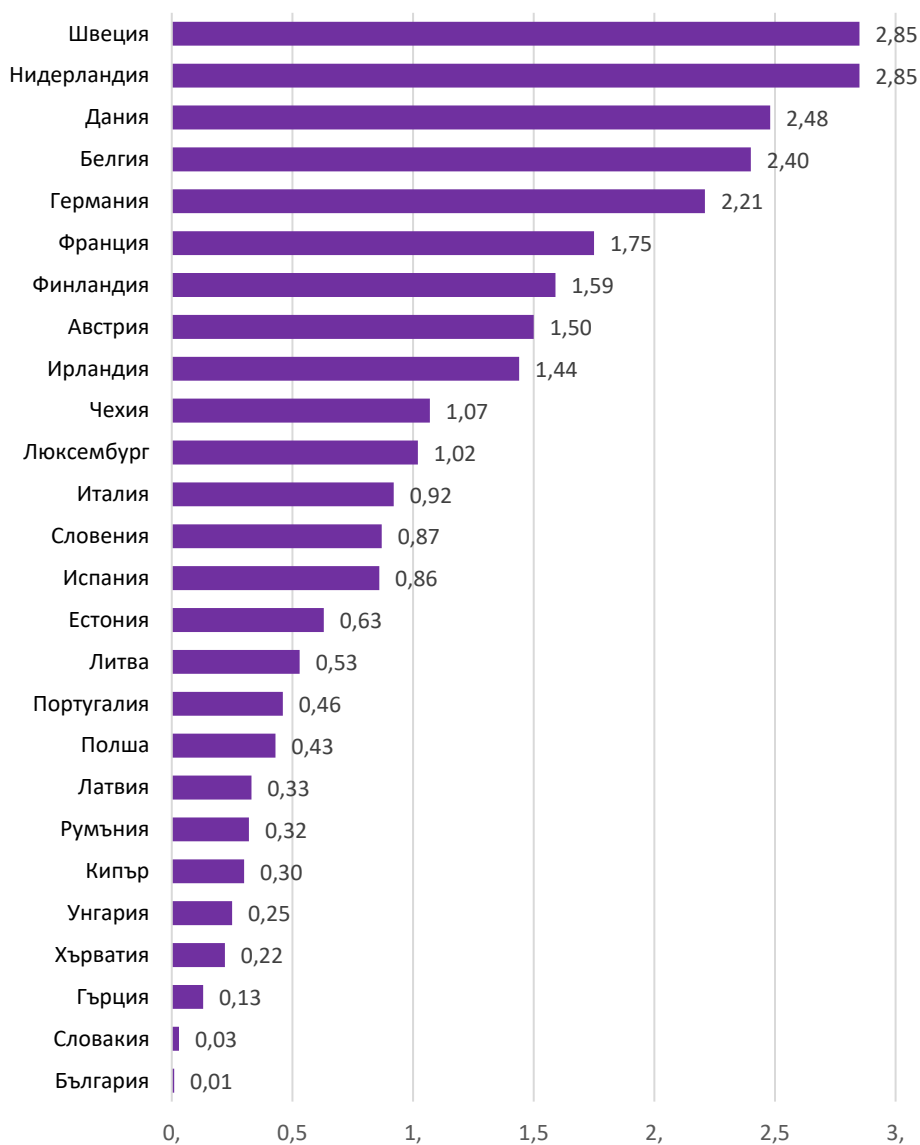
Графика 3. Дял на разходите „от джоба“ на пациентите в общите разходи за здравеопазване, % от общите разходи, 2019 г.



Източник: Евростат

Друго важно различие в разходите за здравеопазване между българския модел и този на други европейски държави е несъщественният дял на разходите за дългосрочни здравни грижи у нас (това са здравни грижи и услуги, свързани с долекуване и грижи за хора с хронични заболявания и увреждания, които имат затруднения да се грижат сами за себе си - дефиниция на Евростат). На практика изглежда сякаш такива грижи у нас почти не се предоставят, а целият разход е насочен към активно лечение. Този факт не е интуитивен, тъй като населението на България е едно от най-застаряващите в Европа и необходимостта от дългосрочни грижи у нас е висока, но данните не доказват тази хипотеза. Що се отнася до европейските държави, прави впечатление, че онези с най-големи общи разходи за здравеопазване имат и най-съществен дял на разходите за дългосрочни здравни грижи – Швеция, Германия и др.

Графика 4. Разходи за дългосрочни грижи като дял от БВП за 2019 г.



Източник: Евростат

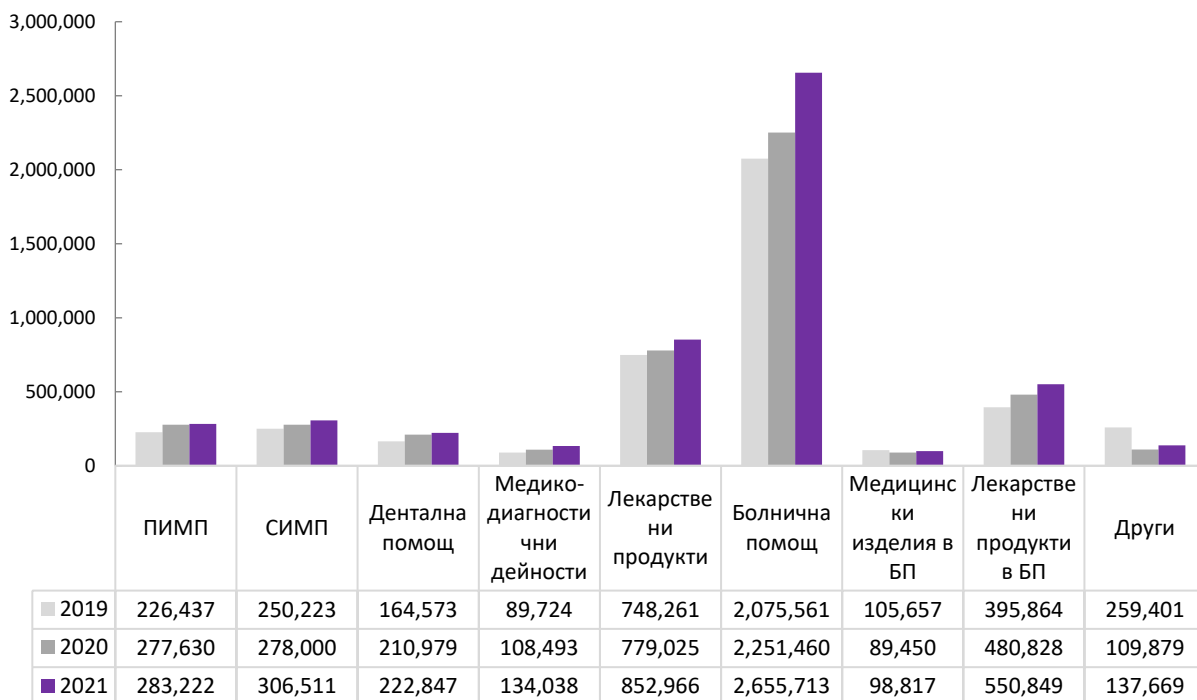
НЗОК е основен платец на здравни услуги в България – тя разпределя между 70 и 80% от общия публичен ресурс за здравеопазване. Касата заплаща следните дейности:

- здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ;
- здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ;
- здравноосигурителни плащания за дентална помощ;
- здравноосигурителни плащания за медико-диагностична дейност;

- здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната;
- здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги;
- здравноосигурителни плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ;
- здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ;
- други здравноосигурителни плащания.

Общите разходи на НЗОК за здравеопазване нарастват стабилно след 2016 г., като през 2021 г. се наблюдава рязък скок от 14,5% за годината или около 660 млн. лв. Той се дължи на рязкото увеличаване на разходите за болнична помощ, които нарастват с 18% между двете години, основно поради специфични разходи, извършени през 2021 г. във връзка с извънредната епидемична обстановка от централния бюджет през бюджета на НЗОК за болниците в размер на близо 200 млн. лв. На графиката по-долу е представено разпределението на разходите на касата по здравноосигурителни дейности за 2019-2021 г.

**Графика 5. Разпределение на разходите за здравноосигурителни плащания в бюджета на НЗОК за 2019-2021 г., хил. лв.**



Източник: НЗОК, ЗДОИ

Най-голям дял през всяка година имат разходите за болнична помощ – за 2021 г. те достигат над 2,5 млрд. лева и над 50% от общите разходи в бюджета на НЗОК. На второ място като размер са лекарствените продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, следвани от лекарствените продукти за лечение в болничната помощ. Лекарствените продукти бележат по-значителен ръст през последната година, докато разходите за болнична помощ бележат постоянен ръст. Разходите за извънболнична помощ (първична и специализирана) са относително малки като дял. Те слабо нарастват през 2021 г. - с около 6 млн. лева за ПИМП и 28 млн. за СИМП. При медицинските изделия в болничната помощ се наблюдава задържане, а в разходите, класифицирани като „Други“ - спад.

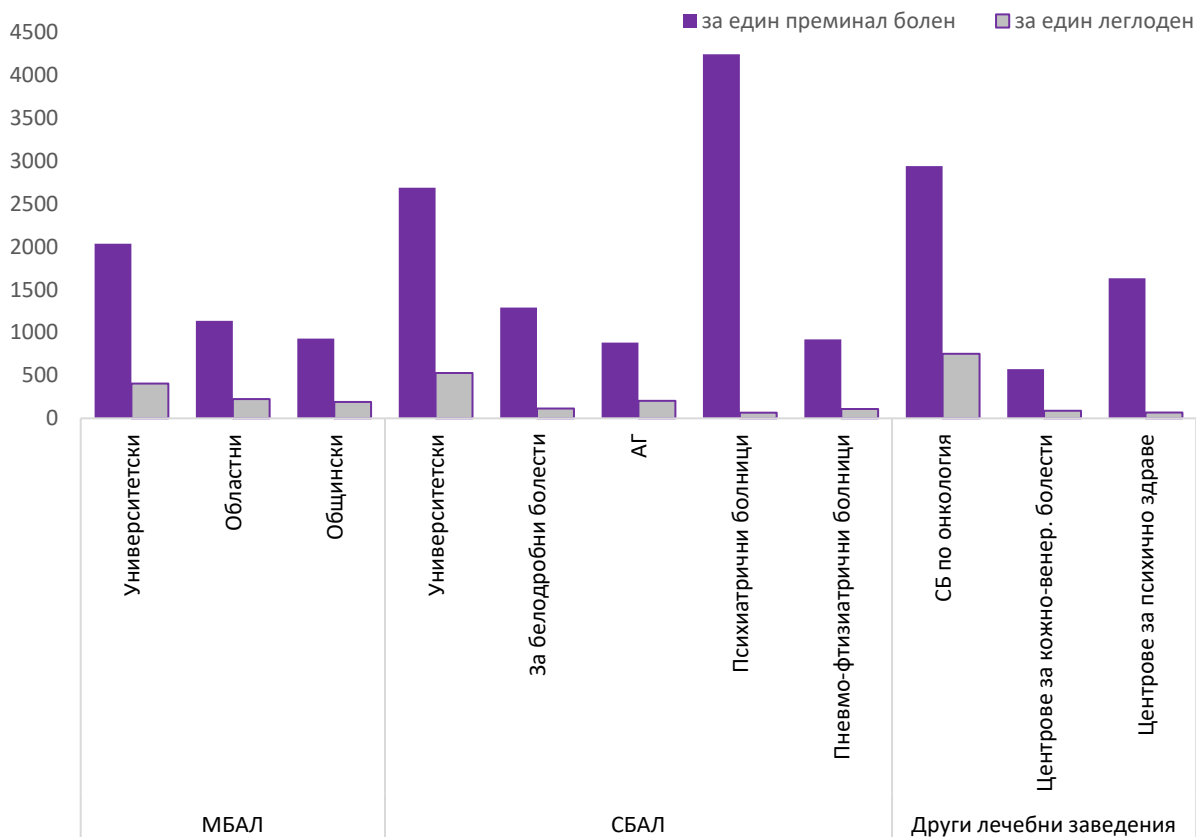
Разходите на лечебните заведения за болнична помощ по видове лечебни заведения показват значителни различия, както е видно на графиката по-долу. Трябва да отбележим, че разходите са зависими и от „цената“ на клиничните пътеки, които се договарят за годината в Националния рамков договор<sup>6</sup>. Първият извод, който може да се направи е, че се доказва тезата, че университетските болници поемат по-тежките (и скъпи) случаи в сравнение с областните и още повече общинските лечебни заведения. Средният разход на пациент в университетска болница за 2020 г. е 2036 лв., докато в общинска е 930 лв. Разходите за един леглоден в университетските болници също са над два пъти по-високи в сравнение с общинските.

При специализираните болници разликите се дължат най-вече на специализацията – най-скъпо е лечението в държавните психиатрични болници (4250 лв. на пациент), но там леглоденът е най-евтин. Това се дължи на дългия престой, необходим за лечението на тези пациенти. Също висок е разходът за лечение в специализираните болници по онкология.

---

<sup>6</sup> Повече информация е налична тук: <https://www.nhif.bg/page/2055>

Графика 6. Разходи на ЛЗБП по видове за един преминал болен и за един леглоден за 2020 г.



Източник: Национален център по общественото здраве и информация

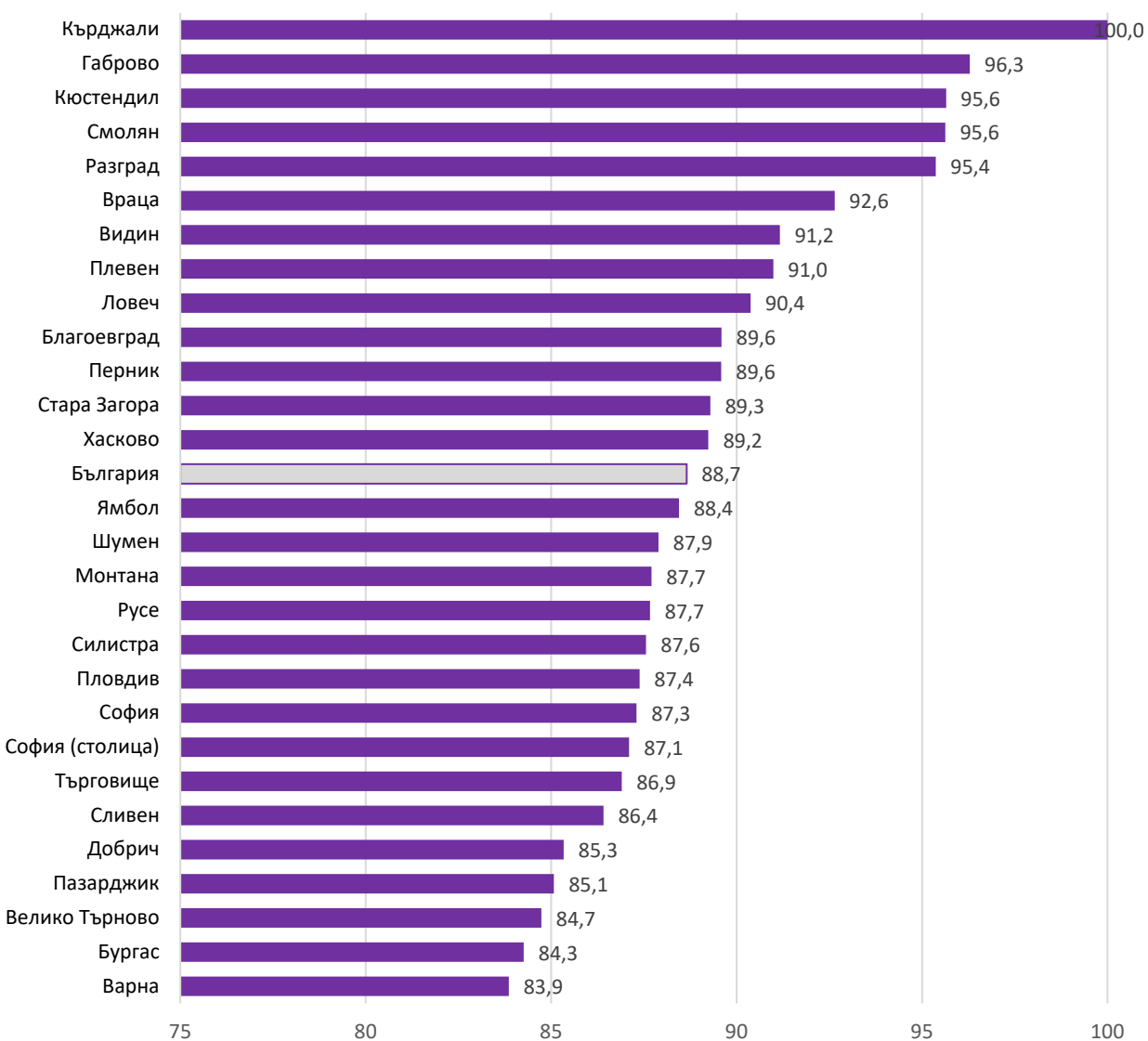
## Регионални различия във финансирането на здравеопазването

Средното равнище на здравното осигуряване в България е 88,7% за 2020 г. – това означава, че в страната един на всеки десет човека не плаща здравни осигуровки по някаква причина. Тъй като държавата осигурява пенсионерите и децата, на практика неосигурени са основно хора в трудоспособна възраст. На регионално ниво данните показват от 100% ниво на осигуряване в област Кърджали<sup>7</sup> до малко над 83% за област Варна. Най-„застарелите“ области – Габрово, Кюстендил, Смолян, Разград, Враца, Видин - имат най-високо ниво на здравно осигуряване в страната, като основна причина е фактът, че пенсионерите се осигуряват задължително от държавата. На другия полюс – областите със сравнително „младо“ население (като Варна и Бургас) – делът на здравноосигурените е сравнително нисък.

Тези наблюдения сочат за връзка между възрастовата структура на населението и обхвата на здравноосигурителната система – в районите с по-високо застаряване на населението делът на здравноосигурените е по-висок.

<sup>7</sup> Данните на НСИ за населението на област Кърджали не са достоверни, те ще бъдат коригирани през следващите години съобразно резултатите от преброяването през 2021 г.

Графика 7. Дял на здравноосигурените лица по области за 2020 г.\*



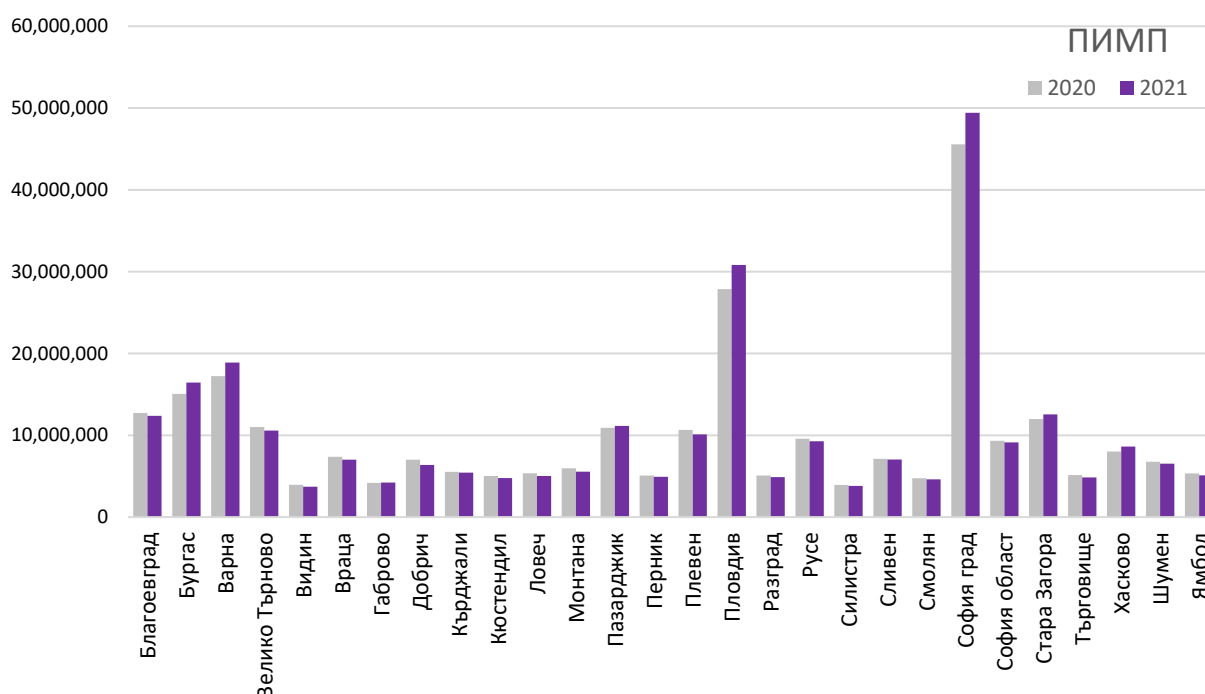
Бележка: За изчисляване на равнището на осигуряване тук са използвани регионални данни за населението от НСИ, прогнозирани въз основа на естествения и механичния прираст на база на преброяването през 2011 г. Когато регионални данни за преброяването през 2021 г. бъдат достъпни, ще се отразят на нивото на осигуряване в посока нагоре.

Източник: НСИ

За целите на настоящия преглед бяха поискани и предоставени данни от НЗОК (съгласно Закона за достъп до обществена информация) за разходите на касата по области (по регионални здравноосигурителни каси) и по здравноосигурителни дейности.

Разходите за първична извънболнична помощ на НЗОК са най-големи в столицата, където е концентрирано най-много население (17,4% от общия разход на касата за тази дейност) и в област Пловдив (10,9% от общия разход). Само в 8 области разходите за ПИМП се увеличават през 2021 г. в сравнение с 2020 г. и това са принципно големите области, а в малките области с намаляващо население разходите за първична извънболнична помощ се свиват – обяснението е, че основният начин на плащане на личните лекари - капитацията – е силно зависима от броя на населението. Следва също да се има предвид, че общият разход за ПИМП е бил увеличен значително през 2020 г. спрямо предходната 2019 г. – с 51 млн. лева и вероятно това е една от причините за задържането му през 2021 г.

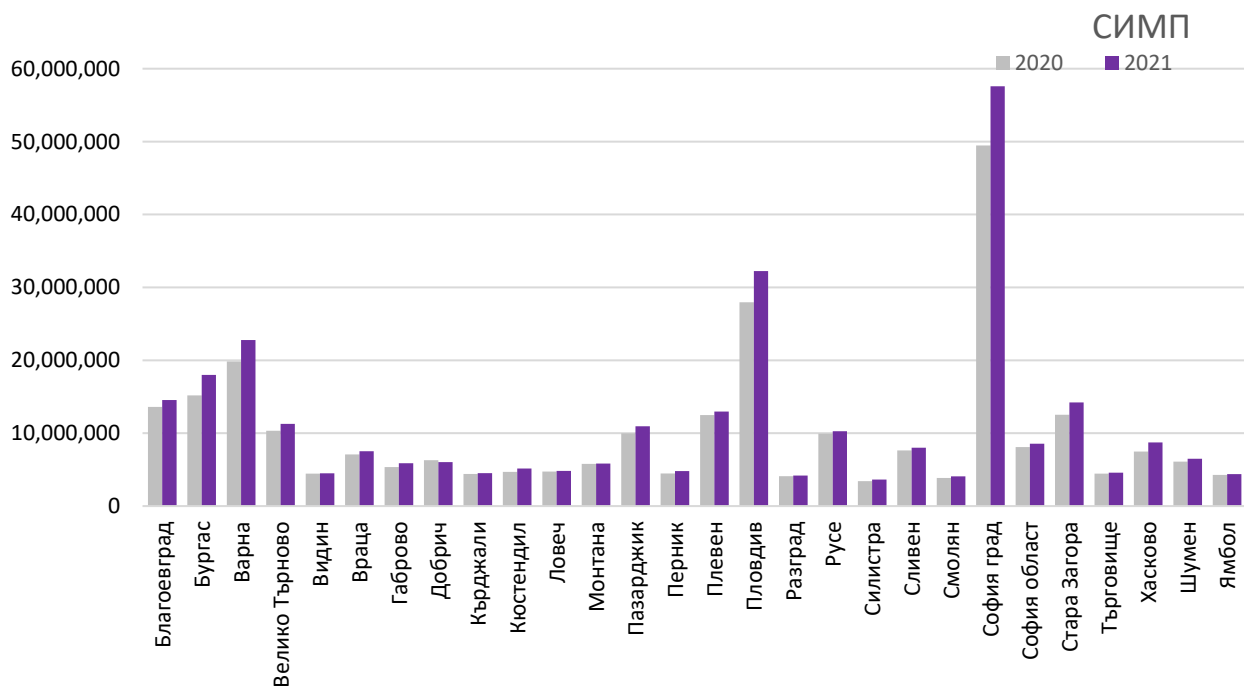
Графика 8. Разходи за първична извънболнична помощ за 2020 и 2021 по области, лв.



Източник: НЗОК, ЗДОИ

Разходите за специализирана извънболнична помощ (СИМП) нарастват по-равномерно от тези за ПИМП след 2016 г. Разпределението на разходите по области за СИМП много прилича на това на първичната помощ – най-високи разходи са извършени в София-град (57 млн. лв. за 2021 г.) и в най-големите области. За разлика от ПИМП, обаче, при СИМП намаление на разходите между двете години е регистрирано единствено в област Добрич. Най-висок ръст се наблюдава в Бургас, Хасково и столицата, а във Видин и Монтана почти липсва промяна.

Графика 9. Разходи за специализирана извънболнична помощ за 2020 и 2021 г. по области, лв.

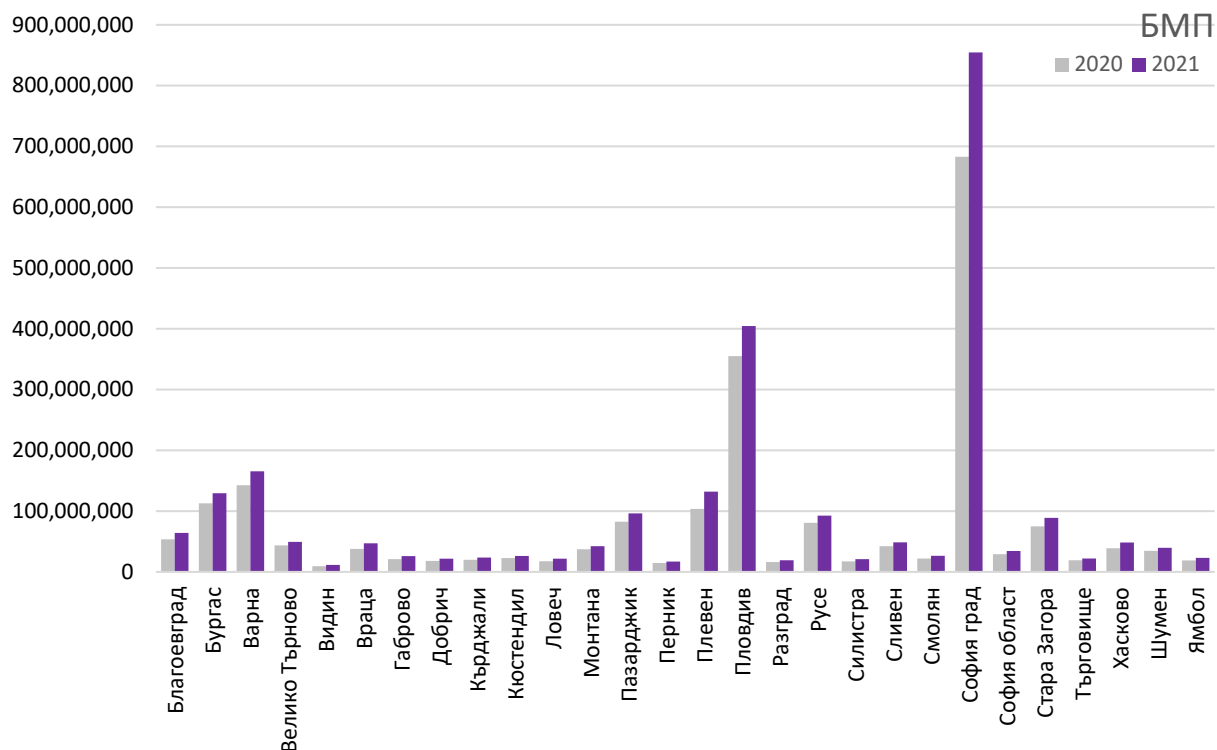


Източник: НЗОК, ЗДОИ

При разходите за болнична медицинска помощ столицата регистрира най-висок размер (близо 854 млн. лева за 2021 г.), като за една година те са нараснали със 171 млн. лв. Разходите на столицата са около една трета от общия разход по тази дейност на НЗОК, като основната причина е големият брой болници в столицата. Най-голям ръст на разходите за 2021 г. се наблюдава в областите Плевен и София-град, като няма област, в която разходите за болнична помощ да са намалели. Областите с медицински университети (София, Варна, Пловдив и Плевен) извършват значителен дял от медицинските услуги в болничната помощ и съответно имат много високи разходи. Най-ниски са разходите в областите Видин, Перник и Разград, които разполагат и с малко на брой болници.



Графика 10. Разходи за болнична медицинска помощ за 2020 и 2021 г. по области, лв.

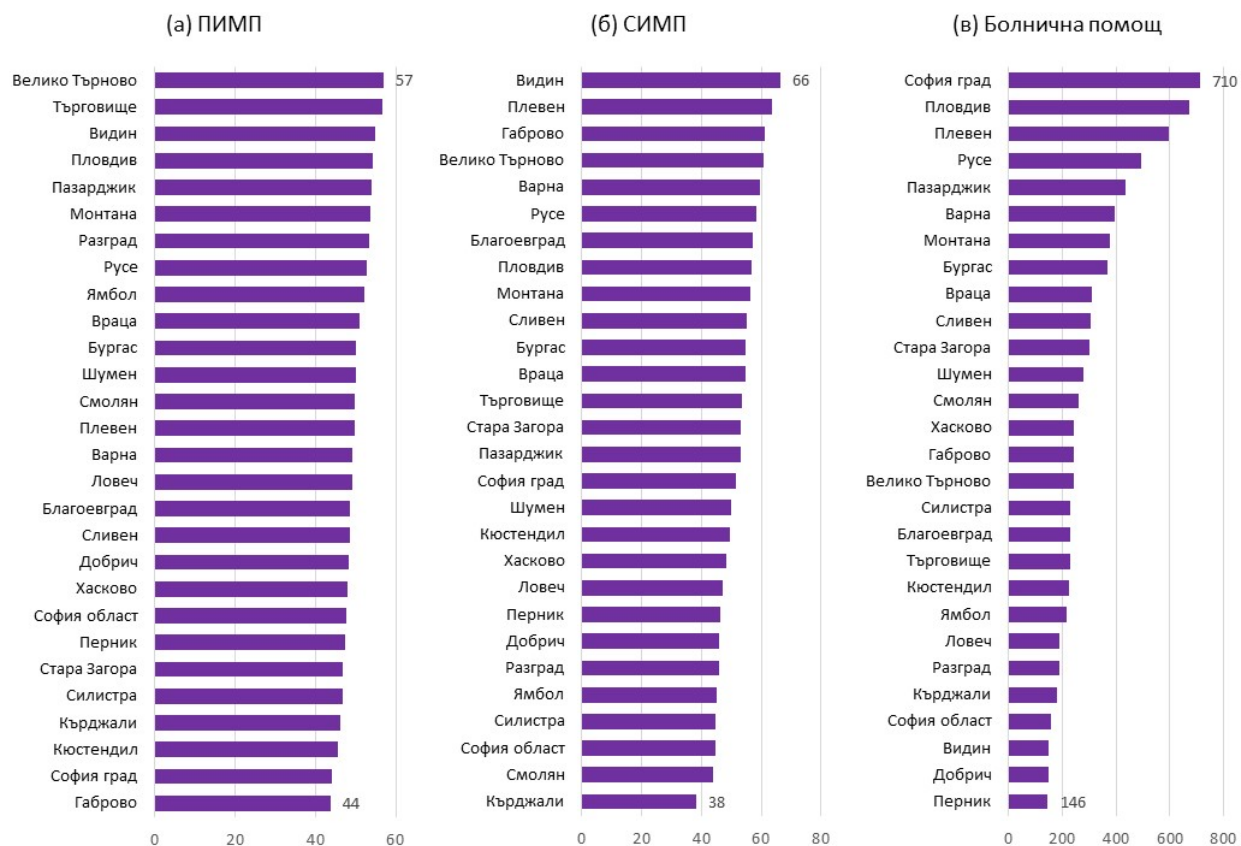


Източник: НЗОК, ЗДОИ

Разгледани през здравноосигуреното население, най-високите разходи за болнична помощ на едно ЗОЛ отново имат областите Пловдив, София-град и Плевен – големи области с традиции в предоставянето на здравни грижи, а най-ниски – Добрич, Видин и област София – сравнително малки области или такива в близост до области с развито здравеопазване (област Добрич – до Варна и областите София и Перник до столицата). Разликата между областта с най-висок разход на човек (Пловдив) и тази с най-нисък (Добрич) е пет пъти. Тази статистика показва, от една страна, кои са областите с развито здравеопазване, а от друга страна, привличането на населението, търсещо здравни грижи, в съседни области. При разходите за първична и специализирана извънболнична помощ не се наблюдават големи дисперсии. За ПИМП най-висок е разходът в области Велико Търново и Търговище, а най-нисък – в област Габрово. При СИМП водеща е област

Видин (вероятно заради застарялото население) и област Плевен (където се наблюдава голям брой медицински специалисти). В област Кърджали разходите за СИМП са относително най-ниски.

Графика 11. Разходи за ПИМП, СИМП и болнична помощ на едно здравноосигурено лице за 2021 г., лв.



Източник: НЗОК, изчисления на ИПИ

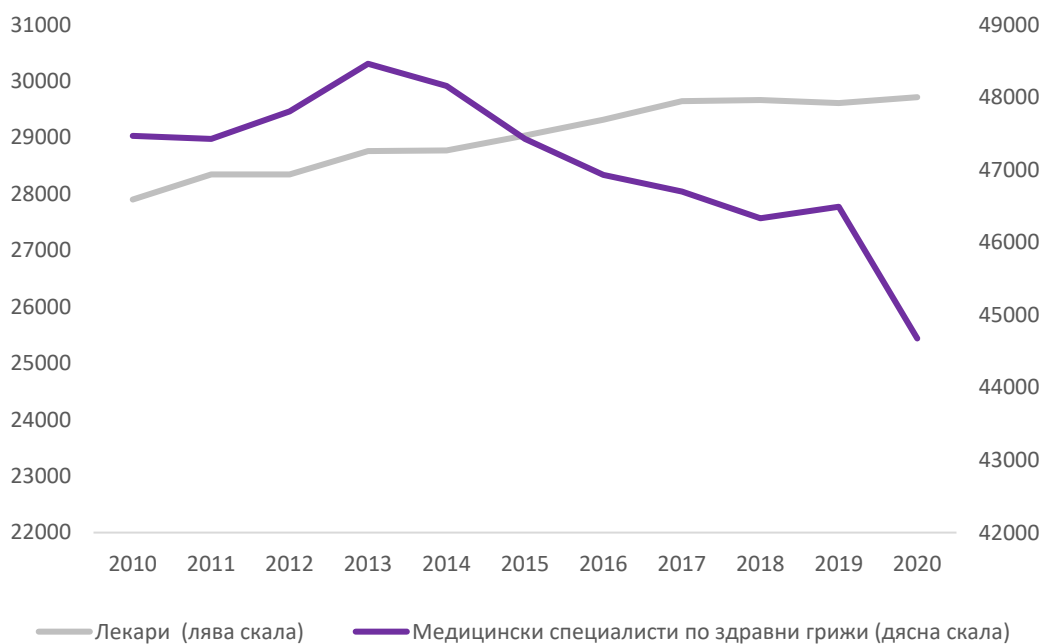
## Регионални различия в достъпа до здравеопазване в България

Достъпът до здравеопазване в България може да се анализира чрез наличните ресурси в системата – лекари, медицински специалисти, лечебни заведения и аптеки. За целите на прегледа данните са представени спрямо населението на областите, тъй като по този начин се открояват различията между тях.

Общият брой на лекарите през последните 10 години в страната отбелязва слаб, но стабилен ръст и през 2020 г. те наброяват малко под 30 хиляди. От друга страна, специалистите по здравни грижи – това са най-вече медицинските сестри и акушерките - намаляват, като той е особено видим след

2013 г<sup>8</sup>. През 2020 г. също се наблюдава рязък спад в броя на медицинските специалисти по здравни грижи с 1850 души, като причината е пандемията от covid-19, застаряването на специалистите и тежките условия на работа при ниски съотношения лекари спрямо сестри.

**Графика 12. Брой на лекари и медицински специалисти по здравни грижи в България за периода 2010-2020 г.**



Източник: НСИ

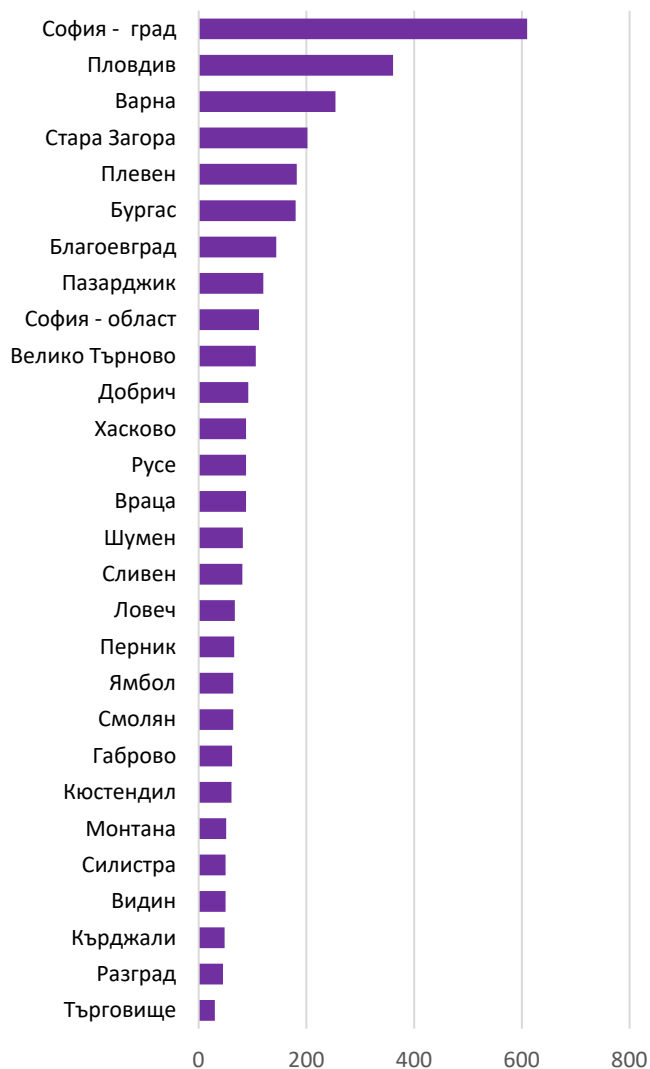
### Доболнична помощ

#### Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

Общопрактикуващите лекари предоставят първичната извънболнична помощ в България, като те се грижат за записаните при тях пациенти. Броят на сключените договори за ПИМП през 2020 г. е най-голям, по подразбиране, в най-големите области – София – град, Пловдив и Варна. Един общопрактикуващ лекар обслужва най-много пациенти в области Кърджали и Разград – там проблемът с недостига на лекари по обща медицина е най-голям.

<sup>8</sup> Тогава отпадат ограниченията за достъп на гражданите на България и Румъния до трудовите пазари на страните от общността.

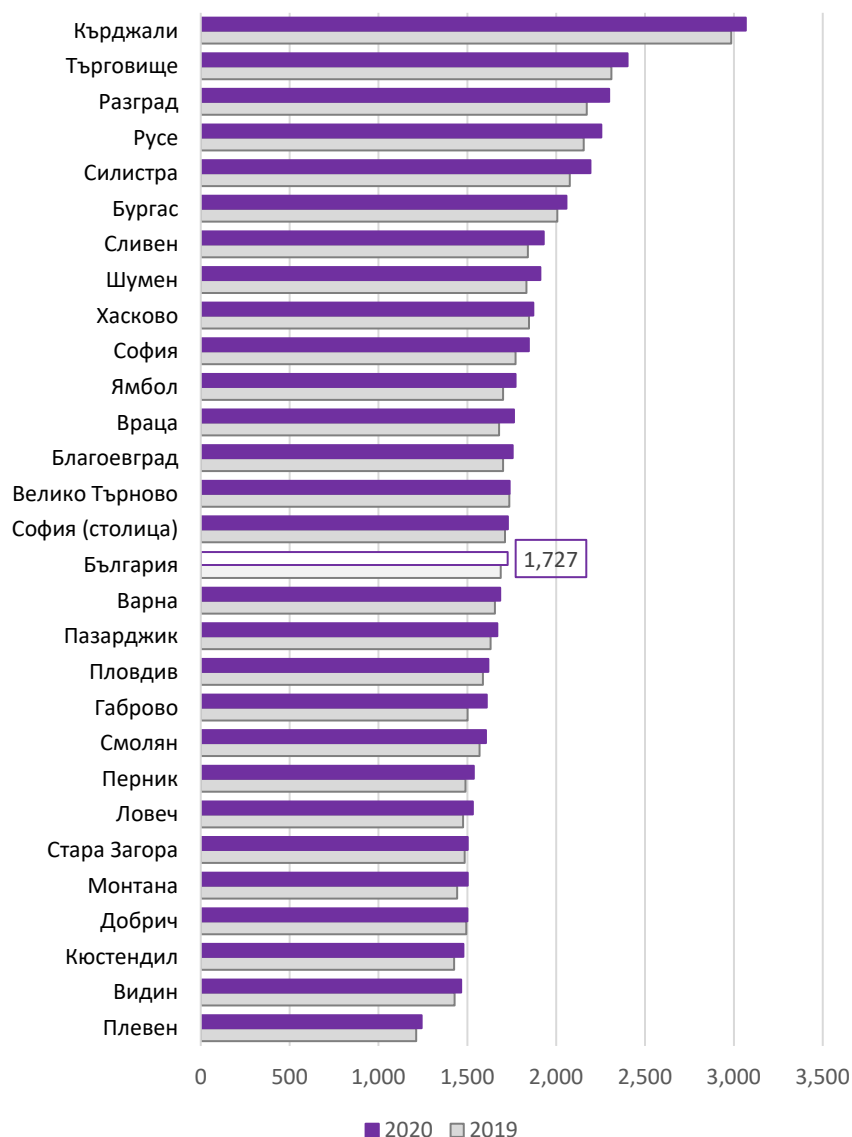
Графика 13. Брой сключени договори за ПИМП по области, 2020 г.



Източник: НЗОК

Данните за общопрактикуващите лекари показват, че в страната на един общопрактикуващ лекар (ОПЛ) се падат средно 1727 души от населението. Във всички области се забелязва увеличение на съотношението между население и ОПЛ между 2019 и 2020 г., като то е най-малко за област Велико Търново и София-град – във всички области на България ОПЛ намаляват и се налага да обслужват все повече пациенти.

Графика 14. Население на един общопрактикуващ лекар по области за 2019 и 2020 г.



Източник: НСИ, изчисления на ИПИ, „Регионални профили за 2021 година“

На областно ниво най-добре осигурена с общопрактикуващи лекари е област Плевен, а най-слабо осигурена е област Кърджали, като разликата между двете области е близо 2,5 пъти. Забелязва се относително слабо осигуряване с ОПЛ в областите със значителен брой турско население. От друга страна, доброто осигуряване с ОПЛ в отделни области е привидно, тъй като е обусловено от ниския и намаляващ брой на населението в тях (например Видин и Монтана). Следва да се има предвид и, че областите с малко население много често се характеризират и със застаряващо население, което се нуждае от повече здравни грижи.

Капитационните плащания за един записан при ОПЛ пациент след 2021 г. са на цена от 2,20 лв. за пациенти на възраст 0-18 и над 65 години и с цена 1,40 лв. на пациент на възраст 18-65 години.<sup>9</sup> Профилактичните прегледи на здравноосигурените лица се заплащат на ОПЛ чрез „такса за услуга“ като личните лекари извършват дейности по програма „Детско здравеопазване“, „Майчино здравеопазване“, поставяне на ваксини и „Диспансерно наблюдение на ЗОЛ“. Допълнителни плащания се получават и за работа при неблагоприятни условия.

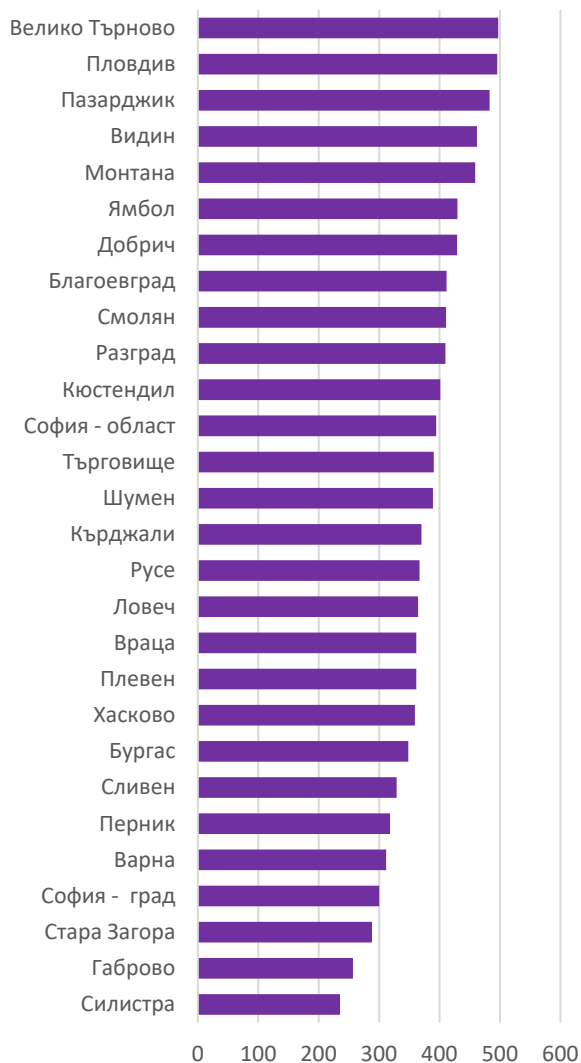
Профилактиката, която ОПЛ извършват за своите пациенти, е представена на следващата графика. Най-голям брой профилактични прегледи са отчетени в области Велико Търново, Пловдив и Пазарджик, а най-малко – в Силистра, Габрово и Стара Загора. Профилактиката е важна част от общественото здравеопазване, тъй като позволява навременно диагностициране и лечение на заболявания, които, ако се усложнят, водят както до по-висок разход за лечение, така и до нужда от дългосрочни здравни грижи. Прави впечатление по-ниският брой профилактични прегледи на ЗОЛ в столицата. Обяснение може да се търси по-скоро във факта, че в столицата има наличие на разнообразна и лесно достъпна срещу заплащане грижа от специалисти, което до известна степен замества необходимостта да се използва профилактиката чрез личните лекари.

---

<sup>9</sup> Източник:

<https://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp;jsessionid=F142327B4147F15635EE73970763F5AF?idMat=154855>

Графика 15. Профилактични прегледи при ОПЛ на 1000 здравноосигурени лица

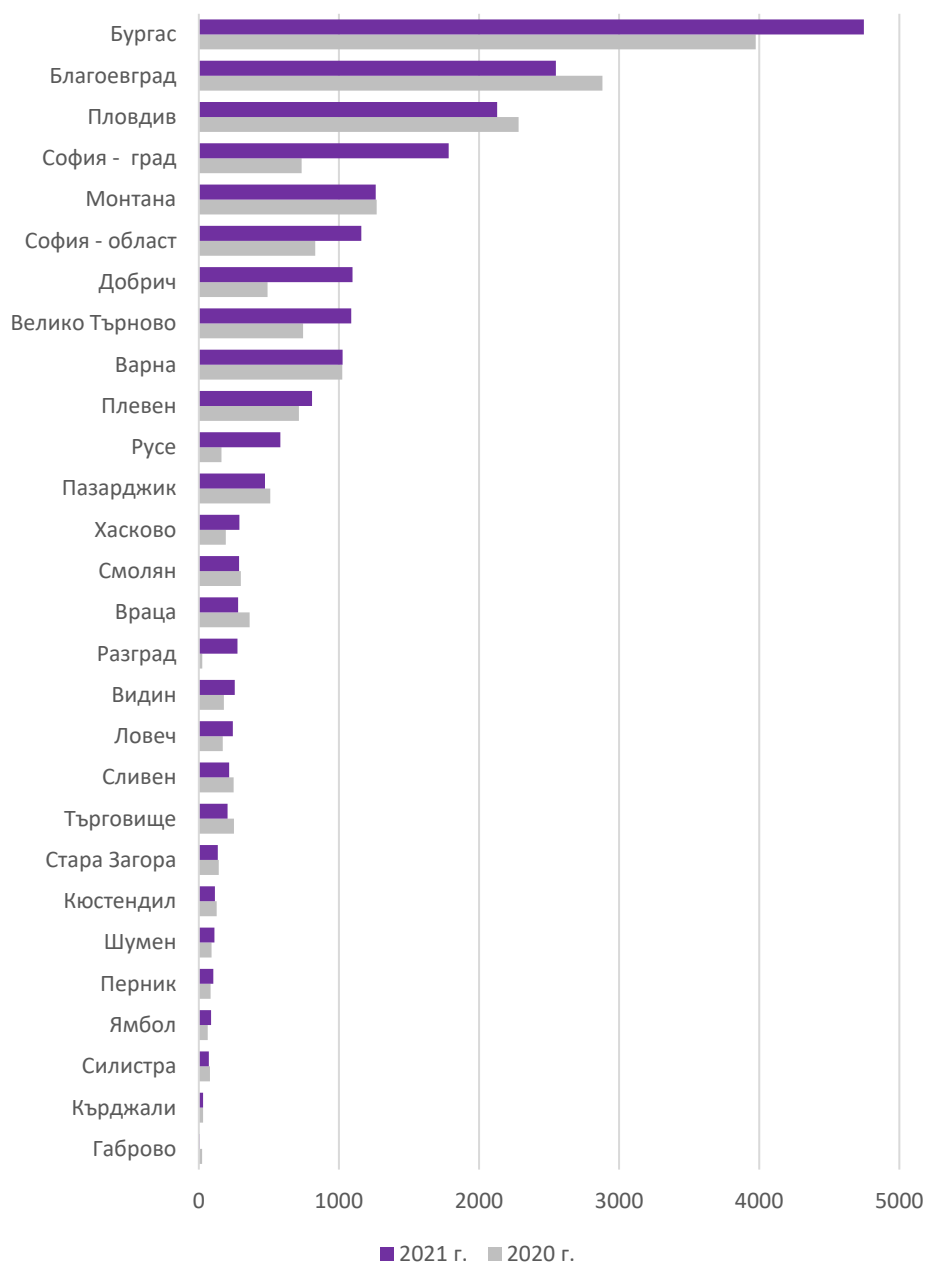


Източник: НЗОК, изчисления на ИПИ

Инцидентните посещения при ОПЛ на пациенти от други области имат връзка както с качеството на здравните услуги в първичната помощ, така и с достъпа до такъв тип помощ<sup>10</sup>. Както е видно на графиката най-голям брой такива посещения са регистрирани в Бургас и Благоевград, а най-малко в Габрово и Кърджали. Причината е както ниският брой общопрактикуващи лекари е тези малки области, така и практиката да се търси помощ основно в големите областни центрове, в случай че вече се налага да се пътува. Влияние оказва също така туризмът (например в морските области през лятото).

<sup>10</sup> Тези прегледи се заплащат на цена 10 лв. според последния анекс на Националния рамков договор.

Графика 16. Инцидентни посещения при ОПЛ на пациенти от други области (2020-2021 г.)



Източник: НЗОК, изчисления на ИПИ

Инцидентните посещения при ОПЛ на пациенти от други области като брой са се увеличили най-много в област София – град (над 2 пъти). Възможно обяснение за големия брой инцидентни посещения в столицата е и пандемията от covid-19, която води до нарастване на лечението на пациенти с корона вирус в по-големите области, където има по-добър достъп до лечебни заведения



и интензивни грижи. Много голям ръст е регистриран в Разград и Русе, като само в Разград те са нараснали десетократно за една година. Инцидентните посещения са спаднали между двете години в 11 области, като най-голям е спадът в Благоевград – близо 12%.

#### *Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)*

При лекарите специалисти<sup>11</sup> тенденциите са по-различни. Средното ниво за страната се запазва между двете години на относително постоянно ниво, но на областно ниво различията са по-големи. Дори и да допуснем, че за преглед при специалист често се пътува и извън областта, общата тенденция на намаление е тревожна.

Като се има предвид броят на населението, сключените договори с НЗОК за предоставяне на специализирана извънболнична помощ са най-много на брой в големите области – София – град, Пловдив, Варна и Бургас. Едно от обясненията е струпването на специализирани болници в големите областни центрове. Изненадващо е третото място на област Благоевград, в която през 2021 г. има 211 практики за СИМП с договор с касата. В по-слабонаселените области (Габрово и Смолян) достъпът до специализирана извънболнична помощ е по-ограничен, най-вече поради по-малкия брой лекари специалисти. Въпреки това, обаче, населението в много от областите спада с по-голяма скорост, отколкото броят на специалистите, както ще видим в следващите графики.

---

<sup>11</sup> За целите на този анализ в тази група се включват лекари от водещите специалности: Специалисти по вътрешни болести, пневмология и фтизиатрия, кожни и венерически болести, физикална терапия и рехабилитация, кардиолози, педиатри, хирурзи, ортопедо-травматолози, уролози, инфекционисти, акушергинеколози, офталмолози, оториноларинголози, невролози, психиатри, рентгенолози, лабораторни лекари.

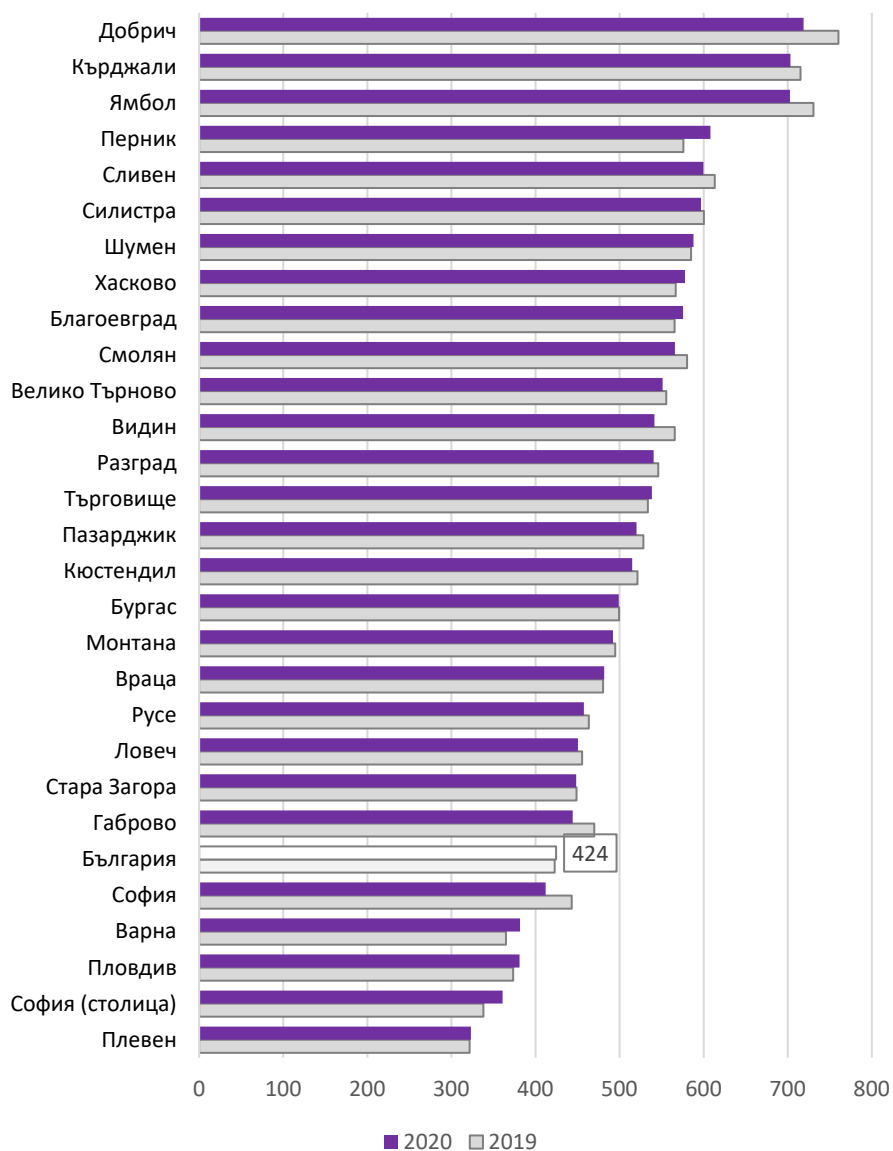
Графика 17. Брой сключени договори за СИМП по области, 2021 г.



Източник: НЗОК

Динамичният преглед показва, че броят сключени договори за СИМП между 2016 и 2021 г. регистрира най-висок ръст в области Пазарджик (37%) и Пловдив (19%). Най-голям спад има в области Смолян (15%) и Враца (11%).

Графика 18. Население на един лекар специалист по области, 2019 и 2020 г.

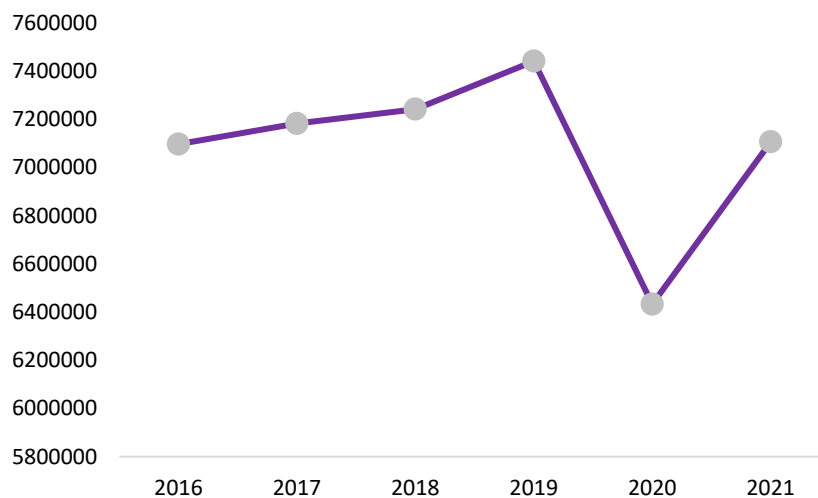


Източник: НСИ, изчисления на ИПИ „Регионални профили за 2021 година“

Подробните данни по области за броя на лекарите специалисти спрямо населението и видове специалисти показват големи разлики на местно ниво. Броят на кардиолозите е най-висок в област Плевен, където е и една от най-големите СБАЛ по кардиология. Най-много психиатри спрямо населението пък има в област Ловеч, където е разположена Държавната психиатрична болница – една от най-старите и големи психиатрични болници в страната. Варна пък е сред областите с най-много офталмолози, което се дължи предимно на специалистите в специализираната болница по очни болести там.

През 2020 г. общият брой прегледи при специалист спада във всички области спрямо 2019 г., а през 2021 г. отново нараства, но не се възстановява до нивата от 2019 г. Това е пряк ефект от covid-19 кризата, когато част от населението отлага специализирана извънболнична помощ или няма възможност за такава поради ограниченията.

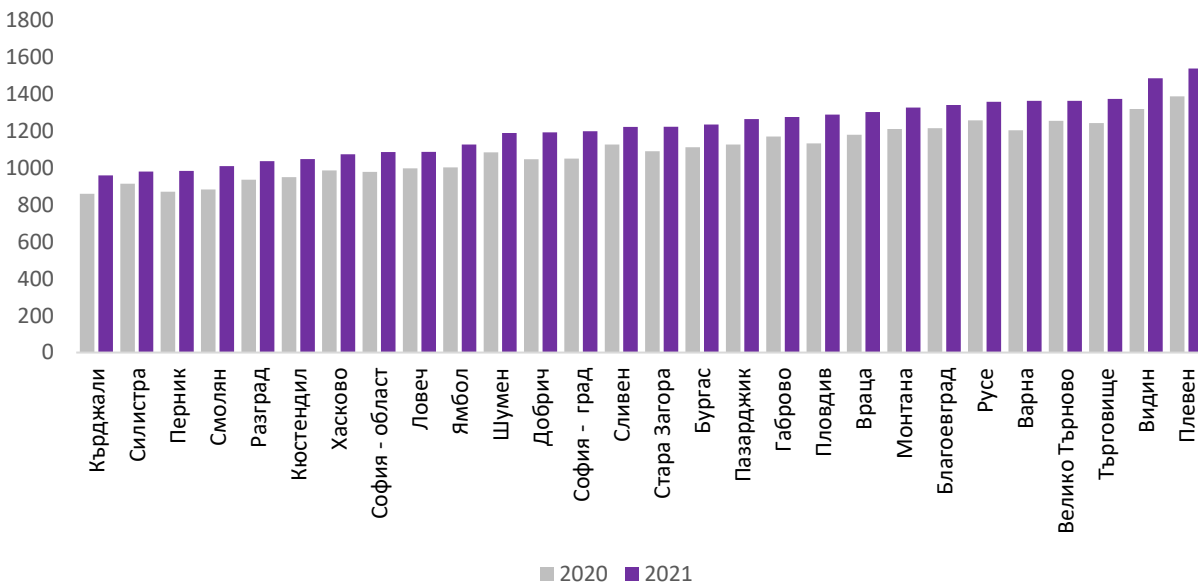
Графика 19. Общ брой първични прегледи в СИМП, 2016 – 2021 г.



Източник: НЗОК

За да се оцени доколко в дадена област са достъпни грижите при специалист, ще разгледаме данни за извършените първични прегледи при специалист през 2020 и 2021 г. спрямо здравноосигуреното население по области, тъй като достъпът до здравни грижи се определя не само от броя на практиките, сключили договор с касата, но и от натовареността на лекарите в тях.

Графика 20. Първични прегледи от СИМП на 1000 здравноосигурени лица по области, 2020 – 2021 г.

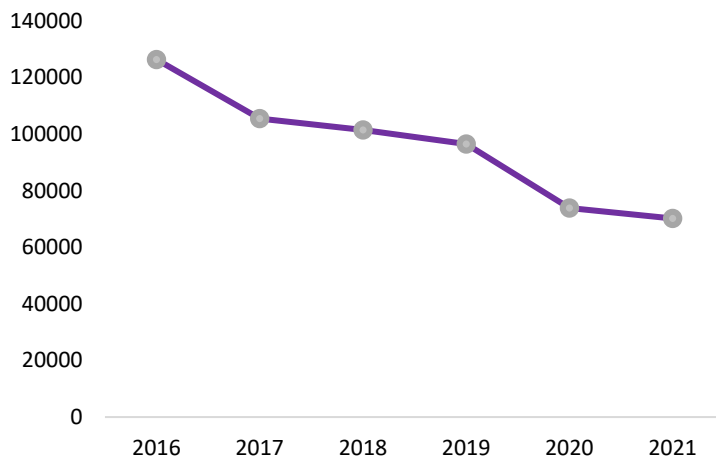


Източник: НЗОК, изчисления на ИПИ

Във всички области извършените и заплатени от касата първични прегледи при специалист се увеличават между 2020 и 2021 г. Най-много прегледи спрямо здравноосигурените лица са извършени в Плевен и Видин – област Плевен е добре осигурена с лекари – специалисти, които посрещат нуждите както на собственото население, така и на населението от граничните на Плевен области. Област Видин се характеризира със застаряващо население, там вероятно повишеният брой прегледи е в резултат на по-висока заболяемост, особено покрай covid кризата. Най-малко прегледи при специалист се извършват в Кърджали и Силистра, което отговаря на сравнително малкият брой лекари – специалисти в областите.

За разлика от първичните прегледи, които силно са се повлияли от covid кризата, при диспансерните прегледи спадът в общия брой е постоянен, макар и не еднакъв. Той е по-висок през 2017 и през 2020 г. За целия период диспансерните прегледи са намалели с 44%. Причините за този сериозен спад в диспансерното наблюдение могат да се търсят както в по-ниския брой на населението, така и в слабите стимули на специалистите да диспансеризират хронично болните лица (обемът услуги за диспансерно наблюдение, които НЗОК и БЛС договарят, е значително под реално осъществените диспансерни прегледи).

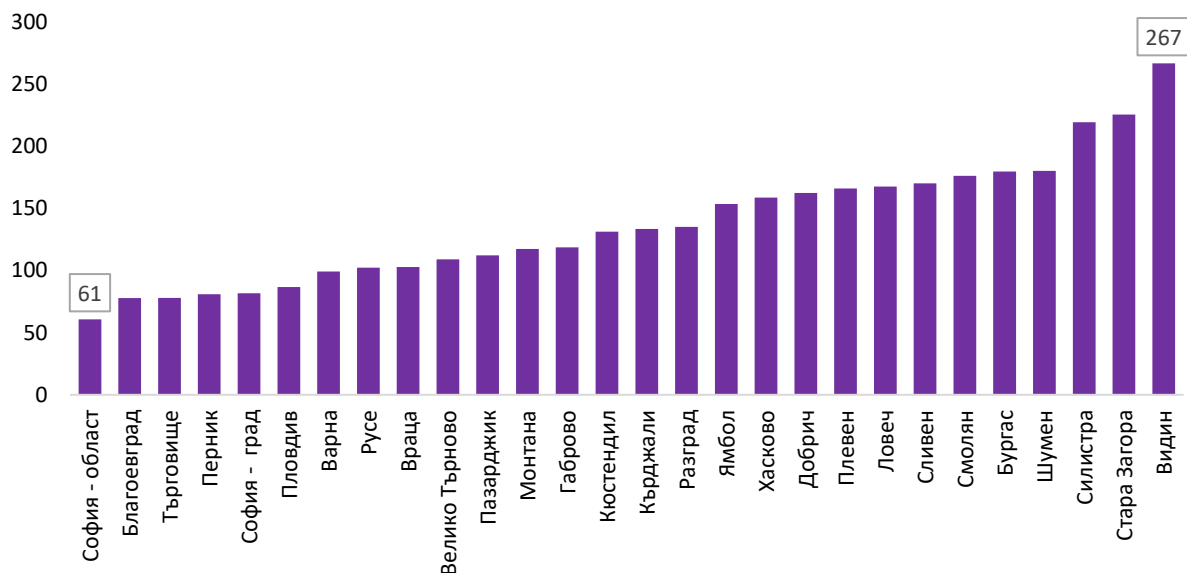
Графика 21. Общ брой първични диспансерни прегледи от СИМП, 2016 – 2021 г.



Източник: НЗОК

В регионално изражение най-голям брой диспансерни прегледи спрямо здравноосигуреното население са извършени в област Видин. Значителен е този брой (макар и не колкото в област Видин) в области Стара Загора и Силистра. Освен наличието на лекари – специалисти, друг фактор, оказващ влияние върху нивата на диспансерно наблюдение е застаряването на населението. То е пряко свързано с наличието на повече хронични заболявания и пациенти, нуждаещи се от диспансеризация. В области Благоевград, Търговище и София – област диспансерното наблюдение спрямо осигурените лица е най-ниско.

Графика 22. Първични диспансерни прегледи в СИМП на 10 хиляди здравноосигурени лица по области, 2021 г.



Източник: НЗОК, изчисления на ИПИ

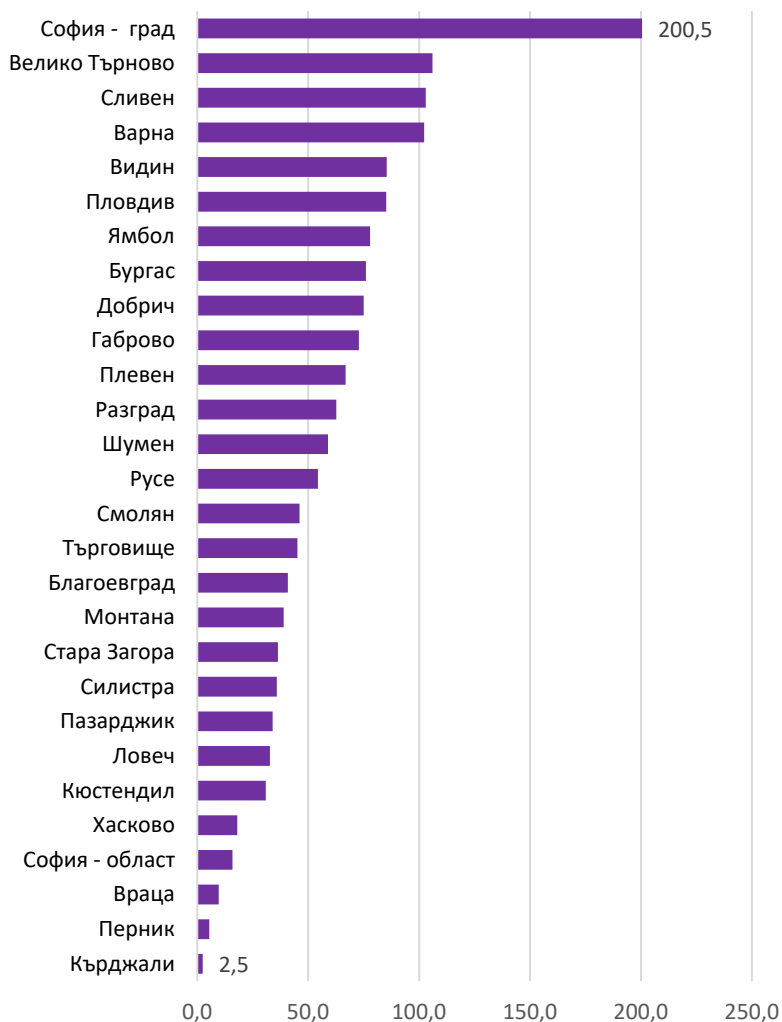
За качеството и достъпа до адекватни здравни грижи в извънболничната помощ може да се съди и по достъпа до лабораторни изследвания. НЗОК заплаща за микробиологични изследвания на здравноосигурените лица, за които личните лекари или лекарите специалисти издават направления. По-високото ниво на изследвания е свързано и с по-добра диагностика и лечение на заболяванията.

Наблюдават се много големи различия между регионите по отношение на клиничната микробиология, като най-много изследвания спрямо населението са извършени в София-град<sup>12</sup>, а най-малко в Кърджали. Разликата между двете области е сто пъти. Област Кърджали е на последно място по този показател и в края на класацията по почти всички показатели за извънболнична грижа. Фактор при този показател е и наличието на лаборатории в областите.

---

<sup>12</sup> Следва да се има предвид, че тук са представени данни за изследванията, заплатени от НЗОК, като не са включени изследванията, заплатени пряко от пациентите или от здравните фондове за допълнително осигуряване. Ако се добавят и те е разликите ще се увеличат допълнително.

Графика 23. Клинична микробиология – брой изследвания на 10 хиляди здравноосигурени лица по области, 2021 г.



Източник: НЗОК, изчисления на ИПИ

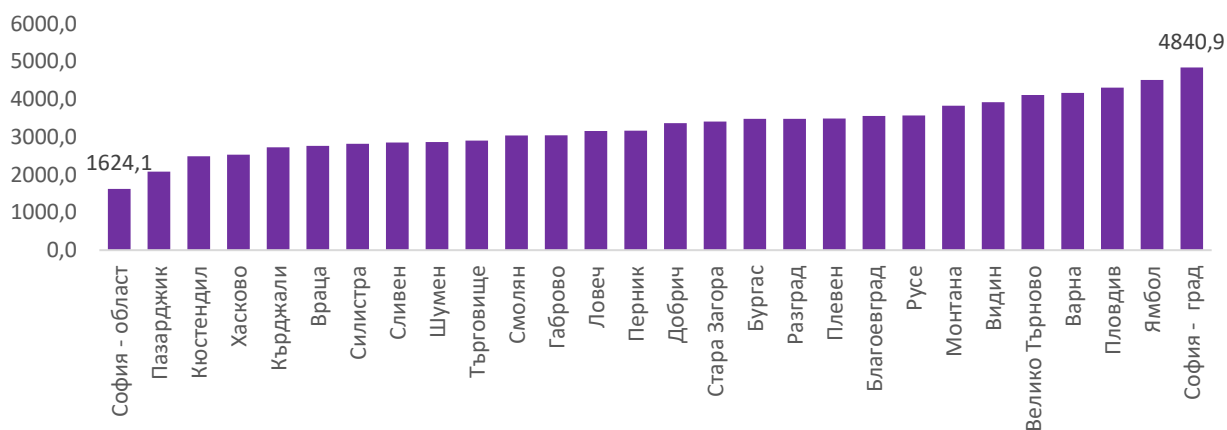
Условията и редът за извършването на медико-диагностична дейност, която се заплаща от Националната здравноосигурителна каса, са дефинирани детайлно в Националния рамков договор. Здравноосигурените пациенти имат право да им бъде извършен определен обем медико-диагностични дейности, които те получават чрез направление, издавано от личния лекар или от лекар - специалист. Броят на направлението, които лекар може да издаде, е ограничен. Пациентите имат правото да изискат и високоспециализирани медикодиагностични дейности, като направление за тяхното извършване се издава само специалистите по профил на конкретното заболяване.

Регионалните данни за извършените медико-диагностични дейности и за високоспециализираните медикодиагностични изследвания показва силния превес на големите области – столицата и областите с медицински университети и развита около тях мрежа от лаборатории и възможности



за извършване на изследванията. Изключения правят области Ямбол и Видин. Най-малко изследвания спрямо населението се извършват в София – област (три пъти по-малко в сравнение със столицата) – причината е близостта до столицата и в област Пазарджик, която е в близост до Пловдив. В областите Хасково и Кърджали също се извършват малко изследвания. От гледна точка на доставчиците на тази услуга една трета от сключените договори за МДД са съсредоточени в София и Пловдив.

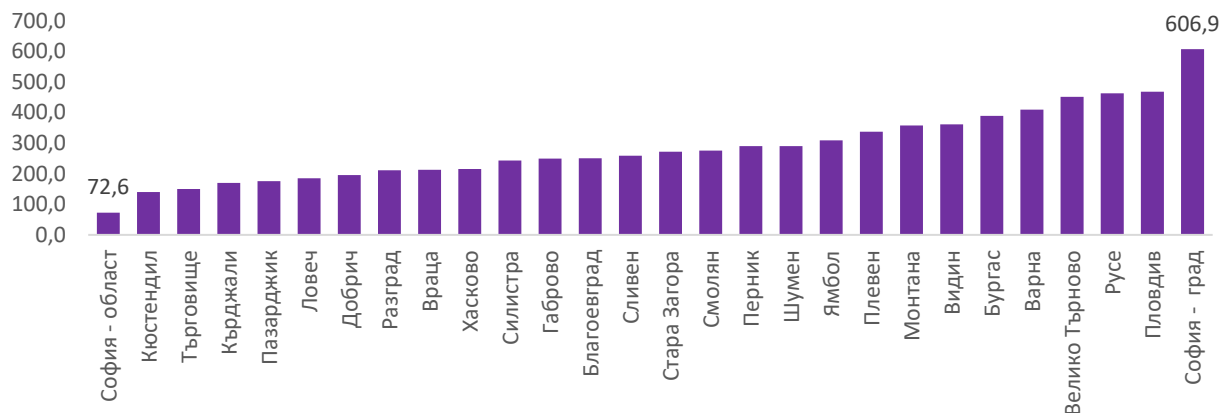
**Графика 24. Брой извършени медикодиагностични дейности на 1000 здравноосигурени лица по области, 2021 г.**



Източник: НЗОК, изчисления на ИПИ

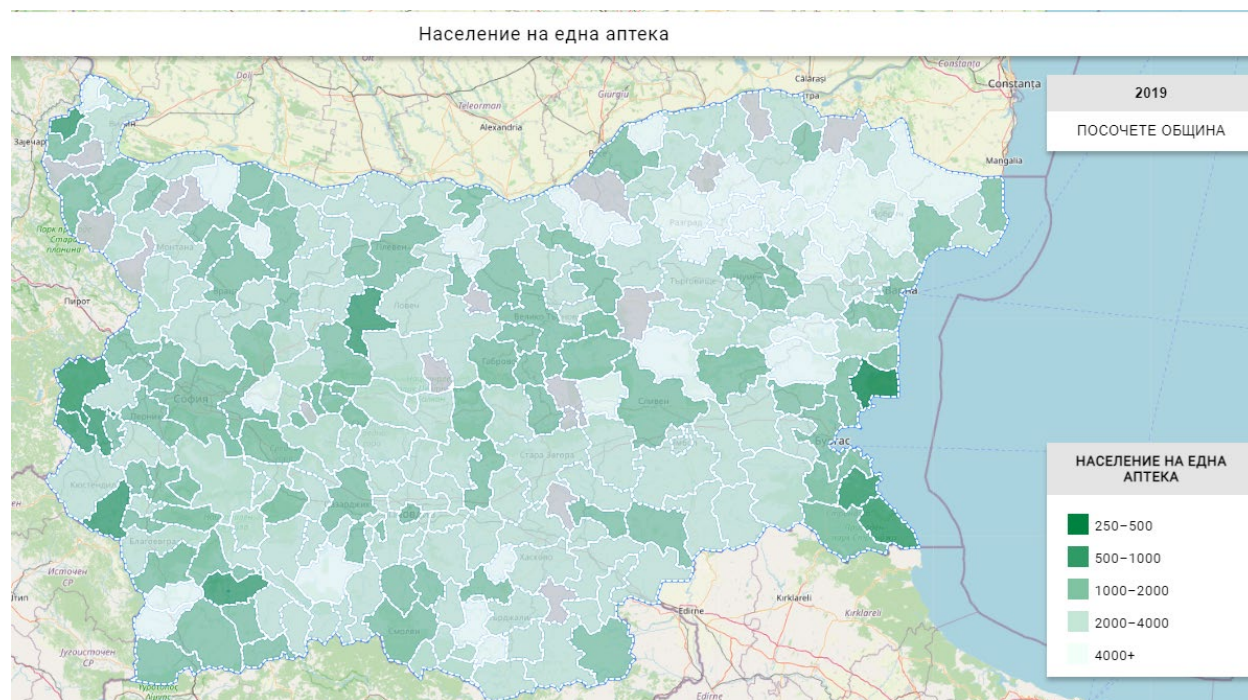
Различията между областите при извършване на високоспециализираните медикодиагностични изследвания са още по-големи – разликите в броя им между София – столица и София – област е над 8 пъти.

Графика 25. Брой извършени високо специализирани медикодиагностични изследвания на 1000 здравноосигурени лица по области, 2021 г.



Източник: НЗОК, изчисления на ИПИ

Достъпът до аптеки в България има пряка връзка с ефективния достъп до лекарства и оттам – до здравеопазване. В България според регистъра на аптеките, поддържан от Изпълнителната агенция по лекарствата, през 2019 г. аптеките в страната са 3814, а към 15-ти януари 2022 г. те са 3355. В 17 общини няма нито една аптека, а в други 37 има само една аптека. Повече от половината аптеки са съсредоточени в големите градове - в София са почти 750, в Пловдив - над 200, а по повече от 100 аптеки има и в Бургас и във Варна.



Източник: Изчисления на ИПИ, линк към интерактивна карта: <http://www.265obshtini.bg/map/39>

Претеглени спрямо населението, относително много аптеки има в черноморските общини, тъй като в активния туристически сезон населението и хората, които обслужват те на практика нарастват в пъти. Аналогично е положението в Банско – също туристическа дестинация. В повечето общини на една аптека се падат между 2 и 3 хиляди души. Почти всички общини, в които няма аптека, са в Северна България. Важно е да отбележим, че наличието на аптека в повечето общини не винаги означава, че достъпът до лекарства в страната е добър. Много малки населени места нямат лесен достъп до аптеки, а на места е проблем и липсата на адекватен транспорт до голямата съседна община.

### Болнична помощ

България има една от най-гъстите мрежи на лечебни заведения за болнична помощ (ЛЗБП) – и съответно легла за болнично лечение в Европа<sup>13</sup> – част от които са наследство от миналото, а част – новооткрити болници и частни лечебни заведения. През 2020 г. в страната функционират 342 болници (многопрофилни и специализирани), които разполагат с 54 216 легла. Гъстата мрежа от ЛЗБП обаче не води непременно до по-добро и качествено здравеопазване, както ще видим в следващите части на прегледа. Част от причините са липсата на концентрация на медицински случаи в отделни болници, невъзможността да се концентрира ресурс и разпиляването му между множество лечебни заведения, както и невъзможността на всички болници да осигурят адекватни кадри.

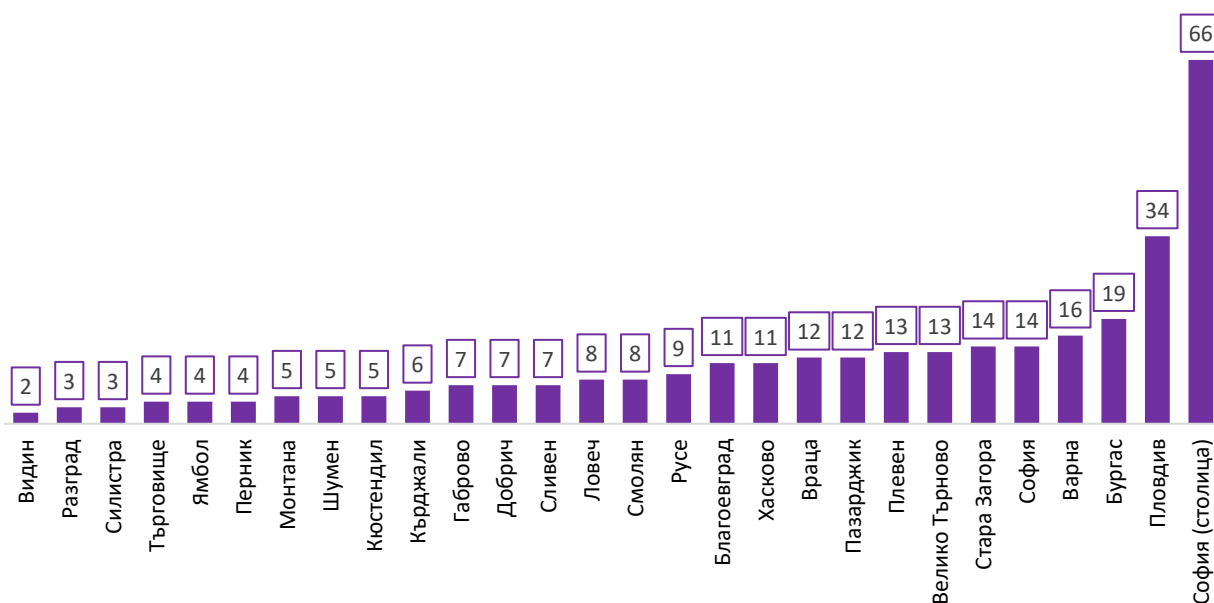
В регионален аспект се наблюдава концентрация на болници в големите области – София-град, Пловдив, Бургас и Варна. Само в столицата са разположени около една пета от всички лечебни заведения за болнична помощ. Повече от половината области разполагат с по-малко от 10 болници, а най-малко на брой са във Видин (2), Разград и Силистра (по 3) – силно обезлюдени области със застаряващо население.

---

<sup>13</sup> Повече данни са налични в Евростат:

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/table?lang=en>

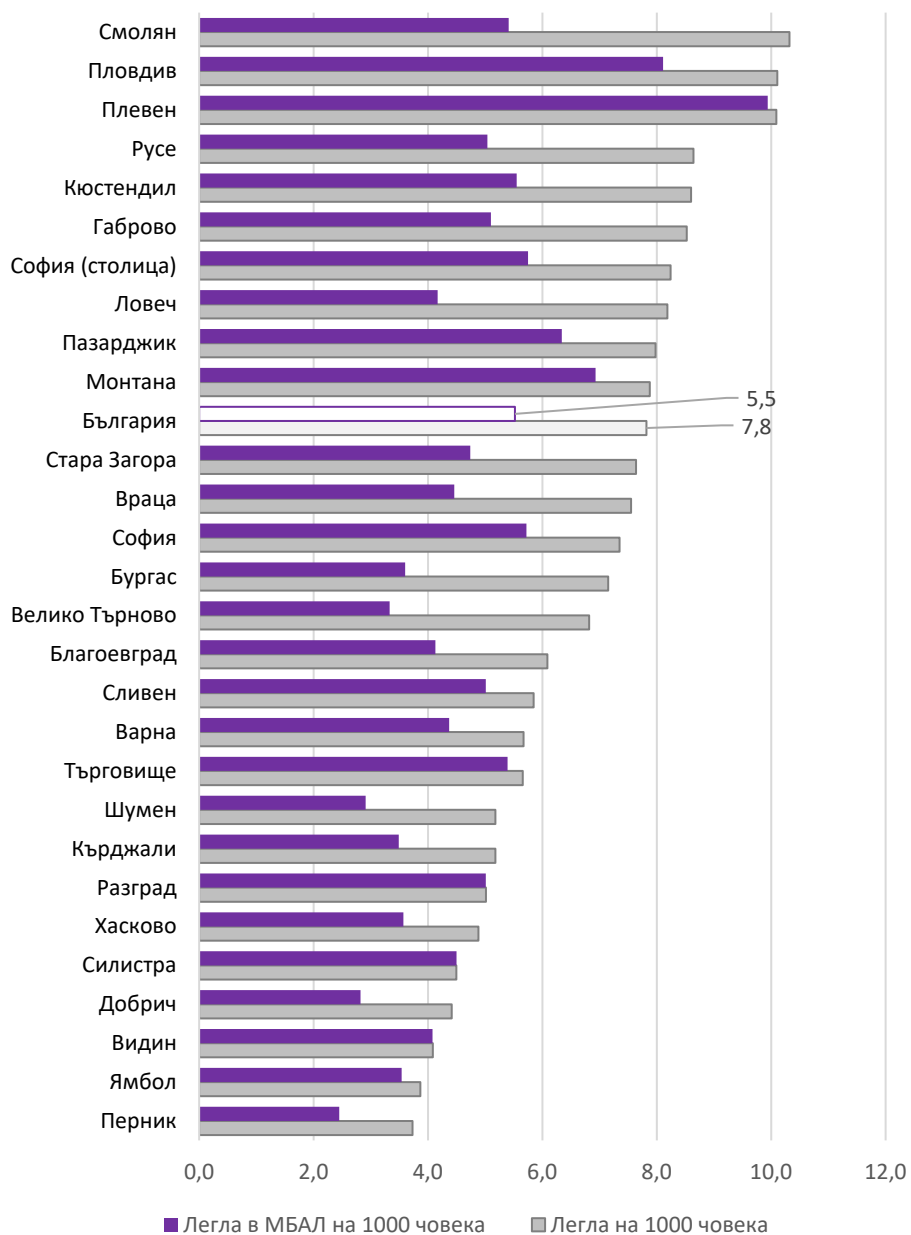
Графика 26. Лечебни заведения за болнична помощ през 2020 г. по области



Източник: НСИ

Леглата в болниците, отнесени спрямо населението, дават представа за възможностите на здравната система да обслужва местното население при нужда от хоспитализация, независимо че те не са достатъчен индикатор дали предоставеното лечение ще бъде адекватно, навременно и ефикасно. На национално ниво са налични средно по 7,8 легла на 1000 души от населението, като 5,5 от тях са в многопрофилни болници за активно лечение.

Графика 27. Легла в лечебните заведения за болнична помощ на 1000 души от населението за 2020 г.



Източник: НСИ, изчисления на ИПИ, „Регионални профили за 2021 година“

В областите се наблюдават различия както в броя на леглата спрямо населението, така и в дела на леглата в МБАЛ. Най-нисък брой легла спрямо населението има в областите Перник, Ямбол и Видин, но докато в случая на Перник този брой е обусловен от близостта до столицата, в която са съсредоточени огромен брой здравни институции, в област Видин ниският брой на болниците действително е ограничение за достъпа до здравни грижи. Област Ямбол пък е разположена между

Пловдив и Бургас, географското й местоположение благоприятства пътуването на пациенти към тях. Най-висок е броят на болничните легла спрямо населението в Смолян, Пловдив и Плевен. Този брой също е обусловен от различни причини – в област Смолян отдалечеността на населените места и трудният транспорт до тях водят до разпръснатост и липса на възможност за икономии от мащаба. В Плевен пък относително големият брой на леглата е свързан със сравнително доброто развитие на здравната мрежа в областта.

В някои области, поради наличие на една или няколко специализирани болници, леглата в МБАЛ са по-малък дял от общите – например в Смолян, Велико Търново и Бургас, докато в други (Плевен, Разград, Силистра и Видин) почти всички легла са разположени в МБАЛ.

*Карта 1. Кратко описание на клиничните пътеки, клиничните процедури и амбулаторните процедури съгласно НРД в България*

Амбулаторни процедури са въведени през 2016 г. от НЗОК с цел облекчаване на процедурите по диагностика и лечение на пациенти, за състояния, които не се нуждаят от постоянен болничен престой, по-голям от 48 часа. Това например са онкологични процедури по химиотерапия, хемодиализа, лечение на бъбречни колики, ортопедични, УНГ и леки очни операции, които преди това са се заплащали като клинични пътеки.

Амбулаторна процедура е система от определени с националния рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности в лечебни заведения за болнична помощ, комплексни онкологични центрове, центрове за кожно-венерически заболявания и лечебни заведения за извънболнична помощ с легла, съответно с диализни постове (диализни места) по отношение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение

Клинична процедура е система от определени с националния рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти в специализирани структури на лечебни заведения за болнична помощ при изпълнението по отношение на пациента на определени по вид и обхват дейности самостоятелно и/или преди, по време на или след болнично лечение по клинична пътека. Клиничната процедура е с продължителност до 24 часа.

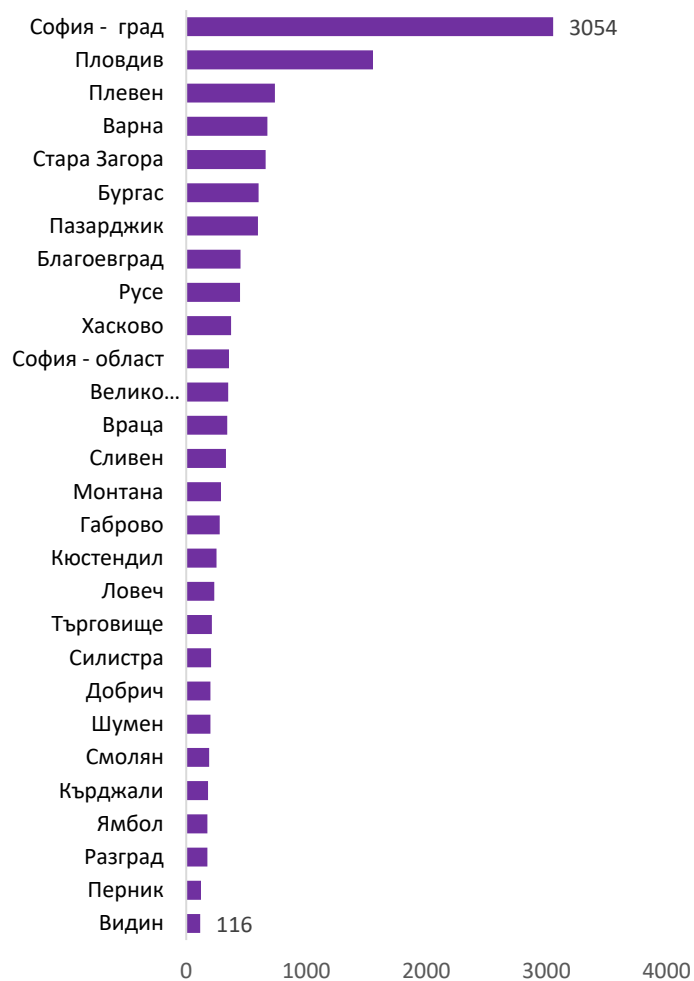
Клиничната пътека е система от определени с националния рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа. Тук ще се спрем в по-големи подробности на клиничните пътеки и тяхното разпределение по области, тъй като през тях преминава по-голямата част от финансирането на болничната помощ в България и анализът на тяхното разпределение дава по-добра представа за възможните ограничения в достъпа до болнична помощ за пациентите.

Източник: НЗОК

Развитието на подсектора на болничната помощ през последните години е белязано от въвеждането на амбулаторни и клинични процедури, в допълнение към вече доста широкия списък от клинични пътеки.

Сключените договори за изпълнение на клинични пътеки в страната за 2021 г. е 13 376 – най-голям дял от тях (23%) са сключени в София. Но като изключим София – град, Пловдив (12% от всички договори за пътеки) и Плевен (6%), в останалите 25 области се разпределят между 1 и 5% от договорите за клинични пътеки.

Графика 28. Брой сключени с НЗОК договори за изпълнение на клинични пътеки за 2021 г.

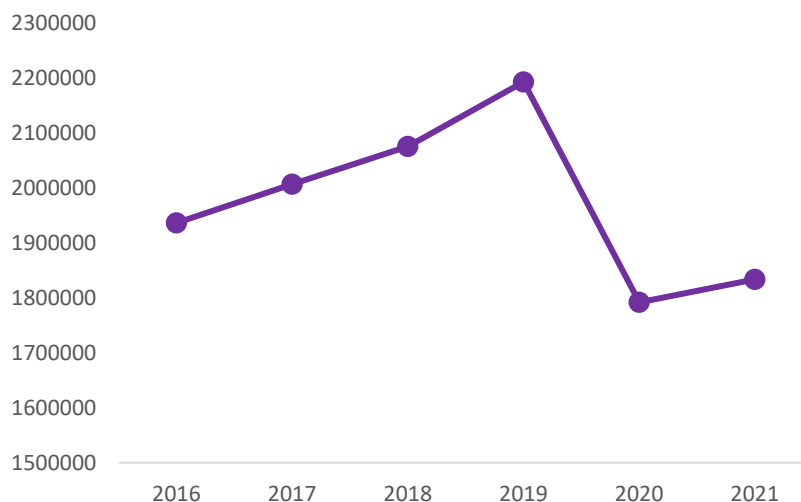


Източник: НЗОК

Във Видин и Перник – областите с най-малък брой сключени клинични пътеки за всяка от първите топ 10 пътеки<sup>14</sup> има сключени по два договора – това означава, че две лечебни заведения за болнична помощ в областта изпълняват тези пътеки. За сравнение в София град пътеката с най-много сключени договора е „Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи, с усложнения“ – 38 договора.

Един от най-важните показатели за оценка на болничната помощ е броят на хоспитализациите. Пандемията от covid-19 се отразява в посока сериозно намаляване на общия брой на хоспитализациите - през 2020 г. те спадат с 18,3% спрямо предходната година и все още остават под броя им през 2016 г. Това не е учудващо, като се има предвид ограничаването през част от годината на плановия прием в болниците и концентрирането на болничен ресурс към лечение на болни с covid - 19.

Графика 29. Общ брой хоспитализации в България, 2016 – 2021 г.



Източник: НЗОК

Преминалите болни през МБАЛ за 2020 г. (без приходящите пациенти от други области) средно за страната са 138 на 1000 души от населението, а ако се добавят и приходящите пациенти (пациентите от други области) хоспитализациите се увеличават близо двойно<sup>15</sup> – това означава, че на всеки десет души поне двама души средно са лежали в лечебно заведение за болнична помощ през годината. Нивата на хоспитализация в България остават много високи в сравнение с другите страни. Честият избор на престой в болница се налага по ред причини – ниско качество и слабо обслужване в доболничната помощ, липса на ефективност в изпълнение на роля на ограничител за достъпа до болнично лечение от страна на първичната помощ, структурата на клиничните пътеки, слабата

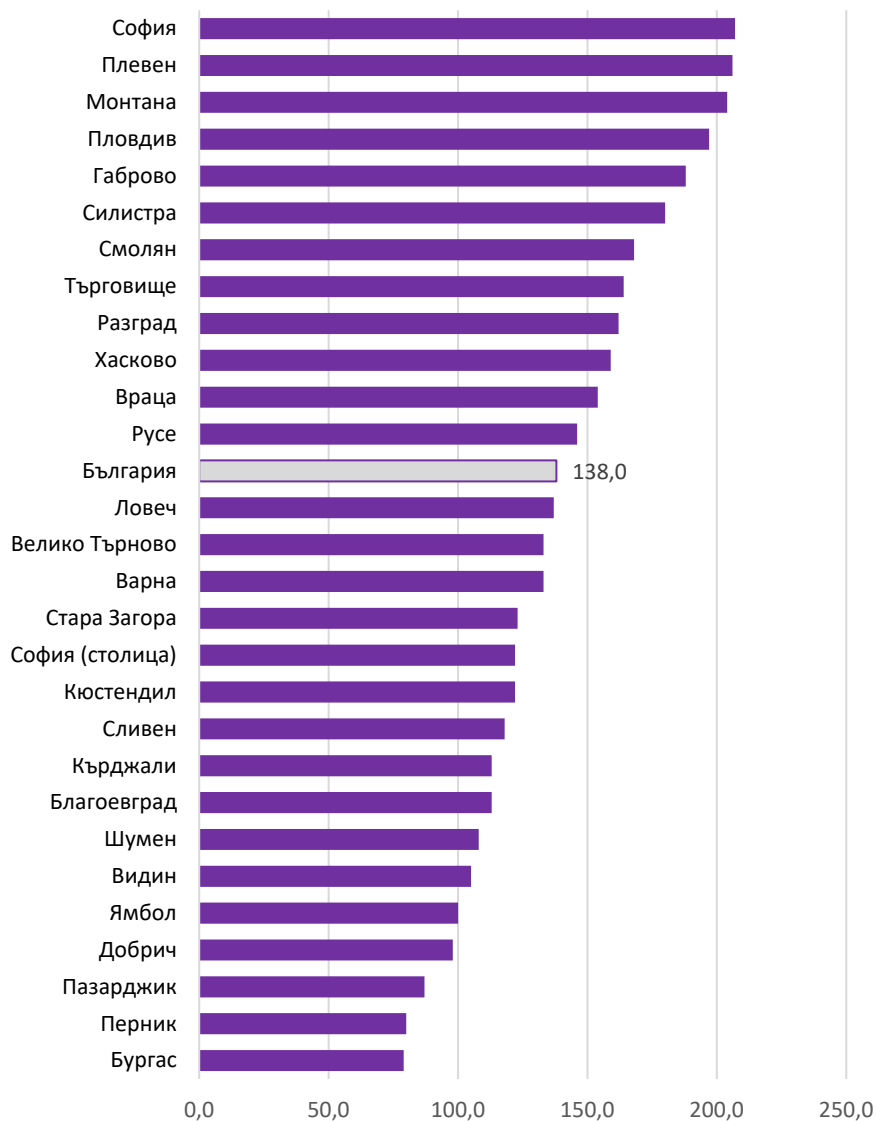
<sup>14</sup> Това са пътеките с най-много сключени договори в областта по данни на НЗОК.

<sup>15</sup> За повече информация за нивата на хоспитализация виж НСИ „Здравеопазване 2021“ [https://nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane\\_2021.pdf](https://nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2021.pdf)



превенция и ниво на профилактика, а covid пандемията също увеличава нивото на хоспитализациите през годината.

**Графика 30. Преминали през МБАЛ болни през 2020 г. (без приходящите пациенти) на 1000 души от населението, по области**



Източник НСИ, изчисления на ИПИ, „Регионални профили за 2021 година“

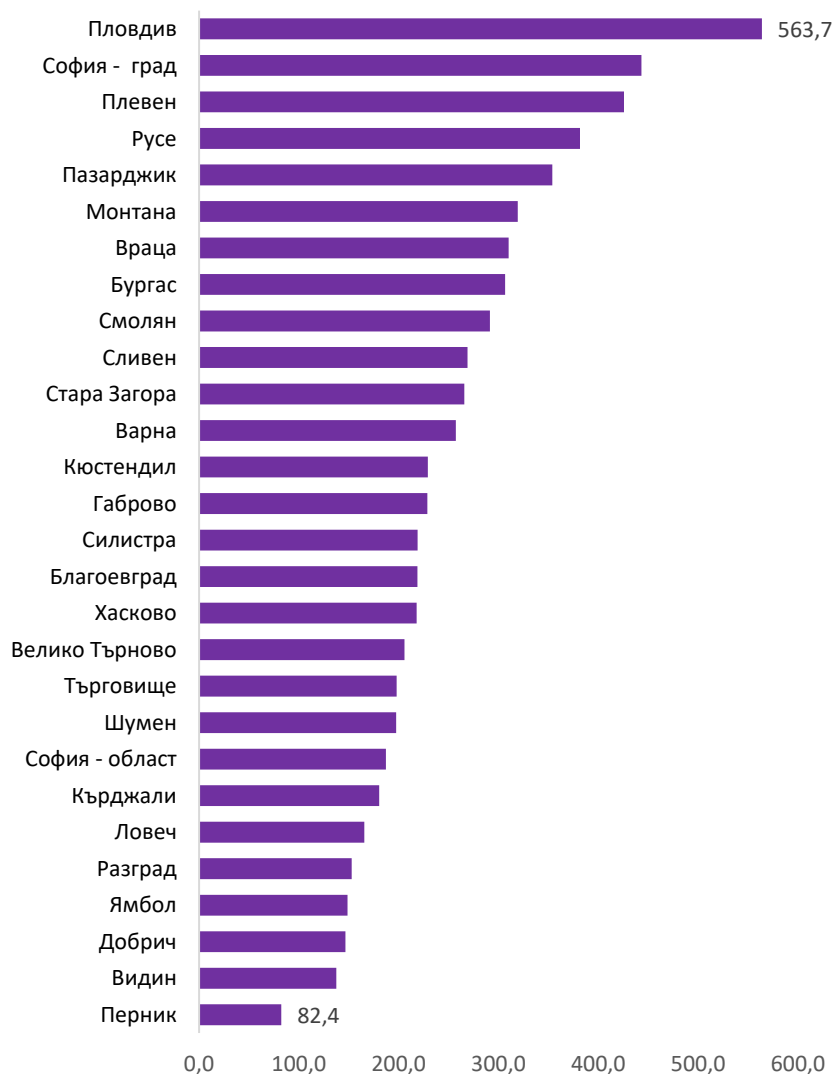
В регионален план се наблюдават сериозни различия – с най-ниско ниво на хоспитализация са областите Бургас (област с един от най-високия брой болници), Перник (поради близкото си разстояние до столицата) и Пазарджик (поради близкото си разстояние както до Пловдив, така и до София). На другия полюс са областите София област, Плевен и Монтана. Разликата между първия и

последния е почти три пъти. Ако се добавят и приходящите пациенти, в отделни области хоспитализациите ще нараснат двойно – основно това са областите, в които има университетски болници към медицинските университети – те са с голям капацитет и висока експертиза да поемат сложни и разнообразни случаи от страната.

Ако разгледаме дейността на лечебните заведения през призмата на заплатените от НЗОК клинични пътеки, също ще забележим сериозни регионални различия. Най-много клинични пътеки спрямо осигурените лица са били изпълнени и заплатени в Пловдив – 563,7 на 1000 здравноосигурени лица. Това е близо осем пъти повече от пътеките, изпълнени в Перник. Област Пловдив се оказва областта с най-висока концентрация на болнична помощ, като в нея вероятно се лекуват и пациенти от съседни области – основно от Кърджали и Хасково.

Ниският брой заплатени пътеки спрямо здравноосигуреното население в Перник може да се обясни с близостта на областта до столицата, а във Видин и Ямбол – с липсата на достатъчен брой лечебни заведения за болнична помощ и на специалисти, които да позволят на болниците да сключват договори и да изпълняват клиничните пътеки.

Графика 31. Заплатени от НЗОК клинични пътеки на 1000 здравноосигурени лица по области за 2021 г.



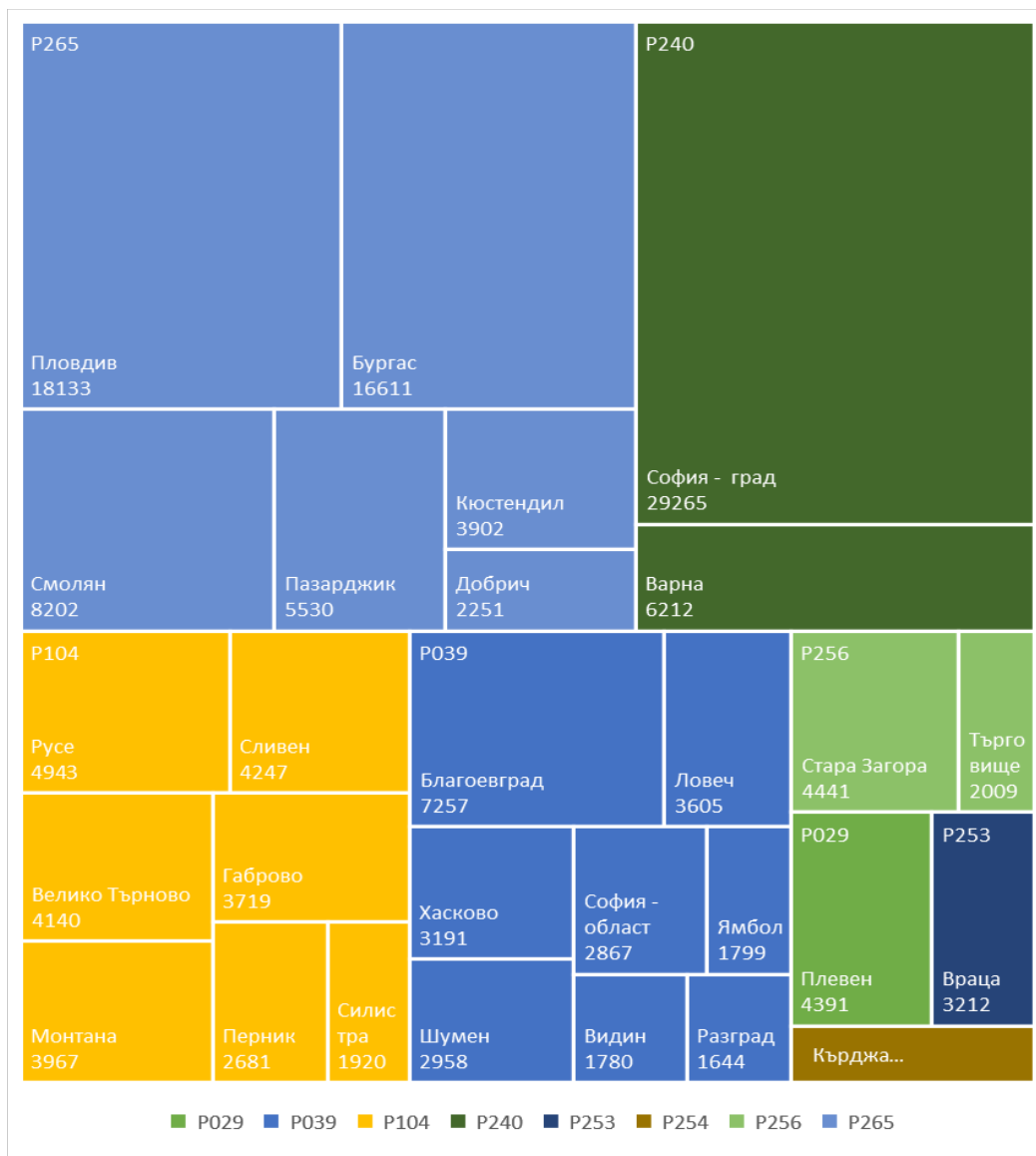
Източник: НЗОК, изчисления на ИПИ

На следващата фигура е представено разпределението на областите по най-големите като обем пътеки за всяка област през 2021 г. На първите места по брой случаи в областите са 8 пътеки (изброени в бележката под графиката). Най-често прилаганата пътека е „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“, като тя е на първо място в 6 области. Пътеките, свързани с лечение на инсулти, на covid и други пневмонии, както и на онкологични заболявания, също силно доминират през 2021 г.

Най-голям брой случаи по една пътека в най-голямата област – София – град, както и в област Варна са изпълнени по пътека P240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на

злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“ – и в двете области лечението на онкологични заболявания е сериозно застъпено в болничните им системи.

Графика 32. Разпределение на областите според най-голямата като обем пътека, 2021 г.



Бележка: В графиката са представени следните клинични пътеки:

- P265 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“
- P240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“
- P104 „Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи, с усложнения“
- P039 „Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст“
- P256 „Продължително лечение и ранна рехабилитация на следоперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето“
- P029 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“
- P253 „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“
- P254 „Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето“

Източник: НЗОК

## Ефективност на системата на здравеопазване в България

Оценката на ефективността на здравната система е сложен процес, който може да се извърши на база на различни индикатори. Ефективността показва доколко системата, в контекста на ресурсите, с които разполага, постига целите си. За целите на настоящия материал ще представим няколко избрани показателя за България в сравнителен план с други европейски държави, които да дадат информация как се представя здравната система по отношение на подобряване здравето и ограничаване на смъртността на българското население.<sup>16</sup>

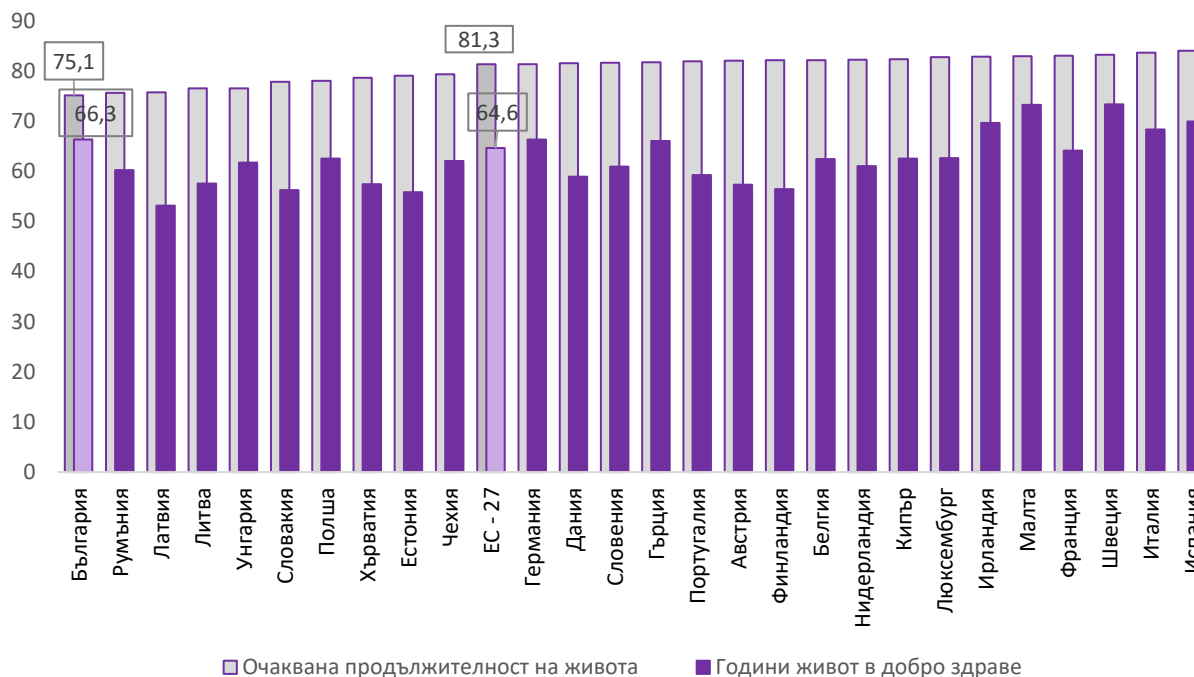
Важен показател за целта е този за години живот в добро здраве<sup>17</sup> – средно за България той е 66,3 години за 2019 г. при средно за Европейския съюз 64,6 години. Според този показател българинът живее с 1,7 години повече в добро здраве от средната стойност за гражданите на ЕС. За съжаление, обаче, при съпоставяне с данни за очакваната продължителност на живота, която в България е най-ниска в сравнение с всички страни от ЕС (75,1 години), се оказва, че при влошаване на здравето на човек в България преживяемостта е много ниска – с други думи при необходимост от здравни грижи (активно лечение или дългосрочни грижи), здравната система до голяма степен не помага за удължаване на живота, което е лош атестат за ефективността ѝ. Самият показател за очаквана продължителност на живота е с близо 6 години по-нисък от средния за ЕС и 8,9 години по-нисък от първенеца Испания, което също е доказателство за ниската ефективност на здравната система.

---

<sup>16</sup> Подобен методологически подход е избран в изследването на ОИСР и ЕК „България: Здравен профил за страната 2021“, налично тук: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/df3f45dd-bg.pdf?expires=1642514276&id=id&accname=guest&checksum=3CE58FCC6996C68A4F8B1648B22999DA>

<sup>17</sup> Следва да се има предвид, че съгласно дефиницията на Евростат индикаторът за години живот в добро здраве измерва очаквания брой години, които човек ще прекара без средни или тежки здравни проблеми. Индикаторът отразява получаването на увреждане, както и самооценката за здравето. Повече информация може да се намери тук: [https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/sdg\\_03\\_11](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/sdg_03_11)

Графика 33. Години живот в добро здраве на фона на очакваната продължителност на живота за 2019 г.

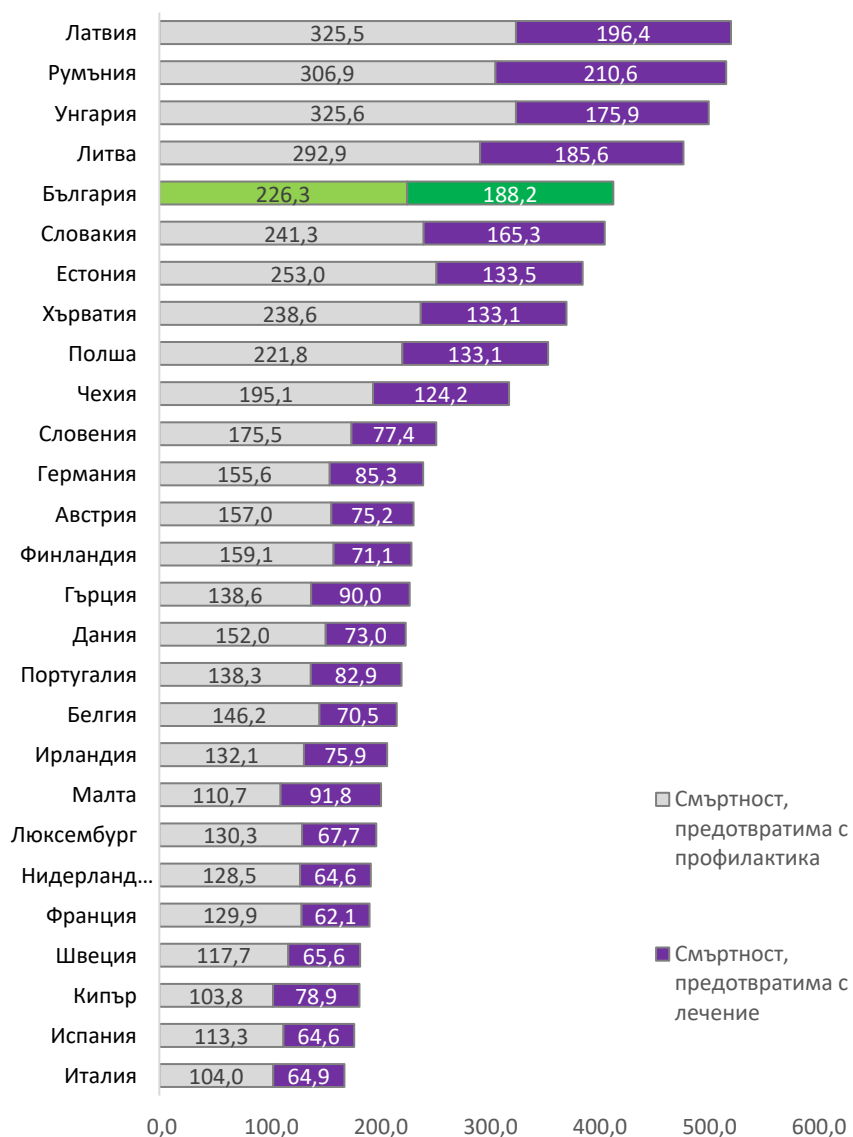


Източник: Евростат

Ефективната работа на здравната система може да се оцени и чрез показателите за смъртност, предотвратима чрез добра профилактика и добро лечение. Както е видно на графиката по-долу, по тези показатели България е на едно от последните места в ЕС, изпреварвана от Литва, Латвия, Румъния и Унгария. Общата стойност на коефициента за предотвратима смъртност в България е три пъти по-висок от показателите на Испания и Италия.

Причините за по-високата предотвратима смъртност са както във функционирането на здравната система, така и във високата заболяемост и смъртност от социално значими болести (например инсулт, рак и др.), но можем да направим извод, че високата стойност на предотвратимата смъртност показва, че програмите за профилактика не са ефикасни, а лечението на определени заболявания не показва достатъчно добър резултат, поне в сравнителен план с останалите страни от ЕС. Това води след себе си и по-висока обща смъртност, както и намаляване на продължителността на живота. ОИСП също констатира в своя анализ „България: здравен профил на страната 2021 г.“: „Тези данни показват необходимостта от ефективни стратегии за първична профилактика и от политики за подобряване на диагностиката и лечението.“

Графика 34. Предотвратима с добра профилактика и с добро лечение смъртност, 2018 г.\*



Бележка: \* Последните данни на Евростат по тези показатели са за 2018 г., с изключение на Франция, за която данните са за 2017 г. Показателите измерват смъртността, която може да се предотврати, на 100 хиляди души от населението.

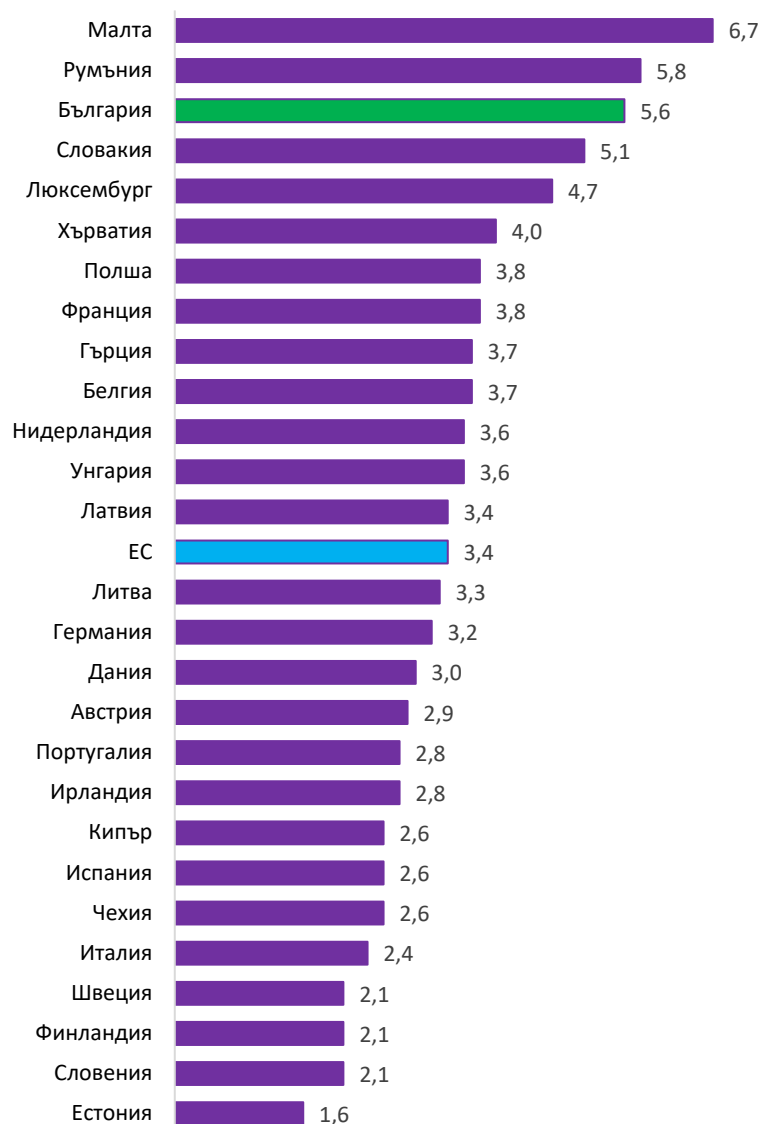
Източник: Евростат

Детската смъртност<sup>18</sup> е друг обобщаващ показател, който показва пряка връзка с функционирането на здравеопазването. В България коефициентът на детска смъртност се подобрява (5,6‰ за 2019 г. и 5,1‰ за 2020 г.), но все още е на много високо ниво – страната ни е изпреварена единствено от

<sup>18</sup> По данни на НСИ детската смъртност показва броя на умрелите деца на възраст до 1 година на 1 000 живородени деца. Изчислява се в промили като отношение на умрелите деца на възраст под 1 година към броя на живородените деца.

Малта и Румъния. Тревожно е, че детската смъртност у нас е по-висока от тази в държави със сходно икономическо и социално развитие (например Литва и Латвия).

Графика 35. Коефициент на детска смъртност в ЕС, ‰, 2019 г.



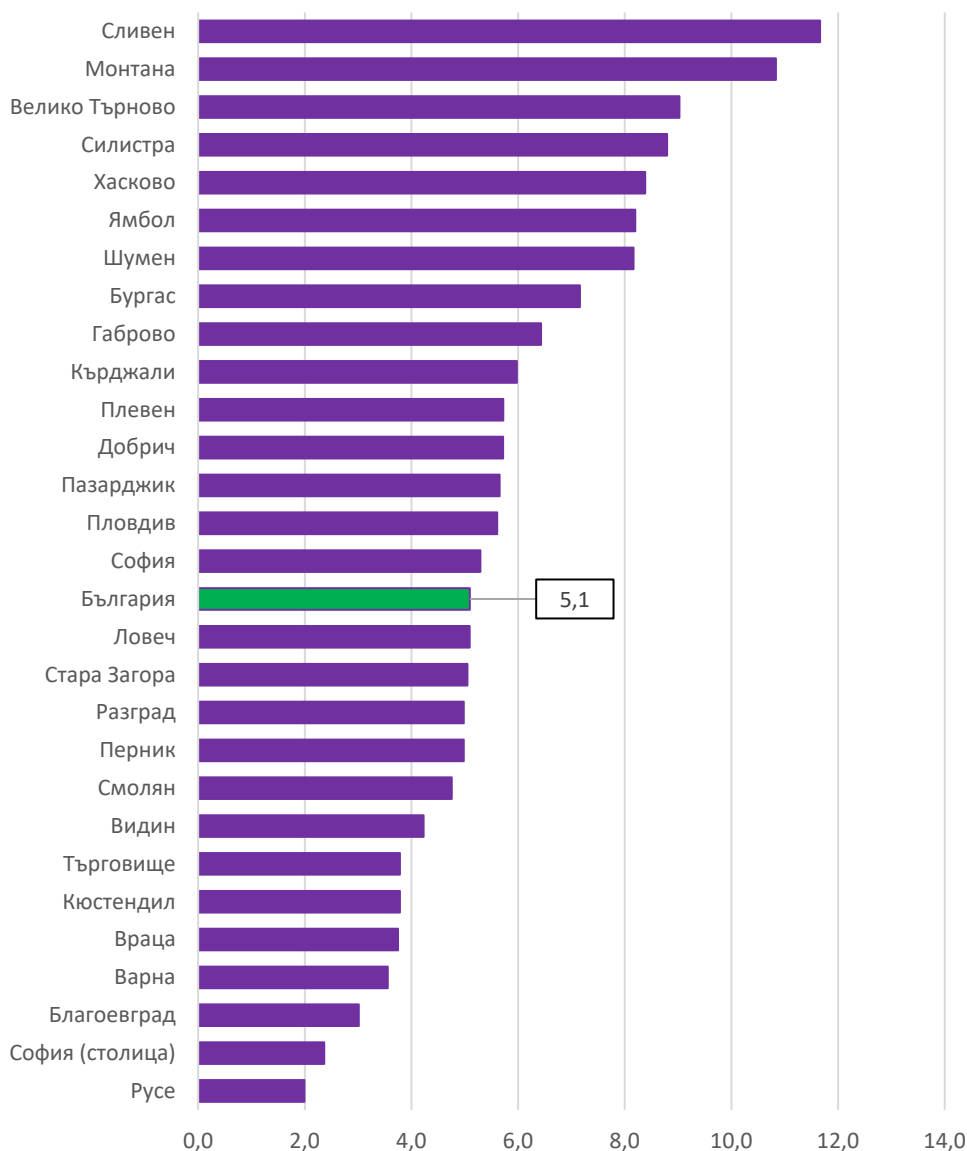
Източник: Евростат

Детската смъртност по области в България отново показва различия – те зависят както от демографското, така и от социално – икономическото местно развитие. Между 2019 и 2020 г. коефициентът намалява в 15 области и се увеличава в 13. На отделни места е регистрирано сериозно намаление на коефициента (например областите Стара Загора, Видин и Перник), като то вероятно се дължи не само на промени в системата на здравеопазването, но и на изкривяване



покрай малкия брой раждания в тези области. Най-висок ръст на коефициента за детска смъртност бележат областите Монтана (там увеличението е над 3 пъти), Шумен (над 2 пъти) и Силистра.

Графика 36. Коефициент на детска смъртност в България по области, %, 2020 г.



Източник: НСИ

Мнението на пациентите по отношение на работата на здравната система е изключително важно, въпреки че в България подобна оценка не се взема предвид от здравната система по никакъв начин. Евростат и НСИ провеждат специфично изследване, наречено „Европейско здравно интервю“. То е част от Европейската система на здравни изследвания, чиято цел е чрез използването на хармонизиран инструментариум, осигуряващ в голяма степен сравнимост на данните между

страните от Европейския съюз, да се оценят здравния статус, начина на живот (здравни детерминанти) и ползването на здравни услуги от населението на ЕС.<sup>19</sup>

Посещенията при личните лекари са фактор, който показва доколко системата на първичната извънболнична помощ се използва, като в здравното интервю е посочено колко пъти всеки пациент е посещавал личен лекар за последните четири седмици в периода на провеждане на интервюто. Прави впечатление, че в България голям брой от интервюираните не са посещавали личен лекар в рамките на периода. Като цяло най-честият брой посещения при личен лекар е около 1 на месец.

Разпределението по региони показва, че най-масово използват системата на първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП) в област Ловеч, а най-слабо – в Смолян. В област Кърджали никой не е отговорил, че е посещавал личен лекар повече от един път за последния месец, а в област Габрово 13% от запитаните отговарят, че са посещавали личен лекар повече от 2 пъти.

Честите посещения при личните лекари и съответно – по-сериозното използване на ПИМП се асоциират с по-висока възраст на населението, по-слабо покритие на болничната помощ и по-ниски доходи (пациентите с ниски доходи трудно могат да заобиколят първичната помощ, тъй като се нуждаят от направление, за да получат достъп до специалист или болнична помощ, те рядко могат да си позволят директен достъп до специалист или частно лечебно заведение).

Изследването EU-SILC (2019 г.) показва сериозни различия в здравния статус на населението според доходите. Сред бедните дялът на хората в много лошо здраве (по собствено определение) е двойно по-висок в сравнение с този дял при небедните. Тази разлика е обусловена от ограниченията на бедните хора в достъпа до здравеопазване, включително по отношение на възможността за достъп до лекарства, профилактична грижа, благоприятни жилищни условия, добра и разнообразна храна. Тези фактори се отразяват и в данните за липса на изследване или лечение на населението спрямо степента на бедност. Докато при небедните едва 1,5% от всички страдат от здравословен проблем, който не лекуват, то сред бедните този дял е 5,5%. Причините на липса на лечение и изследване на здравословен проблем при бедните и небедните също са много различни. Сред небедните водещите причини са изчакването дали медицинските проблеми няма на отминат сами (33%) и високата цена на лечението или изследванията (28%), докато сред бедните липсата на средства е водещият фактор, който ограничава достъпа до медицинска грижа за 62%.<sup>20</sup>

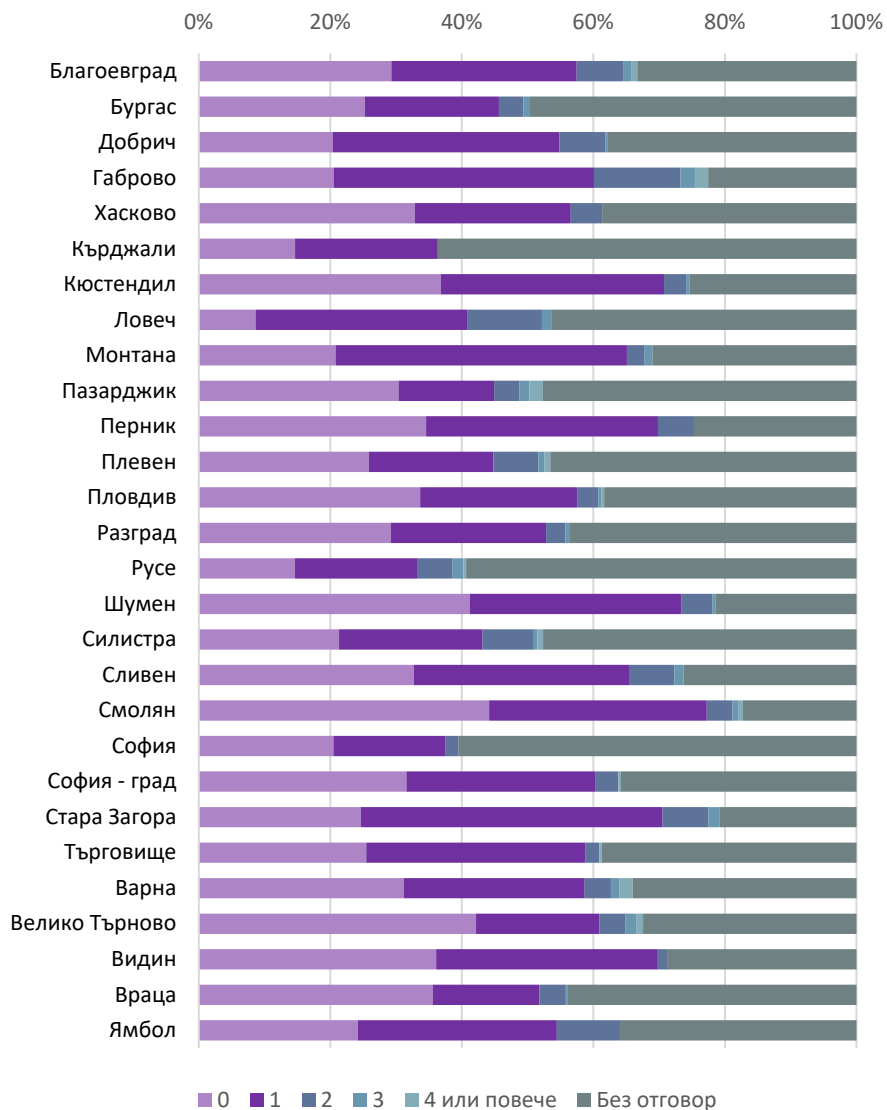
---

<sup>19</sup> Данните от интервюто са налични тук:

<https://www.nsi.bg/bg/content/17582/%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%82%D0%B0-%D0%B2%D1%8A%D0%BB%D0%BD%D0%B0-%E2%80%93-2019-%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0>

<sup>20</sup> Повече информация за неравенствата при достъпа до здравеопазване може да се открие в изследването на ИПИ „Преглед и анализ на неравенството във възможностите в България“, налично тук: [https://ime.bg/var/images/IME\\_Inequality\\_of\\_Opportunity\\_211221.pdf](https://ime.bg/var/images/IME_Inequality_of_Opportunity_211221.pdf)

Графика 37. Брой посещения при личен лекар за последните четири седмици, 2019 г.

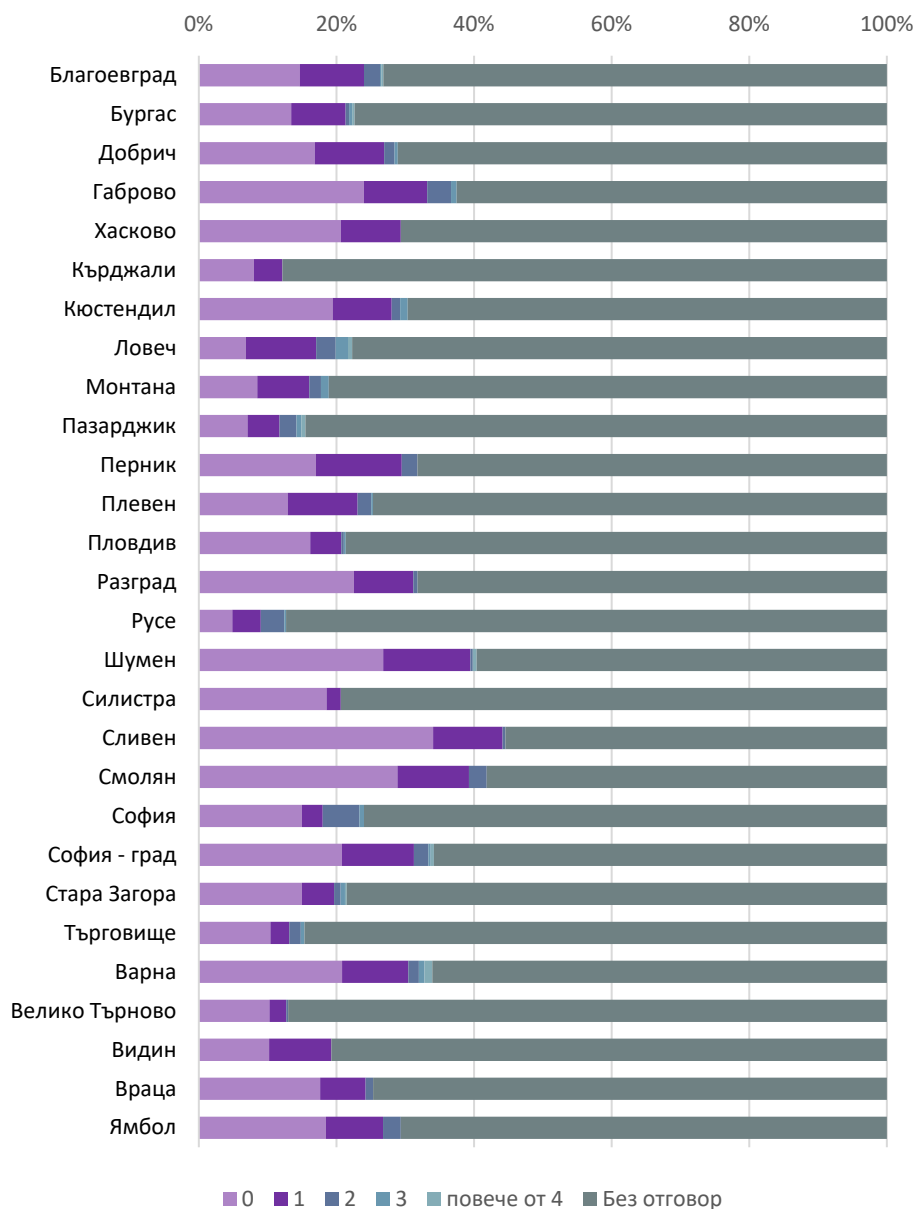


Източник: НСИ, „Европейско здравно интервю 2019“, изчисления на ИПИ на база на микроданни от интервюто

Резултатите за посещенията при специалист или хирург показват много ниска използваемост на подсектора на извънболничната специализирана помощ. Много голям дял от респондентите изобщо не са дали отговор на въпроса дали са посещавали лекар специалист през последните 4 седмици, а значителен дял са отговорили, че не са. От посещаващите най-честият отговор е „1 път“. По-скоро по изключение се наблюдава посещаемост при специалисти повече от веднъж месечно. В регионален план най-висок дял на посещаемост в специализираната извънболнична помощ (СИМП) бележат области Шумен и Перник с поне едно посещение (което е възможно да е било осъществено в големите здравни центрове в областите в съседство), а най-нисък – Велико Търново и Силистра. Следва да се има предвид и фактът, че много често посещаемостта при специалистите

зависи и от издадените направления за консултация при тях от страна на личните лекари (едно направление се полага и важи 1 месец).

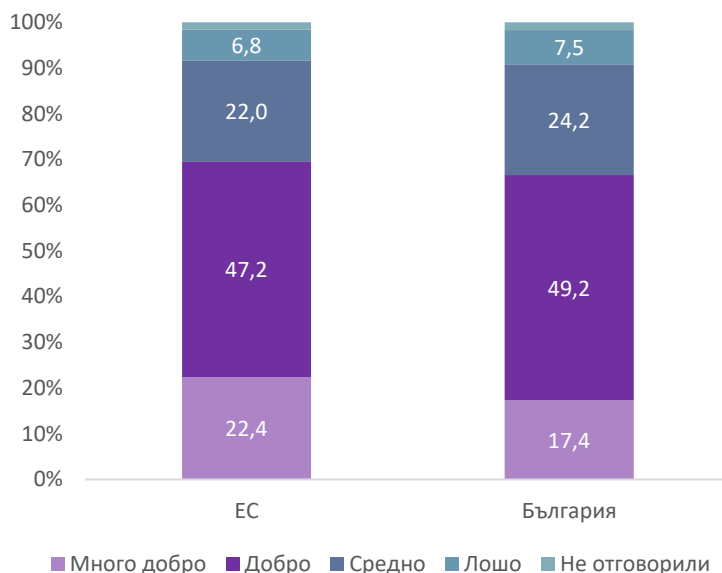
**Графика 38. Брой посещения при лекар – специалист или хирург през последните 4 седмици, 2019 г.**



Източник: НСИ, „Европейско здравно интервю“, 2019 г., изчисления на ИПИ на база на микроданни от интервюто

Самооценката на здравето от пациента в България като цяло не се различава особено от средните оценки на гражданите на ЕС. Делът на хората в много добро здраве в ЕС (22,4%) е по-висок от този в България (17,4%), а този на хора в добро здраве в ЕС (47,2%) е сходен с този в България (49,2%). Разликата между хората, които определят здравето си като „средно“ или „лошо“ в България и в ЕС е около 3 пр. п. в полза на европейските граждани.

Графика 39. Самооценка за собственото здраве, 2020 г.



Източник: Евростат

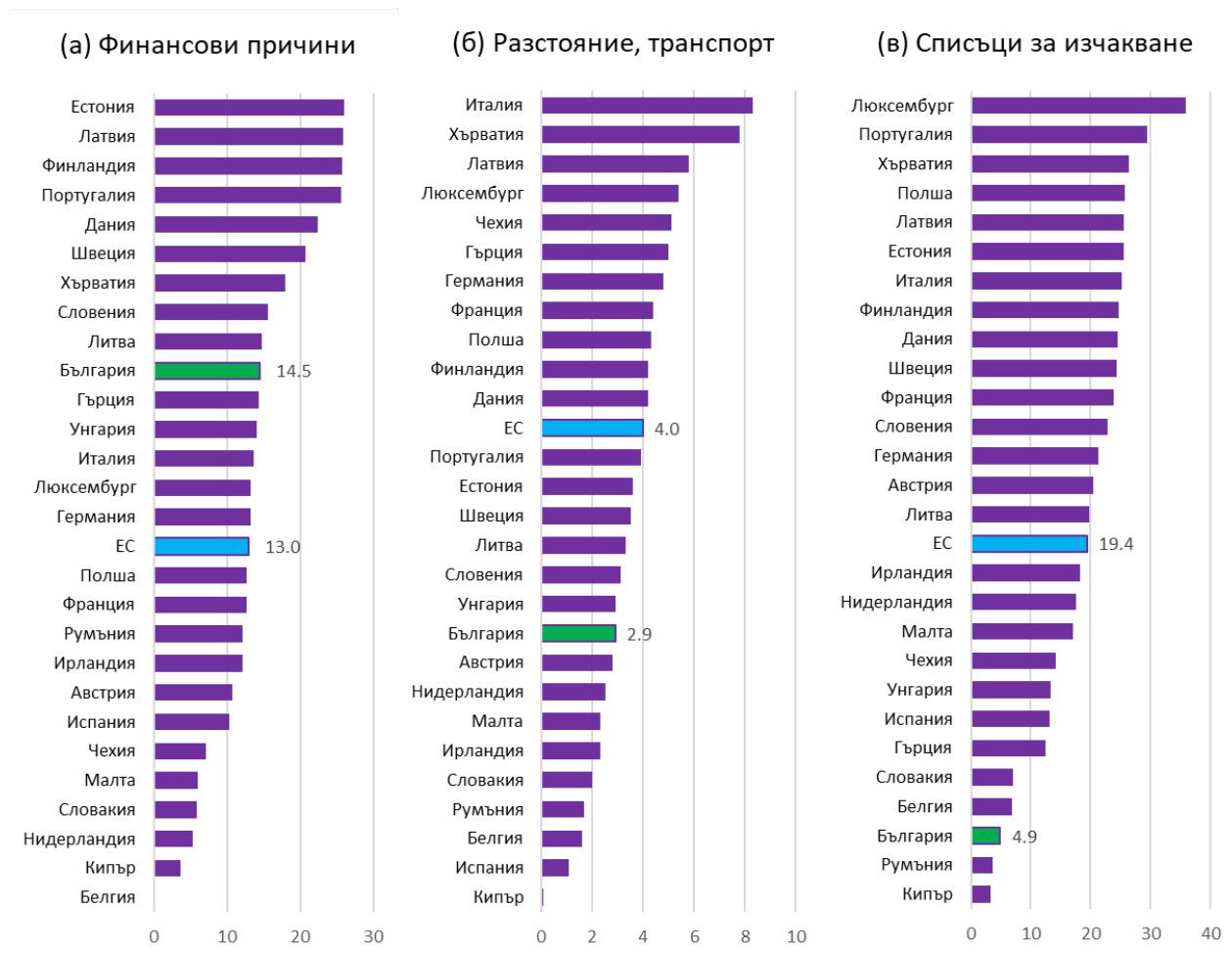
Друг важен показател за адекватността на здравната система спрямо пациентите е показателят за неудовлетворени потребности от здравни грижи. Неудовлетворените потребности от здравни грижи се дефинират от Евростат като онези потребности, които са възникнали, но не са били удовлетворени през последните 12 месеца поради финансови затруднения, дистанция или дълго изчакване. Този показател е част от здравната статистика на Евростат и се отчита от интервюираните лица<sup>21</sup>.

В сравнителен план с останалите страни от ЕС България показва сравнително високи резултати, което означава, че в по-голямата си част хората смятат, че неудовлетворените потребности от здравеопазване у нас не са значителни. Единствено при показателя „финансови ограничения“ по-голям дял от българите отговарят положително в сравнение с гражданите на останалите европейски страни. По този показател България също не показва много слаби позиции, като се намира между Гърция и Литва.

<sup>21</sup> Повече информация тук: [https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth\\_det\\_esms.htm](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm)

Едно от обясненията все пак за липсата на сериозни ограничения в достъпа до здравеопазване у нас може да се търси в много широката мрежа от лечебни заведения – както за извънболнична, така и за болнична грижа – физическото наличие на болница или лекар в близост до пациента се възприема като безпроблемен достъп, без да се дава сметка за качеството на предоставяната услуга. Също така фактор е и високата конкуренция и сравнително ниските спрямо доходите цени на здравните услуги, особено в малките населени места.

Графика 40. Неудовлетворени потребности от здравни грижи в страните от ЕС, 2019 г., %



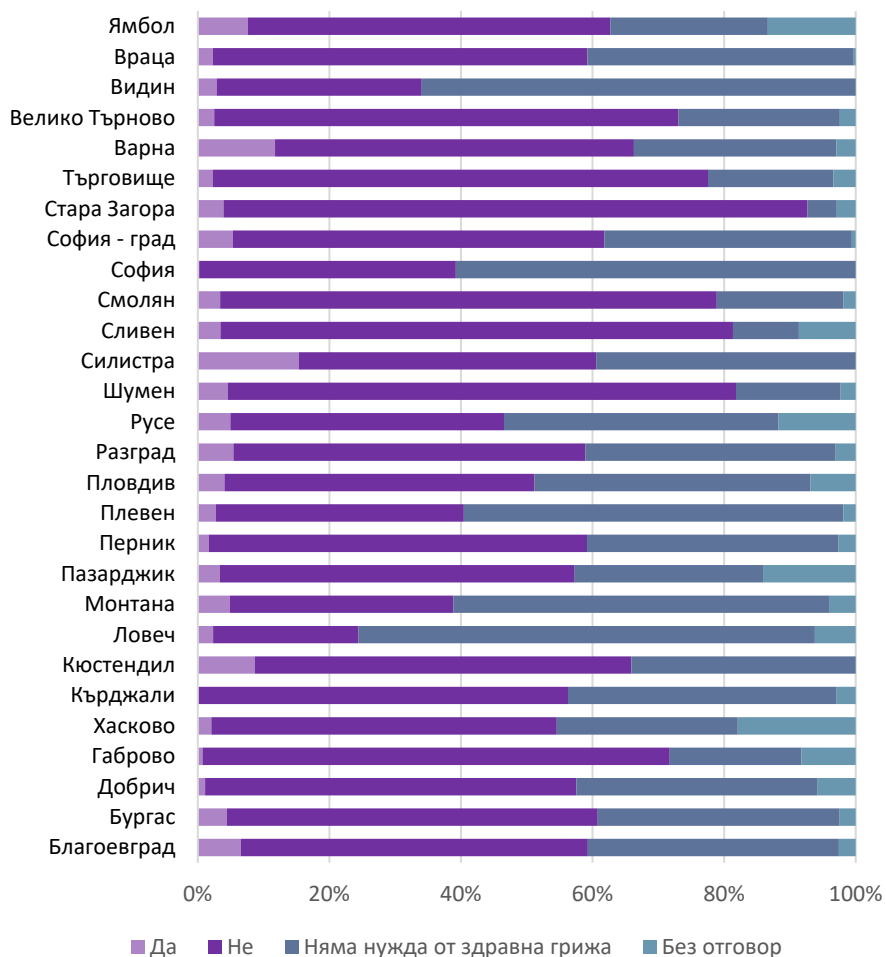
Източник: Евростат

Финансовите ограничения са най-сериозният проблем на част от населението на България при достъпа до здравни грижи, независимо че огромна част от здравните услуги се покриват от здравната каса. Те не са еднакви за всички граждани на България, тъй като разпределението на

доходите в страната между отделните групи на населението (например етнически) не е еднакво<sup>22</sup>. Наблюдаваните различия в доходите водят до по-ниска самооценката на здравно състояние и до по-големи ограничения в ежедневната дейност по здравословни причини. Съществуват също съществени разлики в здравното състояние и в зависимост от заетостта.

Графика 41. Ограничен достъп до здравни грижи поради финансови ограничения, по области, 2019 г.

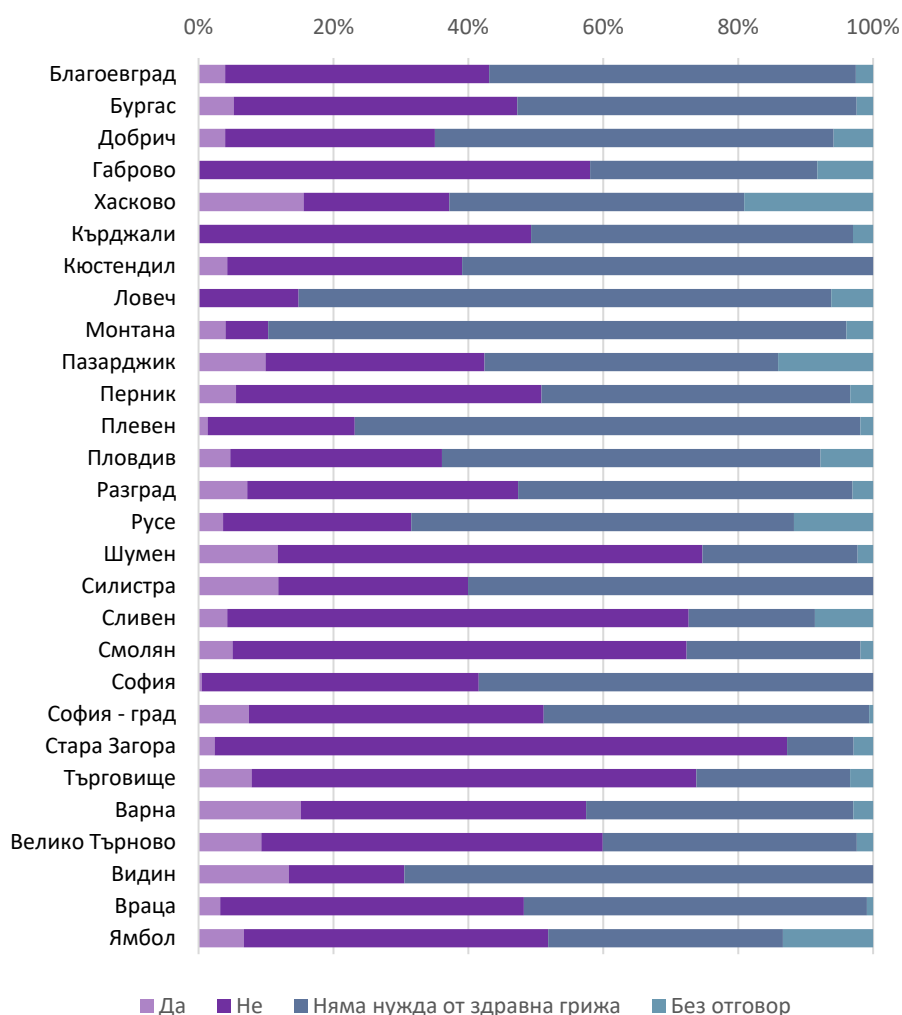
(а) Не може да си позволи лекар



<sup>22</sup> Повече информация за неравенствата при достъпа до здравеопазване може да се открие в изследването на ИПИ „Преглед и анализ на неравенството във възможностите в България“, налично тук: [https://ime.bg/var/images/IME\\_Inequality\\_of\\_Opportunity\\_211221.pdf](https://ime.bg/var/images/IME_Inequality_of_Opportunity_211221.pdf) То се базира на данни на изследване на домакинствата, което Евростат и НСИ извършват и наблюденията в него до голяма степен потвърждават резултатите от здравното интервю.

Ограниченият достъп до лекари поради финансови причини има и различни регионални измерения. Най-много граждани, които не могат да си позволят лечение при лекар, има в областите Силистра, Варна и Кюстендил, а най-малко – в Кърджали, София – област и Габрово. В област Стара Загора най-голям е дялът на запитаните граждани, които са категорични, че нямат финансови затруднения по отношение на достъпа до лекари.

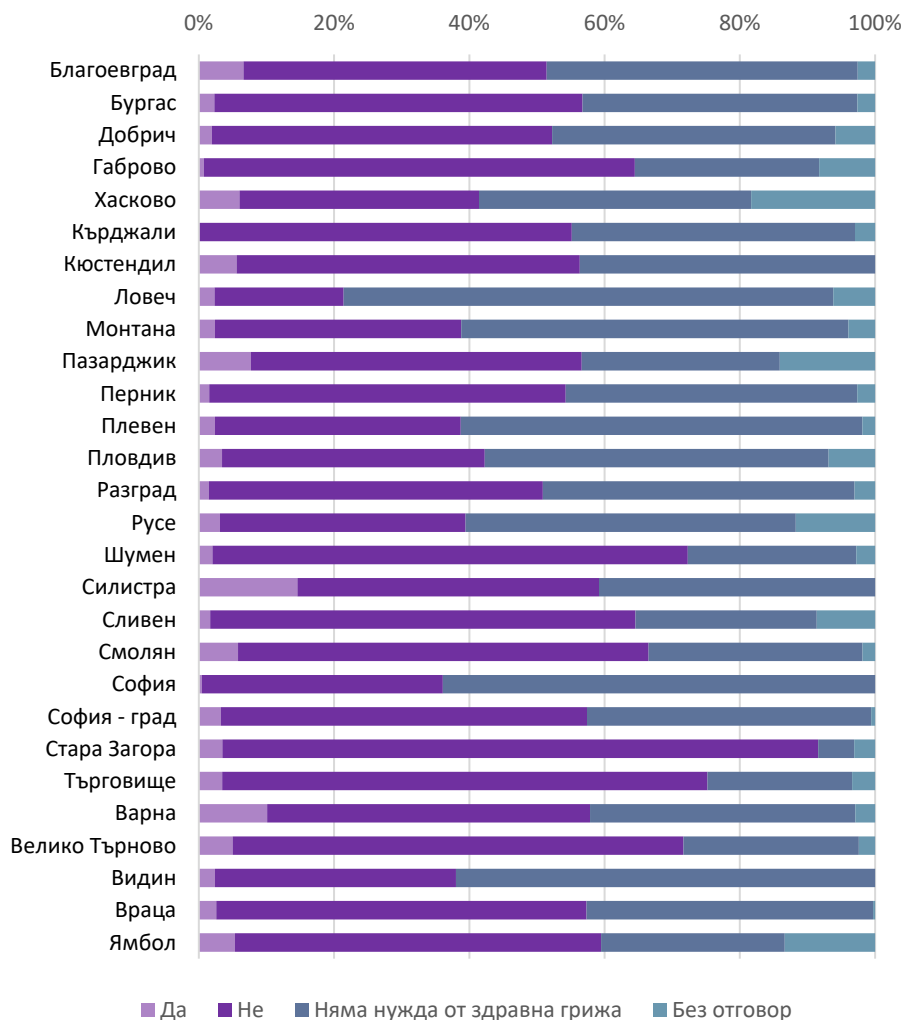
(б) Не може да си позволи зъболекар



Ограниченият достъп до зъболекарска грижа е в най-силна зависимост от ниските доходи – при нея пакетът от дейности, които НЗОК заплаща, е ограничен, а често срещите със зъболекар се отлагат до възможно най-късен момент, когато и разходите за лечение са по-големи. Най-големи ограничения в достъпа до зъболекар поради финансови причини са регистрирани в област Хасково, а най-ниски – в Габрово, Кърджали и Ловеч (където липсват отговори, че лицата не могат да си позволят зъболекар).



(в) Не може да си позволи лекарства



Източник: НСИ, „Европейско здравно интервю“, изчисления на ИПИ на база на микроданни от интервюто

Най-много граждани, които не могат да си позволят да си купят лекарства, са отбелязани в Силистра. Техният дял е висок и в област Варна. Затруднения с плащането на лекарства нямат отговорилите в Кърджали, София област и Габрово. В област Стара Загора (традиционно) са най-категорични, че затруднения с достъпа до лекарства (както и до зъболекар) нямат.

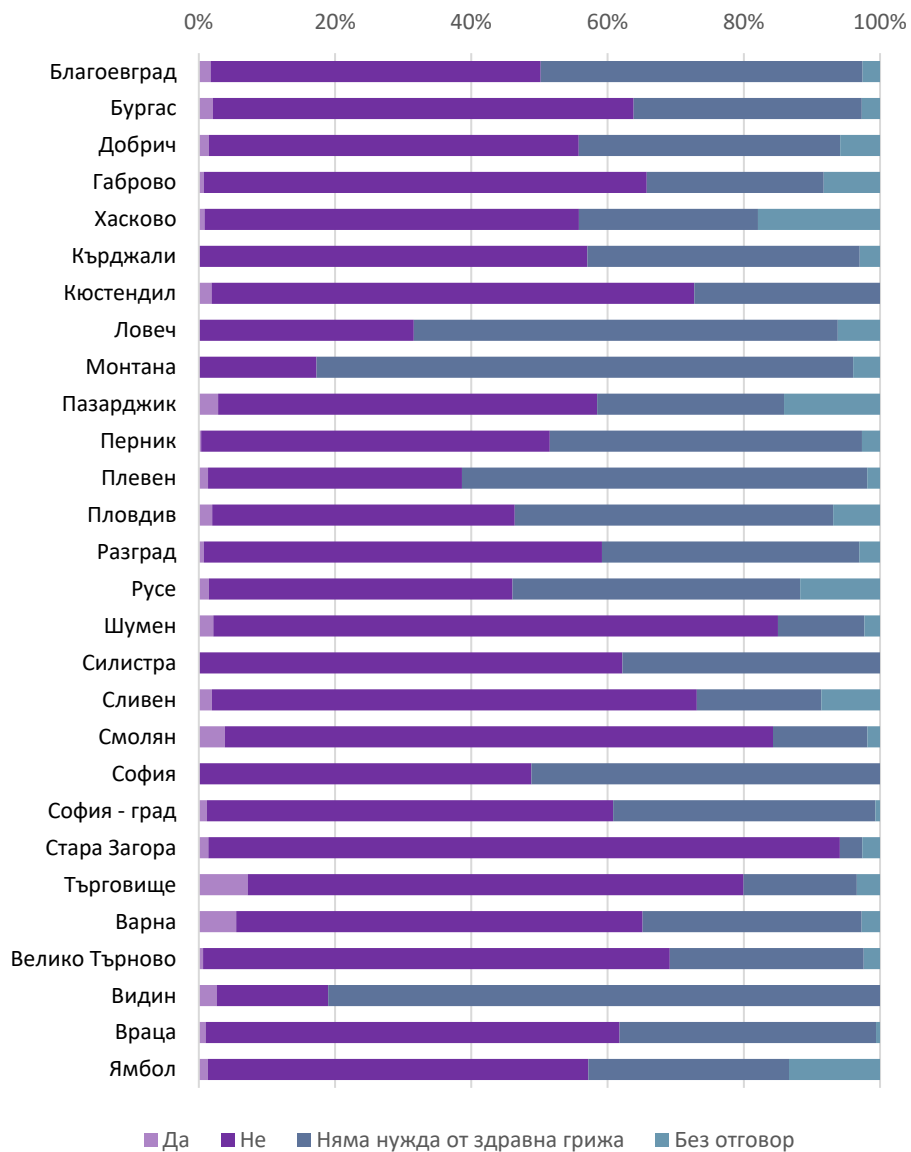
По отношение на неудовлетворените потребности поради голямо разстояние или затруднения с транспорта регионалните данни потвърждават, че този фактор е проблем само за малко хора в България. По-висок е дялът на хората в Търговище, Варна и Пазарджик, за които разстоянието ограничава достъпа до лечение. Смолян е интересен случай, тъй като там над средния брой граждани считат, че имат затруднения, свързани с разстоянието, но и най-голям брой дават

категоричен отговор „не“ на зададения въпрос. Най-малки затруднения изпитват в областите Стара Загора и Шумен.

Във Видин и Монтана най-малък дял от хората са категорични, че нямат проблем с разстоянието до лечебно заведение, като в тези области повечето запитани граждани в момента не са имали нужда от здравни грижи.

Обяснението за резултатите вероятно се дължи на факта, че във всяка област в България има поне две многопрофилни болници, като почти всички области разполагат и с други лечебни заведения, към които населението да се обърне при нужда. Влияние оказва и застаряването на населението, тъй като възрастните хора по-трудно се придвижват самостоятелно извън населеното място при нужда от лечение. Липсата на специалисти по отделни специалности в малките населени места пък поставя ограничения в достъпа поради разстояние и по-високи транспортни разходи, но от данните се вижда, че то не е решаващо.

Графика 42. Неудовлетворени потребности от здравни грижи поради разстояние или затруднения с транспорт, по области, 2019 г.



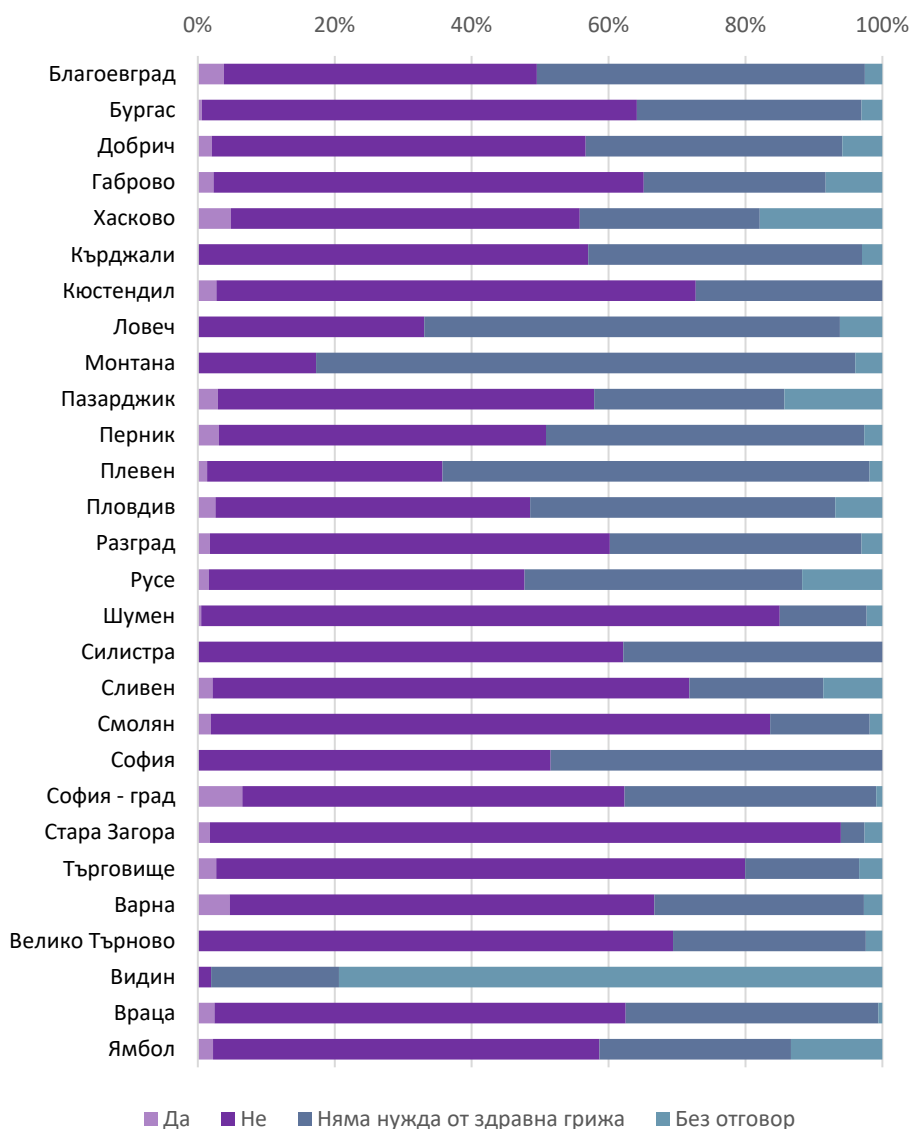
Източник: НСИ, „Европейско здравно интервю“, изчисления на ИПИ на база на микроданни от интервюто

Подобни са и резултатите при въпроса дали са налице неудовлетворени потребности поради дълго изчакване<sup>23</sup>. Най-голям дял от хората, отговорили положително на въпроса дали се е налагало да изчакват повече време за достъп до лечебно заведение или специалист, живеят в столицата, Варна

<sup>23</sup> Този проблем е много съществен за голяма част от европейските държави, поради това е включен в интервюто.

и Хасково, но дори и там тези хора са относително малко на брой. В 7 области няма нито един положителен отговор на този въпрос.

Графика 43. Неудовлетворени потребности от здравни грижи поради дълго изчакване, 2019 г., %

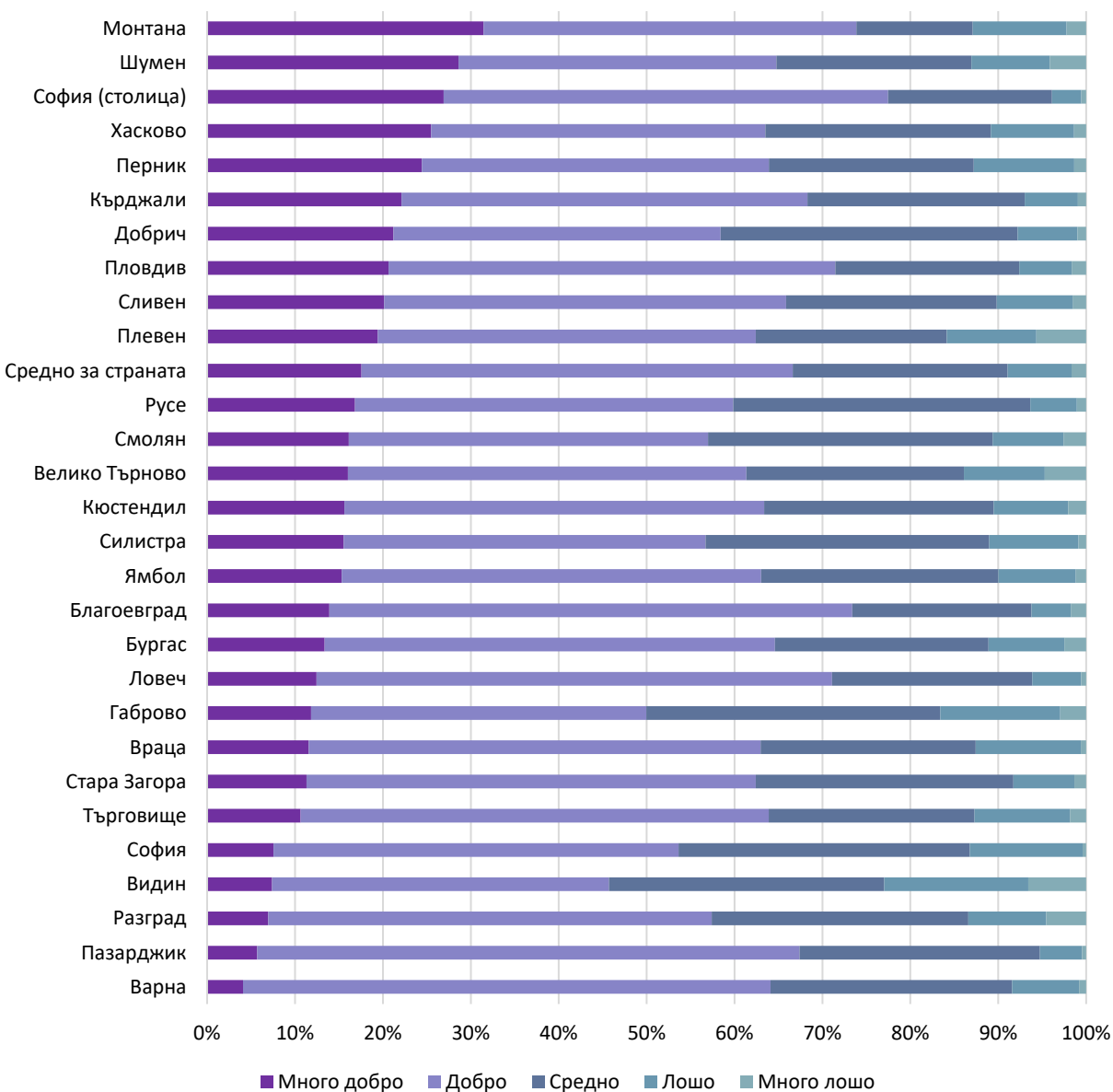


Източник: НСИ, „Европейско здравно интервю“, изчисления на ИПИ на база на микроданни от интервюто

Доходи, бедност, етнос и здраве

Този сегмент от анализа разглежда разпределението на здравното състояние, хроничните заболявания и уврежданията в няколко разреза на обществото – по региони, според бедността и доходите и според етническата принадлежност. Анализът стъпва на собствени изчисления на ИПИ въз основа на последните достъпни микроданни от изследването на доходите и условията на живот на Евростат и НСИ (EU-SILC) за 2020 г.

**Графика 44. Разпределение на населението според самоопределения здравен статут по области, 2020 г.**

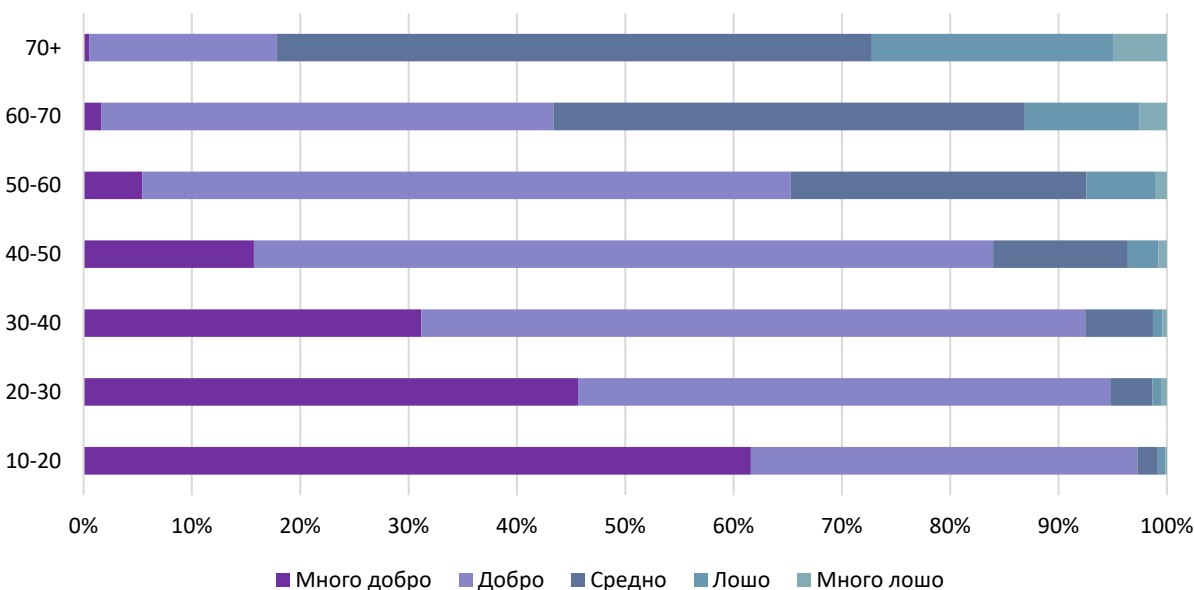


Източник: EU-SILC, изчисления на ИПИ

Разпределението на населението според здравния статут показва много големи регионални различия между отделните области. Особено видимо е това при крайностите – делът на населението, определило здравето си като „много добро“, варира между едва 4% във Варна до 32% в Монтана и 29% в Шумен. Обратно, тези в „много лошо“ здраве са цели 7% от населението на Видин, 6% в Плевен и 5% във Велико Търново. Във всички области най-големият дял от населението определя здравното си състояние като добро, като той варира между 40 и 60%, в зависимост от областта.

Интересно е наблюдението, че няма очевидна връзка между самоопределения здравен статут на населението и общото благосъстояние на областите, нито с достъпа до здравна грижа, представен в предишните части на настоящия анализ. Обяснението за това най-вероятно може да се намери в големите разлики вътре в самите области, където достъпът до ресурси и благосъстоянието на отделните хора е много по-силен фактор за личното здраве. Видима закономерност има обаче между степента на застаряване на отделните области и дела на хората в лошо и много лошо здраве – колкото по-негативни са демографските процеси на регионално ниво, толкова по-голям е делът на хората в лошо здраве. Очаквано, делът на хората в „добро“ и „много добро“ здраве е най-висок в столицата – София има както едно от най-младите населения в страната, така и най-добрия достъп до здравна грижа и най-високо благосъстояние, което позволява по-високи инвестиции в здраве.

**Графика 45. Разпределение на населението според самоопределения здравен статут и възрастовата група, 2020 г.**

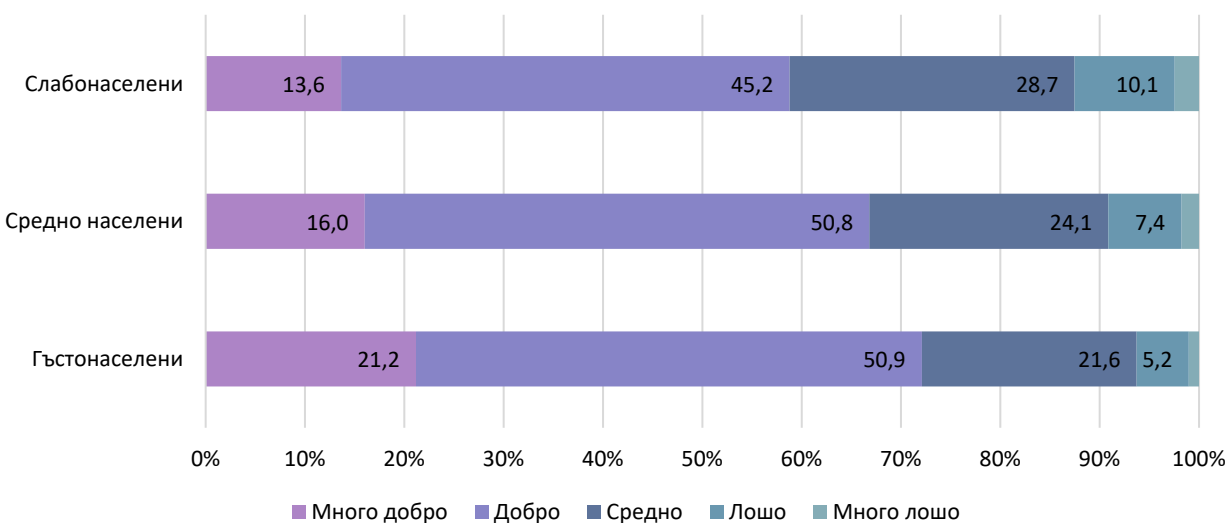


Източник: EU-SILC, изчисления на ИПИ

Съдейки по самооценката на здравето в EU-SILC, очаквано възрастта е най-силният фактор, който предопределя здравния статут. Това е особено вярно за хората на възраст между 10 и 30 години,

при които тези в „добро“ и „много добро“ съставляват над 95% от целите групи. Значителното влошаване на здравето започва при 50-60 годишните, а при тези на 70+ със самооценка за лошо и много лошо здраве са 27% от цялата възраства група. На база на това разпределение, обаче, не може да се прави категоричен извод за качеството и резултатите на българската здравна система, тъй като то отразява и естественото влошаване в общото здравно състояние с напредването на възрастта.

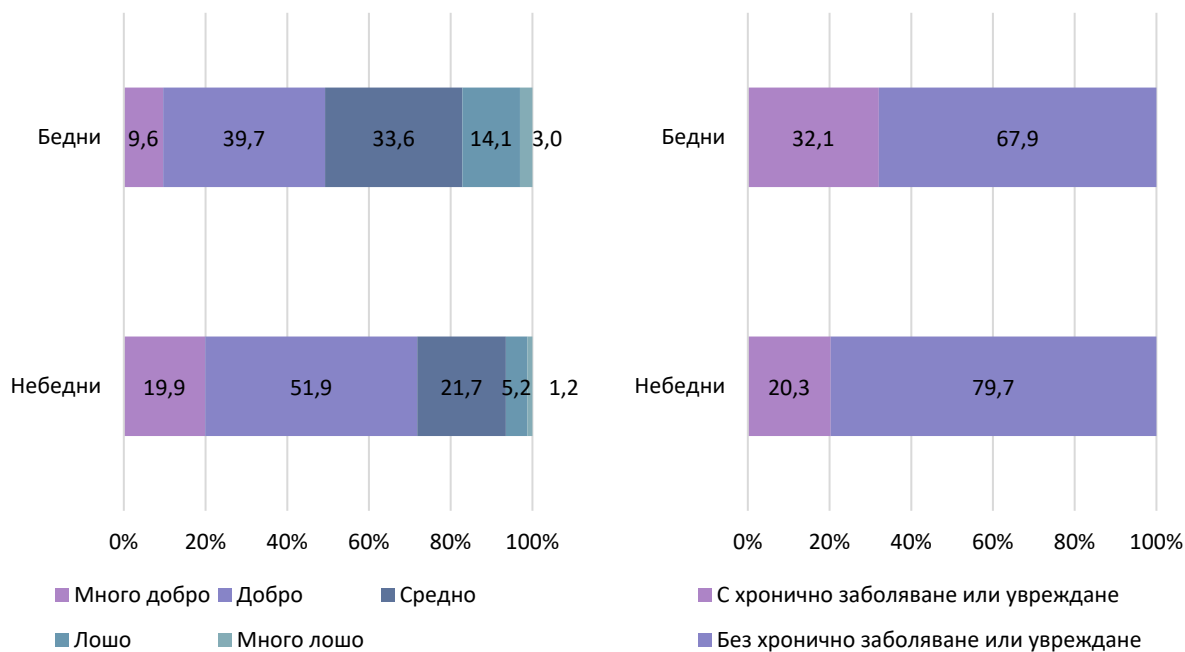
**Графика 46. Разпределение на населението според самоопределяния здравен статут и урбанизацията, 2020 г.**



Източник: EU-SILC, изчисления на ИПИ

В подкрепа на тезата, че разликите вътре в самите области са по-определящи от тези между отделните области, разпределението според урбанизацията демонстрира големи разлики в здравния статут на населението между градовете и селата. Докато в гъстонаселените райони делът на хората в „добро“ и „много добро“ здраве взет заедно е 72%, то в слабонаселените той е едва 59%. За сметка на това, делът на тези в „лошо“ и „много лошо“ в селата е 13%, в градовете – 6%. Очевидното обяснение и тук е най-вече разликата в достъпа до здравна грижа и лекарства, така и в доходите на домакинствата.

Графика 47. Здравен статут, хронични заболявания и увреждания според бедността, 2020 г.



Източник: EU-SILC, изчисления на ИПИ

Налице са и значителни разлики между здравното състояние и наличието на хронични заболявания според бедността. Докато сред бедните почти 1/3 от респондентите на EU-SILC 2020 са посочили, че живеят с хронично заболяване или увреждане, то това е вярно за 1/5 от живеещите в небедни домакинства. Почти двойна е разликата при крайните две здравни състояния – докато сред бедните едва 9,6% са в много добро здраве, при небедните този дял е 19,9%; при много лошото здраве разпределението е 3% при бедните спрямо 1,2% при небедните. Почти три пъти е разликата при хората в лошо здравословно състояние – 14 спрямо 5,2%.

Видимите големи разлики в здравния статут на бедните и небедните (както и между градските и селските райони) са ясно доказателство за неспособността на универсалното здравно осигуряване в България да постига една от основните си цели – предоставянето на адекватна здравна грижа, независимо от благосъстоянието<sup>24</sup>. Част от обяснението е и в различния начин на живот на бедните и небедните, като домакинствата с по-високи доходи имат значително по-добър достъп до здравословна храна, спорт, отдих, превенция и лекарства, което неминуемо се отразява в много по-доброто им общо здраве.

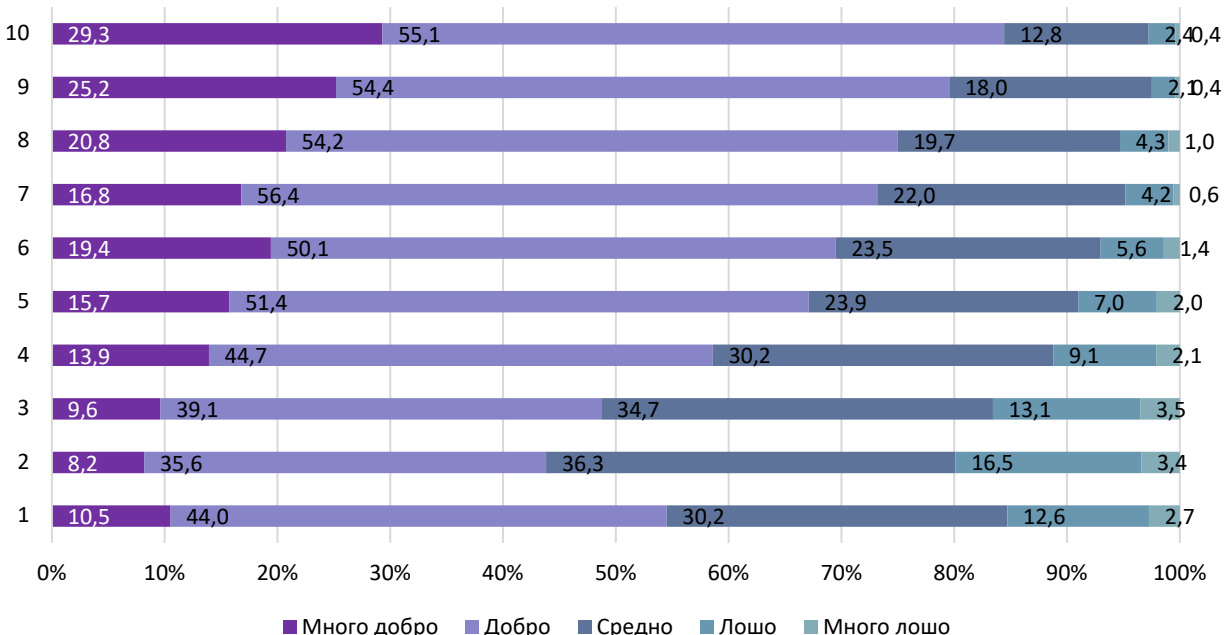
На същия извод навежда и разпределението на здравния статут между децилните доходни групи. С едно изключение, между шестия и седмия доходен децил, с повишаването на доходите се подобрява и самооценката на здравето, като в най-горния десети децил с „много добро“ здраве са

<sup>24</sup> Разбира се, тук трябва да имаме предвид и възможността бедните в трудоспособна възраст да не са здравно осигурени. Предвид обаче разгледания по-горе обхват и покритие на здравната система, това не може да обясни голяма част от представените разлики.



29% от населението, в сравнение с 10,5% от тези в първия (най-бедните) и 8,2% във втория. В двете най-горни доходни групи делът на тези в „лошо“ и „много лошо“ здраве е под 3%, за сметка на над 15% в първия и 20% във втория децил.

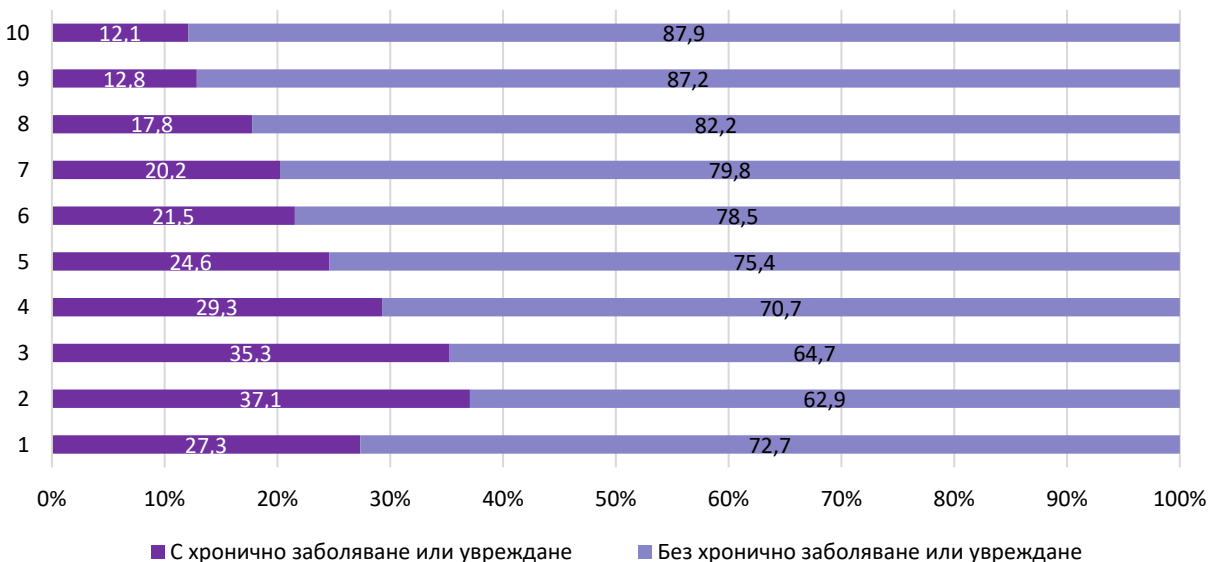
Графика 48. Здравен статут по децилни доходни групи, 2020 г.



Източник: EU-SILC, изчисления на ИПИ

Същевременно делът на хората в добро здраве надхвърля 50% във всички групи над петия доходен децил. Прави впечатление също, че здравният статут на най-бедните е най-общо по-добър от този на хората във втория и третия децил. Причина за това е в състава на отделните групи – във втория и третия доходен децил попадат голям брой възрастни пенсионери, при които хронични проблеми са причина за влошеното общо здраве. Обратно, в първия по-често влизат неактивни хора в трудоспособна възраст, които нямат доходи от заетост, а най-вече от социална помощ.

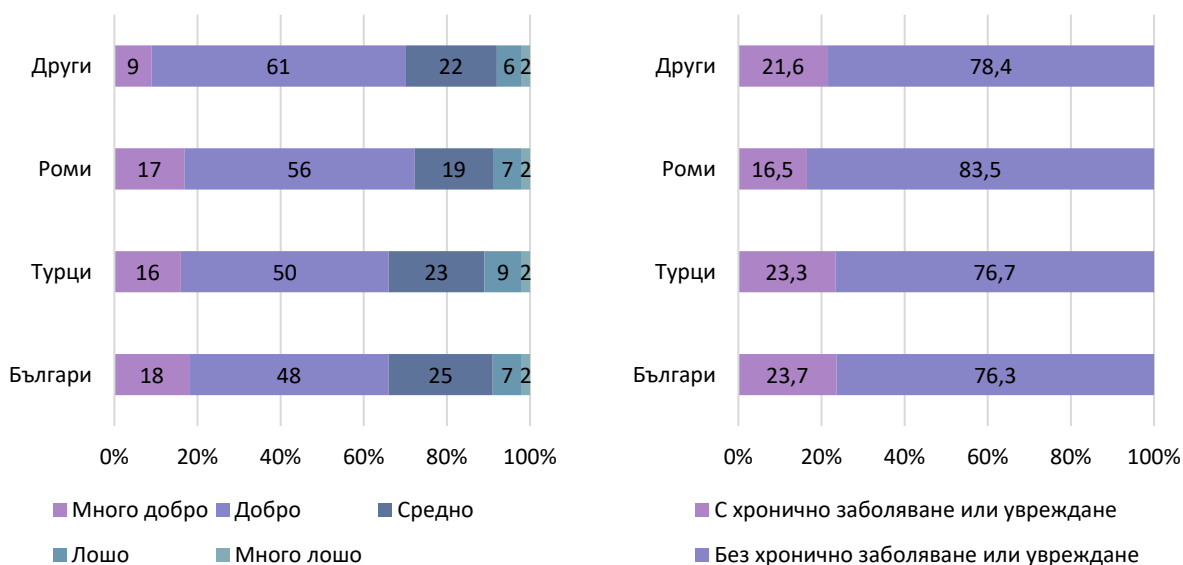
Графика 49. Хронични заболявания и по децилни доходни групи, 2020 г.



Източник: EU-SILC, изчисления на ИПИ

Разликите в здравния статут между отделните доходни групи се повтарят до голяма степен и при хроничните заболявания и уврежданията. И тук делът на хронични болните е най-висок във втория и третия доходен децил, заради струпването на по-възрастни хора в тях. Прави впечатление обаче, че при този индикатор четвъртият доходен децил също надхвърля дела на хронично болните на първия, най-вече заради структурата на доходната група. Най-голямото подобрение в дяловете на хората с хронични заболявания идва на върха на доходната стълбица, в деветия и десетия децил.

Графика 50. Здравен статут, хронични заболявания и увреждания според етническата принадлежност, 2020 г.



Източник: EU-SILC, изчисления на ИПИ

Разпределението според етническото самоопределение също показва много малко отлики между отделните групи. Сред българите и турците има относително по-висок дял на хората, които определят здравето си като „средно“, а ромите най-често са в „добро“ здраве. Същото се отнася и до дела на хората с хронични заболявания и увреждания – при българите и турците той е почти идентичен, със съответно 24 и 23%, докато при ромите е значително по-нисък – 17%. Част от причината за това е и по-ниската средна продължителност на живота на представителите на етноса, което от своя страна означава, че по-малко от представителите на групата страдат от свързаните с напредналата възраст заболявания.

## Заклучения и изводи

- Здравеопазването в България разполага със значителен капацитет – особено що се отнася до болниците и леглата, но недостиг има при специалистите по здравни грижи – медицински сестри и санитарни. Ниският брой на здравните специалисти спрямо лекарите влошава качеството на медицинската грижа и обслужването.
- Различия по области в капацитета съществуват – всяка област разполага с поне 2 болници, като 66 (от общо 342) болници са концентрирани в столицата. По-големи са регионалните различия в достъпа до извънболнична помощ (общопрактикуващи лекари и специалисти), както и до аптеки, особено в по-малките населени места.
- Финансирането на здравеопазването в България се извършва основно от Националната здравноосигурителна каса на база на всеобщо здравно осигуряване. Това е само един от възможните модели за финансиране и основният му недостатък е, че ограничава правото на избор на осигурител от страна на пациента. Това води след себе си всички недостатъци на квазидържавното управление и финансиране на системата.
- В сравнение с държавите от ЕС общият размер на финансирането на здравеопазването в България не е малко – страната отделя над 7% от БВП за сектора. Проблем се наблюдава в структурата на разходите, според която много голям дял от разходите са преки плащания „от джоба“ на пациентите – основно за лекарства и лекарствени продукти.
- Болничната помощ представлява огромен дял от разходите. Най-ниски са разходите за болнична помощ в областите Видин, Перник и Разград, които разполагат и с малко на брой болници. Разликата в разходите за болнична помощ на човек от населението между област Видин и Пловдив е 5 пъти.
- В доболничната помощ тенденциите са към задържане на разходите за първична помощ и нарастване на разходите за специализирана помощ. Личните лекари намаляват като брой и се налага да обслужват все повече пациенти, като най-малко спрямо населението са те в областите Кърджали, Търговище и Разград, а най-много – във Видин и Плевен.
- При специалистите се забелязва силна връзка между наличието на медицински университет в областта – там лекарите специалисти са най-много и се налага да обслужват най-малко на брой население (Плевен и столицата). Най-затруднен е достъпът до СИМП в Добрич и Кърджали.
- Ефективността на системата, измерена чрез показателите за неудовлетворени потребности от здравеопазване и самооценка за собственото здраве, не показва съществени разлики със средната за ЕС. Все още е нисък делът на хората, които декларират, че не могат да си позволят здравни грижи.
- Резултатите от работата на системата, обаче, са слаби – смъртността, включително детската смъртност, е на високо ниво, а продължителността на живота – най-ниската в ЕС - българинът живее със средно 6 години по-малко от средното за ЕС.

## Източници

ИПИ „Модели за финансиране на здравеопазването: Възможности за България“, декември 2018 г.

ИПИ „Преглед и анализ на неравенството във възможностите в България“, 2022 г.

ИПИ, „Регионални профили: Показатели за развитие“ – [www.regionalprofiles.bg](http://www.regionalprofiles.bg)

Министерство на финансите, „Средносрочна бюджетна прогноза за периода 2023–2025 г.“, април 2022 г.

НСИ „Здравеопазване 2021“, 2022 г.

ОИСР, Европейска комисия, “Състояние на здравето в ЕС: България Здравен профил на страната 2021“, декември 2021 г.

Данни и информация от НЗОК, НСИ, НЦОЗА, МЗ, МФ, Евростат и др.

---

АПРИЛ, 2022 г.  
**ИНСТИТУТ ЗА ПАЗАРНА ИКОНОМИКА**  
[www.ime.bg](http://www.ime.bg)

